



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL



LUÍSA PEREIRA NISHIOKA

**GESTAÇÃO MOLAR: GRAVIDEZ OU DOENÇA?
A EXPERIÊNCIA DA PERDA GESTACIONAL EM
MULHERES DIAGNOSTICADAS COM DOENÇA
TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

RIO DE JANEIRO

2019

LUÍSA PEREIRA NISHIOKA

GESTAÇÃO MOLAR: GRAVIDEZ OU DOENÇA?
A EXPERIÊNCIA DA PERDA GESTACIONAL EM MULHERES DIAGNOSTICADAS
COM DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Artigo de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal

Orientadora: M.a. Tuila Martins Melo Barbosa

RIO DE JANEIRO

2019

INTRODUÇÃO AO ARTIGO CIENTÍFICO

O presente estudo nasceu das inquietações despertadas no atendimento às pacientes diagnosticadas com Doença Trofoblástica Gestacional na Maternidade Escola da UFRJ, em especial às pacientes com Mola Hidatiforme Completa. As particularidades do quadro em questão - quais sejam, a ausência de embrião na gestação e o enfoque no restabelecimento da saúde dessas mulheres - motivaram o estudo sobre a experiência da perda gestacional para as mulheres que receberam esse diagnóstico, bem como as especificidades desse luto.

O artigo apresentado nas próximas páginas será submetido à Revista *Psicologia: Ciência e Profissão*, cujas normas de formatação e orientação aos autores encontram-se nos Anexo 01. A partir deste ponto, a formatação do trabalho segue os preceitos da revista supracitada.

RESUMO

O presente trabalho pautou-se no método qualitativo com o objetivo de investigar as percepções e sentimentos referentes à experiência da perda gestacional para as mulheres que receberam diagnóstico de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), com foco nos casos de Mola Hidatiforme Completa (MHC). Participaram do estudo 10 mulheres que realizavam acompanhamento no Centro de Referência em DTG da Maternidade Escola da UFRJ, com as quais foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. A partir da análise de conteúdo de Bardin (1977), emergiram quatro categorias, a saber: notícia do diagnóstico, experiência do luto na MHC; reações do entorno social; medo e desejo de futura gestação. Os resultados evidenciaram complexidade da experiência dessa perda. O fato de ser uma gravidez patológica, na qual não há formação de embrião, leva as mulheres, seu entorno social e profissionais de saúde pouco esclarecidos a questionarem o próprio estatuto desta gestação.

Conclui-se a respeito da importância do papel do psicólogo nessa clínica que, ao possibilitar espaço terapêutico de fala, favorece a representação dessa experiência e, conseqüentemente, o trabalho de luto.

Palavras-chaves: Doença Trofoblástica Gestacional; Gravidez Molar; Mola Hidatiforme; Perda Gestacional; Luto Perinatal.

RESUMEN

El presente trabajo se basó en el método cualitativo con el objetivo de investigar las percepciones y sentimientos referentes a la experiencia de la pérdida gestacional para las mujeres que recibieron diagnóstico de Enfermedad Trofoblástica Gestacional, con foco en los casos de Mola Hidatiforme Completa (MHC). Participaron del estudio 10 mujeres que realizaban seguimiento en el Centro de Referencia en Enfermedad Trofoblástica Gestacional de la Maternidad Escuela de la UFRJ, con las cuales se realizaron entrevistas semiestructuradas. A partir del análisis de contenido de Bardin (1977), surgieron cuatro categorías, a saber: noticia del diagnóstico, experiencia del luto en la MHC; las reacciones del entorno social; el miedo y el deseo de la futura gestación. Los resultados evidenciaron la complejidad de la experiencia de esta pérdida. El hecho de ser un embarazo patológico, en la cual no hay formación de embrión, lleva a las mujeres, su entorno social y profesionales de salud poco esclarecidos a cuestionar el propio estatuto de esta gestación. Se concluye sobre la importancia del papel del psicólogo en esa clínica que, al possibilitar espacio terapéutico, favorece la representación de esa experiencia y, conseqüentemente, el trabajo de duelo.

Palabras claves: Enfermedad Trofoblástica Gestacional; Embarazo Molar; Mola Hidatiforme; Pérdida Gestacional; Luto Perinatal

ABSTRACT

This is a qualitative study aiming at investigating the perceptions and feelings due to the experience of pregnancy loss in women diagnosed with gestational trophoblastic disease

(GTD), focusing on cases of complete hydatidiform mole (CHM). Semi-structured interviews were conducted with the study subjects, ten women who were followed up in the GTD

Content analysis based on Bardin (1977) revealed four categories: disclosure of the diagnosis; grief and mourning in CHM; social environment reactions; fear and wish of a future pregnancy. The results have shown the complexity of the experience of such loss. Given that the CHM is a pathological pregnancy where an embryo is not formed, the women, their social environment and even less prepared health professionals may question the actual existence of a pregnancy. The role of a psychologist to these women is important by giving them room to speak, which facilitates their representation of this experience and therefore their grief and mourning.

Keywords: Gestational Trophoblastic Disease; Molar Pregnancy; Hydatidiform Mole; Pregnancy Loss; Perinatal Grief.

INTRODUÇÃO

A maternidade é permeada por concepções do imaginário social relacionadas a felicidade, vida, começo (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013) e endossadas pelo mito do amor materno (Badinter, 1985). Essas concepções, entretanto, costumam excluir a possibilidade de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal, tais como as perdas gestacionais. Dentre estas, destaca-se a Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), mais conhecida como Gestação Molar, uma patologia da gestação que submete a mulher a dois eventos concomitantes: a perda da gestação e o enfrentamento da notícia sobre a possibilidade de que a doença evolua para um câncer.

A DTG é uma complicação rara da gestação relacionada a uma falha no momento da fertilização (Montenegro & Rezende Filho, 2018). Esse erro leva a um desenvolvimento placentário anormal e causa falência no desenvolvimento fetal (Braga, Grillo et al., 2014). A DTG constitui um grupo de doenças da placenta conhecidas como Mola Hidatiforme Completa (MHC) e Mola Hidatiforme Parcial (MHP), capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas, as Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais (NTG) (Braga, Grillo et al., 2014). No entanto, cabe ressaltar que a gravidez molar, na maior parte dos casos, costuma ser benigna (não cancerígena), apresentando remissão espontânea após realização do procedimento de esvaziamento uterino (Braga, Grillo et al., 2014).

No Brasil não há estatística confiável a respeito da incidência da gestação molar, mas acredita-se que haja proporção de um caso para 200-400 gestações (Braga, Grillo et al., 2014). Segundo os autores, a apresentação pouco frequente faz com que essa doença seja desconhecida pela população e até mesmo por muitos médicos.

Na Gestação Molar, assim como nas demais gestações, ocorre a produção da Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG), hormônio que identifica a presença da gravidez e produz os sintomas mais comuns da gestação (Braga, Grillo et al., 2014). As mulheres com

DTG, que por conta da doença apresentam maiores níveis de hCG, podem perceber o atraso menstrual, a presença de náuseas e vômitos e o aumento do volume do ventre mais rápido do que o que corresponderia à idade gestacional (Braga, Grillo et al., 2014). Em muitos casos, a mulher recebe o diagnóstico de DTG no momento em que busca saber sobre o seu estado gravídico, momento em que procura a celebração da vida, e não da morte (Velasco, 2013).

Uma vez que o médico suspeita tratar-se de uma gestação molar, a paciente é encaminhada para a realização de uma ultrassonografia (Braga, Grillo et al., 2014). Nos casos de Mola Hidatiforme Completa, a imagem mostra o útero preenchido por pequenas áreas redondas, escuras, que lembram cachos de uva, daí o nome Mola Hidatiforme (Braga, Grillo et al., 2014). Já nos casos de Mola Hidatiforme Parcial, observa-se imagem da placenta espessada com saco gestacional e/ou embrião, vivo ou morto (Braga, Grillo et al., 2014).

Ao ser confirmado diagnóstico de gestação molar, a mulher deve ser submetida ao procedimento de esvaziamento uterino, e a realização deste leva à gradual queda dos níveis de hCG sanguíneo até atingir os níveis normais não gravídicos (menor que 5 mUI/mL) (Braga, Grillo et al., 2014). Após esvaziamento uterino a maioria das pacientes evoluirão para a cura, sem que haja necessidade de nenhum outro tratamento. Entretanto, uma parcela destas não terão normalizados os níveis de hCG, e nesses casos será necessária a adoção de outros tratamentos a fim de evitar consequências mais sérias da doença. Quando o tecido placentário anormal torna a crescer, afirma-se que a mulher desenvolveu um câncer: a Neoplasia Trofoblástica Gestacional (Braga, Grillo et al., 2014).

Diante do risco de evolução da doença para um câncer, é importante que ela seja monitorada contínua e sistematicamente mediante dosagens do hCG. Inicialmente este monitoramento se dá através de dosagens semanais do hormônio; posteriormente, conforme os níveis de hCG permaneçam decaindo até atingir valor normal, as consultas tornam-se mensais até a alta ambulatorial. Esse seguimento pode cursar com remissão espontânea ou

com evolução para a Neoplasia Trofoblástica Gestacional, o que implica a necessidade de tratamento quimioterápico para atingir a cura (Braga, Grillo et al., 2014).

Conforme descrito anteriormente, a Mola Hidatiforme Completa tem como principal característica, portanto, a **ausência de um embrião**. Ela é resultado da fecundação de um óvulo sem núcleo ativo, ou seja, um óvulo sem material genético, o que significa que todos os genes na MHC são de origem paterna (Andrade, 2009). Estas anomalias cromossômicas resultam na ausência de embrião e proliferação excessiva do tecido trofoblástico (Andrade, 2009). O presente estudo abordará exclusivamente casos de Mola Hidatiforme Completa (MHC), tanto por ser a apresentação clínica mais frequente (Braga, Grillo et al., 2014), quanto por proporcionar uma experiência complexa, na qual há uma gestação sem que exista um bebê.

A notícia da gestação, seguida do diagnóstico da Gravidez Molar, frequentemente faz emergir uma condição de maior vulnerabilidade psíquica, tendo em vista a concomitante vivência do que poderíamos circunscrever como duas perdas: a perda gestacional e a perda da saúde da mulher, diante da possibilidade de que a doença, inicialmente benigna, evolua para um câncer (Velasco, 2013).

Observa-se, entretanto, a partir da escuta clínica nesse contexto, que a ocorrência da perda gestacional não é necessariamente reconhecida como tal pelos familiares dessas mulheres e nem mesmo pelos profissionais de saúde que as acompanham, sendo muitas vezes renegada ou esquecida por esse entorno, uma vez que a ênfase recai frequentemente sobre a doença e os riscos à saúde da mulher.

Segundo Velasco (2013), a forma como é dada a notícia do diagnóstico de gestação molar pode fazer com que as mulheres experienciem sentimentos de medo e desespero. A autora observa que os profissionais de saúde muitas vezes se encontram despreparados e demonstram desconhecimento a respeito da gestação molar. A escuta clínica dessas mulheres

frequentemente recolhe os efeitos de tal despreparo na comunicação do diagnóstico, que as leva erroneamente a entender que estão com câncer, deixando-as em estado de angústia por se depararem com a própria finitude e vivenciarem o medo da morte. Além do mais, isso pode intensificar o sentimento de confusão vivido por essas mulheres, que frequentemente se questionam se realmente estavam grávidas, que fim levou seu bebê, e, principalmente, como seu bebê “virou” um tumor/câncer (Quayle, 1997).

De acordo com Quayle (1997), do ponto de vista psíquico, a vivência do abortamento por gestação molar se aproxima à vivência do abortamento espontâneo, sendo acrescentadas variáveis importantes e complexas a essa experiência. A autora aponta dois fatores complicadores daquela vivência, referentes à dificuldade em se compreender o diagnóstico e à incerteza quanto ao prognóstico. Essa complexidade, no entanto, não exclui, mas efetivamente se acrescenta ao registro dessa vivência como uma perda gestacional, mesmo não havendo, do ponto de vista biológico, um embrião na MHC.

Nesse sentido, é preciso ressaltar que a gravidez não se restringe a um evento fisiológico. O processo de construção da maternidade e dos laços afetivos que a constituem antecede a gravidez, através das histórias familiares maternas e paternas (Szejer, 2016), das atividades lúdicas na infância dos pais envolvendo a maternidade, e do desejo de ter um filho (Szejer & Stewart, 1997). Dessa maneira, observa-se que a construção do vínculo com o filho desejado precede não apenas seu nascimento mas a própria concepção e ganha, especialmente a partir do resultado positivo do exame de gravidez, uma dimensão de realidade. A perda dessa gestação por diagnóstico de MHC pode apresentar, portanto, essa mesma dimensão de realidade, embora nunca tenha havido a formação de um embrião.

A perda gestacional rompe com a expectativa do que seria considerada a ordem natural da vida, e é considerada socialmente como uma das perdas mais dolorosas de se

enfrentar (Muza et al., 2013). No entanto, a morte de um bebê intra-útero apresenta algumas particularidades, referentes à dificuldade do reconhecimento e a não compreensão da dor da perda por parte do entorno social, tendo em vista que nesses casos, por se tratar de um bebê que não chegou a ser visto/conhecido, é como se ele nunca houvesse existido (Aguilar & Zornig, 2016).

A experiência da perda, conforme nos ensina Freud em seu clássico texto “Luto e do objeto provoca um desinteresse pelo mundo externo, por tudo que não seja relacionado ao objeto de amor perdido. Segundo o autor, o trabalho de luto bem sucedido se inicia com o teste de realidade, a partir da constatação de que houve a perda. No mesmo texto, algumas condições são apontadas como favorecedoras da realização do trabalho psíquico do luto: a primeira, mais surpreendente, é um necessário superinvestimento de cada lembrança que diga respeito ao objeto. Assim, observa-se o equívoco que pode representar a reação usual do entorno social de desencorajar as lembranças da perda, sendo necessário que se respeite esse tempo do processo de luto. Além disso, o autor destaca outra condição favorecedora ao luto, como a elaboração da ambivalência de sentimentos em relação ao objeto perdido, para finalmente o desinvestimento libidinal do objeto tornar-se possível.

Freud (1917/1974) destaca que embora uma pessoa enlutada tenha atitudes diferentes do que convencionalmente se avaliaria como normais, o luto não pode ser considerado como uma condição patológica. No entanto, o autor descreve uma outra possibilidade de reação à perda, a saber: a melancolia, que atualmente poderíamos aproximar do que se classifica entre os quadros graves de depressão.

No que concerne especificamente ao luto perinatal, Iaconelli (2007) o distingue como algo insólito, incompreensível para o entorno social, tendo em vista que há algo nessa perda que não se oferece à percepção, dificultando, portanto, o seu reconhecimento. A autora

destaca o papel prejudicial da negação da perda por obstaculizar a possibilidade de representá-la, dificultando a realização de um trabalho psíquico de luto.

A negação da perda pelo campo social pode atualizar seu potencial patológico (Iaconelli, 2007). Segundo a autora, o desmentido da experiência subjetiva é traumático por colocar em dúvida o sentido de realidade, fazendo o sujeito se questionar acerca da veracidade daquilo que foi vivido.

Partindo do pressuposto de que nos casos de Mola Hidatiforme Completa esse não reconhecimento pode se dar de forma mais intensificada em decorrência das particularidades do quadro em questão - quais sejam, o enfoque no restabelecimento da saúde dessas mulheres e a ausência de embrião na gestação -, o presente trabalho tem como objetivo investigar as percepções e sentimentos referentes à experiência da perda gestacional para as mulheres que receberam esse diagnóstico.

Cabe destacar a escassez de pesquisas na área da Psicologia sobre o tema da Gestação Molar. No Brasil, por exemplo, foram encontrados apenas dois estudos sobre essa temática, a saber: um capítulo de livro intitulado “Mola ou a gravidez que virou câncer: trajetórias de perda e reparação” (Quayle, 2006) e a dissertação de mestrado “Da expectativa de vida à (2013). Desse modo, este estudo busca contribuir para dar maior visibilidade à questão e trazer mais elementos para a construção de um conhecimento psicológico sobre um tema pouco explorado, favorecendo a melhoria da atenção integral à saúde dessas mulheres.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo. A escolha pelo método qualitativo se justifica por possibilitar a produção de um conhecimento científico que tem como matéria-

prima a compreensão dos fenômenos a partir da perspectiva dos atores que o vivenciam (Minayo, 2012).

Participantes

Participaram do estudo 10 mulheres que realizavam acompanhamento no ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional da Maternidade-Escola da UFRJ em decorrência do diagnóstico de Gestação Molar. Cabe destacar que a Maternidade-Escola da UFRJ é considerada um centro de referência em DTG para o estado do Rio de Janeiro e é um dos maiores centros de referência em DTG no mundo.

Os critérios de inclusão na amostra foram: 1) Mulheres diagnosticadas com Mola Hidatiforme Completa em acompanhamento no Centro de Referência em DTG da Maternidade-Escola da UFRJ; 2) Mulheres maiores de 18 anos. Foram excluídos da amostra: 1) Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo; 2) Mulheres diagnosticadas com Mola Hidatiforme Parcial; 3) Mulheres diagnosticadas com Neoplasia Trofoblástica Gestacional.

O tamanho da amostra obedeceu ao critério de saturação, de forma que houve a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos apresentaram, na avaliação da pesquisadora, certa redundância ou repetição, tendo em vista que as informações fornecidas pelas novas participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, deixando de acrescentar novos dados significativamente relevantes ao presente estudo.

A tabela a seguir representa o perfil do grupo das participantes entrevistadas. Foram dados nomes fictícios às participantes a fim de assegurar proteção de suas identidades, em conformidade com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome fictício	Idade	Estado civil	Escolaridade	Número de gestações	Número de filhos	Tempo de acompanhamento ambulatorial
Ana	46	União estável	Ens. Médio Completo	3	1	8 meses
Beatriz	19	Solteira	Ens. Médio Completo	1	0	6 meses
Carla	24	Solteira	Ens. Fundamental Incompleto	4	2	3 meses
Daiane	33	Casada	Ens. Médio Completo	3	2	2 meses
Ester	28	Casada	Ens. Médio Completo	2	1	5 meses
Fernanda	22	Solteira	Ens. Médio Incompleto	2	1	2 meses
Gisele	24	Solteira	Ens. Médio Incompleto	1	0	2 meses
Heloísa	27	União Estável	Ens. Médio Completo	2	0	3 meses
Ingrid	21	Solteira	Ens. Médio Completo	1	0	7 meses
Joana	24	União Estável	Ens. Fundamental Incompleto	2	1	4 meses

Instrumento

Para identificar e analisar as percepções e sentimentos referentes à vivência da perda gestacional das mulheres diagnosticadas com MHC, foi usado um roteiro de entrevista semiestruturado contendo 12 perguntas disparadoras, elaborado para a pesquisa para coletar dados sociodemográficos e o relato verbal das participantes (Apêndice 01).

Procedimento de coleta de dados

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ (CAEE nº 91886518.8.0000.52750 em 04/07/2018). A pesquisadora estabeleceu parceria com os médicos do ambulatório de DTG, que sinalizavam as pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão. Foi oferecido a essas pacientes a participação da pesquisa, tendo sido explicada a proposta do estudo. Às participantes que concordaram com a participação da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu na sala do ambulatório do Serviço de Psicologia da Maternidade Escola da UFRJ.

Procedimento de análise de dados

As transcrições das entrevistas foram analisadas pela Metodologia de Análise de Conteúdo, que consiste em descrever e interpretar os dados em três etapas: (1) pré-análise: leitura exhaustiva do material recolhido a fim de obter uma visão de conjunto; (2) exploração do material: distribuir trechos, frases ou fragmento de cada texto, reagrupar as partes dos textos por temas encontrados; e (3) tratamento dos resultados/inferência/interpretação (Bardin, 1977). Cabe destacar que o material foi analisado à luz da teoria psicanalítica.

A partir do material coletado e analisado, emergiram quatro categorias, a saber: 1) Notícia do diagnóstico; 2) Experiência do luto na MHC; 3) Reações do entorno social; 4) Medo e desejo de futura gestação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Notícia do diagnóstico

Todas as participantes entrevistadas relataram desconhecimento prévio da existência do diagnóstico de Gravidez Molar e relataram assustarem-se ao recebê-lo, expressando medo

da morte ao se depararem com a notícia de que poderia haver evolução da doença para um câncer, como pode ser expressado pela fala a seguir:

Mas num primeiro impacto a gente fica: “meu Deus, é um câncer”. A gente só pensa isso: é um câncer que vai... vai destruir meu útero todo. É o primeiro pensamento que a gente fica, né? [...] Tá crescendo esse negócio aqui dentro, uma coisa que não é... tá aqui, e não é saudável (Ester)

Embora a gestação molar seja uma doença que apresente prognóstico favorável - cerca de 80% das pacientes diagnosticadas com gestação molar evoluem para a cura sem necessidade de nenhum outro tratamento (Braga, Grillo et al., 2014) e mesmo as pacientes que evoluem para formas malignas apresentam grandes chances de cura (Braga, Obeica et al, 2014) - seu diagnóstico apresenta forte impacto psíquico, fazendo com que a paciente se depare com a descoberta da própria mortalidade e as angústias inerentes a essa descoberta.

De acordo com Labaki (2006), o diagnóstico de uma doença mortífera soa como uma onipotente de segurança e imortalidade. Segundo a autora, mesmo que haja o aumento da expectativa e qualidade de vida de uma paciente que convive com uma doença mortífera, do ponto de vista do inconsciente, o que é mobilizado com a ideia da morte não se atenua. Desse modo, observa-se o potencial de angústia que um diagnóstico de uma doença mortífera pode mobilizar, a despeito da possibilidade da cura, sendo importante espaço de fala a respeito da experiência vivida. Moretto (2001) corrobora essa concepção, destacando a importância de espaço de fala a respeito da morte, tendo em vista que as formações simbólicas dão contorno para as angústias mobilizadas.

Um outro aspecto relevante da notícia do diagnóstico é a experiência, relatada por todas as participantes entrevistadas, de sofrimento pela perda da gestação, independentemente desta ter ou não sido planejada. Cabe destacar que metade das entrevistadas relataram que a notícia da perda gestacional foi a parte mais difícil do recebimento do diagnóstico, conforme

constatamos nas seguintes falas: “Eu fiquei mais abalada pelo fato de não ter gravidez do que pela possibilidade de se tornar uma doença, a mola. Fiquei mais triste por não ter o bebê”(Gisele); “Eu não tive reação. A minha única reação foi chorar [...] Porque eu já me sentia mãe (chora). Eu já me sentia mãe. Desculpa. É difícil. Eu já tinha comprado algumas coisas... Já tinha ganhado muita coisa” (Beatriz).

A morte de um bebê, antes de seu nascimento, interrompe a possibilidade do exercício da maternidade, frustrando os sonhos, desejos e fantasias construídos (Muza et al., 2013). Segundo as autoras, a construção do papel de mãe é interrompida abruptamente e as repercussões emocionais decorrentes da notícia do óbito fetal são intensificadas pela sobreposição de perdas: “criança morta é também mãe morta” (Muza et al., 2013, p.37).

Freud (1914/1989) relata que a atitude dos pais para com os filhos passa por uma “revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram” (p.97). O autor emprega a expressão “sua majestade, o bebê” para descrever o lugar majestoso do bebê no psiquismo dos pais: aquele que não será atingido pela morte, doença e renúncia ao prazer; aquele que realizará os sonhos jamais concretizados dos pais; aquele que assegurará a imortalidade dos pais. A interrupção abrupta da gestação e do processo de construção da maternidade tende a provocar, portanto, uma imensa ferida narcísica (Curi, 2016). Freire e Chatelard (2009) apontam que na experiência do aborto, além da perda de um bebê, as mulheres perdem uma parte de si, uma esperança, um amor idealizado, a possibilidade de eternizarem-se e de apresentarem à sociedade a competência de procriação.

Um terceiro aspecto da notícia do diagnóstico refere-se ao modo de comunicação do mesmo. Seis participantes entrevistadas expressaram críticas sobre a forma como foi dado o diagnóstico, evidenciando o despreparo dos profissionais para esse momento, como pode ser observado nos relatos a seguir:

Ela só falou assim: ‘Eu não estou achando o seu bebê’. Eu olhei pra cara dela e fiquei assim:

sua ultra e você vai para o médico'. Sabe, não chegou, não conversou assim...mais calma. Parecia que tava com pressa de fazer, sabe? Foi um pouco difícil. Achei que tava um pouco despreparada para aquilo, pra dar uma notícia dessas. Acho que uma notícia dessas você tem que chegar, mais calma... sabe? É uma perda, entendeu?" (Beatriz)

As pessoas ficaram com medo de me falar, porque... como eu tava indo nas consultas tudo com minha sogra, de pré-natal, eles falaram pra ela, explicaram pra ela, pra ela falar pra mim. Porque os médicos mesmo nem queriam falar (Fernanda)

Diante dos relatos, pode-se depreender cruzeza e distanciamento por parte dos profissionais de saúde ao comunicarem o diagnóstico, momento em que se confrontam com a perda e a finitude. Battikha (2017) descreve como a morte do outro remete o médico à sua própria finitude, fisingando-o onde ele se imaginava protegido e evocando todos os outros limites e perdas. Ao se depararem com seus próprios conflitos em relação à morte, esses profissionais podem recorrer a estratégias defensivas de negação, tal como aponta Velasco (2013), ressaltando que as reações de afastamento na conduta com a mulher diante da perda de um bebê comprometem a assistência.

Observa-se, além disso, que a forma como é dado o diagnóstico, em alguns casos, pode negar a própria ocorrência da gestação, como pode ser observado nas falas a seguir: "Minha médica falou que tinha possibilidade de ser mola e me mandou pra cá. Aí aqui já viram os meus exames e realmente falaram que **não era uma gravidez**" [grifo nosso] (Gisele); "Na primeira ultra ela só falou isso. **Que se eu estivesse grávida** [grifo nosso] eu não estaria com o tempo que eu tinha falado, e que apontava pra mola. E que se realmente

(Daiane)

Embora a gestação molar seja considerada uma gravidez patológica, pode-se constatar que alguns profissionais não conseguem reconhecê-la enquanto uma gestação, descrevendo-a somente enquanto doença. A negação da ocorrência da gestação, atravessada pela palavra de

autoridade de um médico, lança as mulheres em um estado de confusão e as leva a se questionarem acerca da realidade da experiência vivida. Enquanto recebem a dura notícia da perda, são erroneamente informadas de que não se tratava de uma gestação. Desse modo, observa-se como o diagnóstico de gestação molar pode retirar o status de gestação. Isso torna confuso o registro enquanto perda e pode impactar no trabalho de luto, como será discutido a seguir.

Experiência do luto na MHC

Conforme aponta Soubieux (2010), após uma perda perinatal, uma sensação de vazio se instala, vazio que é também um vazio de status: se até então eram considerados futuros pais, o que serão considerados após a perda? Quem os reconhecerá como pais sem que haja um bebê? A análise das entrevistas evidenciou que essa última questão formulada por Soubieux torna-se central nos casos de MHC, como pode ser exemplificado com o trecho a seguir:

E segundo o que me falaram aqui, pelo que eu entendi, não tinha um feto. Então é nisso que eu me pego também. Não tinha uma formação ainda de um bebê. Não tem como a gente explicar pra você como é que é esse sentimento, entendeu? É muito, muito ruim. Porque que

assim, a gente que é mãe sabe o amor que é. Mesmo que você não queira estar grávida, a partir do momento em que você pega o resultado do Beta e é positivo, você já passar a amar, entendeu? (chora) [...] **Então a gente que teve essa, eu que tive essa experiência de ser mãe - graças a Deus - eu senti todos os sintomas que eu senti quando estava grávida da minha filha. Pra não ser...entendeu?** [grifo nosso] (Ana)

Desse modo, constata-se que a experiência da perda decorrente da mola hidatiforme completa é acrescida de uma complexidade. O diagnóstico de MHC, bem como a forma como ele é dado, pode fazer com que muitas mulheres se questionem acerca da própria realidade da gravidez, colocando em xeque o sentido do que foi vivido, como pode ser evidenciado com as seguintes falas das entrevistas: “Pra mim foi um baque, né, porque eu nunca tinha ouvido falar. **Então nunca tinha acontecido da pessoa estar grávida e não existir um bebê dentro da barriga. Então eu fiquei na dúvida**” [grifo nosso] (Joana); [Ao ser questionada sobre quantas gestações teve] “eu ia ter quatro com essa. mas...no total eu tenho...quatro, né? **Mas essa não conta**” [grifo nosso](Carla); “A notícia que **não era gravidez de verdade** [grifo nosso]. O mais difícil foi isso”(Daiane).

Esse sentimento de dúvida acerca do que foi vivido na gestação pode não amenizar, mas efetivamente intensificar o sofrimento experienciado na MHC. Herbstrith, Feijó e Chies (2014) retomam o conceito psicanalítico de trauma como um excesso de excitação psíquica que o sujeito não consegue representar. Assim, pode-se pensar no potencial traumático da experiência do diagnóstico de MHC em decorrência da dificuldade de representação do que foi vivido.

Para Freud (1917/1974), conforme evocado anteriormente, o luto consiste em uma resposta ante à perda de um objeto de amor, que se caracteriza por um desinteresse pelo mundo externo, com exceção daquilo que esteja relacionado ao objeto de amor perdido. Segundo o autor, o trabalho de luto consiste em um processo de desinvestimento profundamente doloroso que necessita a rememoração de lembranças e de expectativas, de forma que ele só poderá ser realizado **caso a pessoa enlutada tenha em seu campo psíquico uma representação do objeto perdido** (grifo nosso).

O trabalho de luto bem sucedido, segundo Freud, se inicia, como dito anteriormente, a
om o qual se constata a ocorrência da perda. No entanto, a

retirada da libido das ligações com o objeto perdido provocará forte resistência, que só poderá ser aos poucos superada. Dessa maneira, Freud aponta que cada uma das lembranças, através das quais a libido se vincula ao objeto amado, deverá ser evocada e superinvestida, para, posteriormente ocorrer o desligamento da libido em relação a cada uma delas. Quando se encerra o trabalho de luto, o ego fica livre novamente para novos investimentos libidinais.

Ainda no texto “Luto e Melancolia”, Freud (1917/1974) afirma que a melancolia também pode se constituir como uma reação à perda de um objeto amado. O autor diferencia a melancolia do luto ao apontar que na melancolia não está claro o que foi perdido. Freud afirma que o paciente pode ter consciência da perda que deu origem a sua melancolia “apenas 1917/1974, p. 277). Na melancolia, a libido investida no objeto perdido, ao invés de se deslocar para outro objeto, recolhe-se para o ego e estabelece uma identificação do ego com o objeto perdido. Desse modo, o que no luto era a perda de um objeto, na melancolia se transforma numa perda que atinge o ego.

Aguiar e Zornig (2016) discorrem acerca do risco de adoecimento melancólico para as mães que perderam seus bebês e não conseguiram iniciar um trabalho de luto. Segundo as autoras, nos casos de óbito fetal faltam evidências que comprovem não apenas a realidade da perda, quanto a própria existência do bebê. O teste de realidade fica comprometido nesses casos, tendo em vista que o que foi perdido era um objeto em potencial, ainda virtual (Aguiar & Zornig, 2016). As autoras acrescentam que o descrédito sobre a perda por parte do entorno social agrava essa situação, e lança os pais em um estado de confusão que torna ainda mais difícil o abandono de sua posição libidinal.

Aguiar e Zornig (2016) traçam uma analogia entre a perda desconhecida da melancolia e o estatuto do objeto virtual perdido nos casos de óbito fetal. Nesse mesmo sentido, Soubieux (2010) sugere que assim como os melancólicos não sabem o que eles perderam quando eles

perdem seu objeto de amor, as mulheres não sabem o que perderam quando seu bebê morreu antes de nascer. Segundo a autora, a ausência de traços e as poucas recordações, constituídas apenas por sonhos, sensações corporais e imagens de ultrassonografias, não permitem a construção de um trabalho de luto no sentido apontado por Freud.

O trabalho de luto descrito por Freud se refere ao luto de um objeto total, distinto de si, diferentemente do feto, que consiste em um objeto narcísico e objeto parcial em vias de objetualização (Soubieux e Caillaud, 2015 como citado em Aguiar e Zornig, 2016, p.278). O feto consiste em uma promessa, carregada de expectativas, sonhos e projeções (Aguiar & Zornig, 2016).

Assim, no trabalho de luto subsequente a uma perda perinatal, a mãe precisará fazer luto do objeto interno virtual, e, aos poucos, deixar morrer uma parte de si mesma (Aguiar & Zornig, 2016). Essa particularidade faz com que a ameaça melancólica seja maior nos casos de luto perinatal do que em outros tipos de lutos (Soubieux, 2010).

Desse modo, observa-se que se na experiência de óbito fetal as mulheres ficam confusas acerca do que foi perdido com a virtualidade do feto, aquilo que foi perdido com a Mola Hidatiforme Completa se mostra ainda mais enigmático, podendo gerar maiores entraves para este trabalho de luto.

Nesse contexto, é importante lembrar que Lebovici (1987) descreve três crianças no psiquismo materno: a da fantasia, a imaginária e a da realidade. Segundo o autor, o bebê real é aquele que a mãe conhecerá após seu nascimento. Já o bebê fantasmático corresponderia ao resultado da vivência materna diante da sexualidade infantil, do complexo de Édipo e da identificação da mãe com seus próprios pais, constituindo-se desde as fantasias primitivas da mulher, muitas vezes inconscientes, acerca do desejo de ter um filho e do desejo da maternidade. O bebê imaginário, por sua vez, é descrito pelo autor como resultado das imagens que a mulher cria, ao longo da gravidez, sobre o desejo de ter um filho e o desejo da

maternidade. Dessa forma, ao longo da gestação muitas mulheres começam a atribuir características ao filho, tais como sexo, aparência e personalidade, possibilitando à mãe entrar em relação com seu filho antes de seu nascimento (Ferrari, Piccinini & Lopes, 2007).

Assim, pode-se constatar que apesar de não ter havido a perda de um bebê real nos casos de MHC, pode-se reconhecer ter havido a perda das outras crianças presentes no psiquismo materno, descritas por Lebovici (1987): o bebê imaginário e o bebê fantasmático. A partir da prática clínica, observa-se a importância da atuação do psicólogo no reconhecimento, nomeação e favorecimento do início trabalho de luto das diversas perdas implicadas na gestação molar: a notícia da perda gestacional e conseqüentemente do bebê imaginário e do bebê fantasmático, a notícia de que não houve um bebê real, além da perda da saúde.

Cabe lembrar que nem todas as mulheres continuam a investir por muito tempo o filho que foi abortado, sendo capazes, após um período breve, de retomar suas vidas e investir em novos objetos (Curi, 2016). A autora reitera, no entanto, que algumas mulheres demandam ajuda para fazer o trabalho de luto, e discorre sobre o dever ético dos profissionais de saúde em se ocupar com a escuta das mulheres que demandam ajuda para elaborar sua perda, lembrando que para o trabalho de luto é necessário o reconhecimento social da dor da perda.

Reações do entorno social

como a partir da segunda metade do século XIX ocorre um processo de mudança de atitude diante da morte, que passa a ser objeto de interdição. De acordo com o autor, na modernidade a morte que passa a ser aceitável é aquela que possa ser tolerada pelos sobreviventes, não os deixando embaraçados nem desencadeando uma emoção demasiadamente forte. As manifestações aparentes de luto passam a ser condenadas, e uma dor demasiadamente visível não inspira pena, mas passa a ser concebida como mórbida. Mesmo dentro do ciclo familiar a

emoção passa a ser evitada, sendo o luto vivido de maneira solitária e envergonhada (Ariès, 2017).

No entanto, o mesmo autor alerta que o recuo diante da morte não está associado à indiferença e insensibilidade. Para ele, o recalque da dor e o imperativo de que o sofrimento seja vivido às escondidas agravam o traumatismo devido à perda de um ente querido. Essa forma alienante de contato com o sofrimento é apontada por Iaconelli (2007) como uma variável deletéria na elaboração do luto, e pode ser exemplificada com a seguinte fala de uma das entrevistadas:

Eu não sei... eu não sei se elas ficaram com medo de falar alguma coisa comigo e me magoar mais, ou me deixar mais triste. Parece que elas evitaram falar no assunto. [...] Ruim.

Porque... eu não senti aquele apoio. Eu sabia que elas queriam me ajudar, mas ao mesmo tempo eu senti a distância. Elas estavam tentando amenizar meu sofrimento, mas não tava me ajudando. No momento em que eu mais precisava elas se afastaram, entendeu? (chora). Elas tentaram amenizar meu sofrimento, mas fizeram ao contrário. Fizeram eu sofrer mais com esse afastamento (Beatriz)

Se na modernidade houve a interdição do luto, conforme aponta Ariès, o trabalho de luto de uma perda perinatal se torna ainda mais complexo devido à reação do entorno social que, como exposto anteriormente, apresenta mais dificuldades em reconhecer a ocorrência desta perda, e conseqüentemente legitimar esse luto.

Soubieux (2010) observa que a solicitude e a compaixão que habitualmente envolvem os enlutados estão menos presentes quando se trata do luto perinatal. Segundo a autora, o entorno social transforma o não advento de um bebê em um “não-

que em face dessa ausência de reconhecimento as mães precisem guardar secretamente a lembrança do bebê perdido.

Nos casos em que a perda gestacional é decorrente de uma MHC esse reconhecimento fica ainda mais comprometido. A especificidade da MHC pode dificultar não apenas o reconhecimento da dor da perda por parte do entorno social, como pode levar à desqualificação da própria experiência enquanto perda, como pode ser exemplificado com a seguinte fala ao ser questionada sobre ter partilhado o sofrimento da perda: “Mais relacionado a meu esposo. As outras pessoas não. **Tem gente que fala que não era um bebê** [grifo

De modo geral, as mulheres entrevistadas que receberam apoio familiar descreveram que os cuidados ofertados pela família foram voltados para a preocupação com sua saúde, como pode ser constatado no relato a seguir:

A preocupação comigo. Tipo assim, o bebê também, porque a gente queria tanto. Mas como já não tem mais o bebê, agora preciso cuidar dela. Preciso cuidar da saúde dela pra que se amanhã ou depois der certo e tiver, ela precisa estar bem (Heloísa)

Os resultados evidenciados no estudo realizado por Velasco (2013) com mulheres diagnosticadas com gestação molar vão ao encontro dos que foram encontrados na presente pesquisa. A autora constatou o medo e preocupação experienciados pelas famílias dessas mulheres, gerando uma postura familiar concentrada na saúde da mulher. A autora discute que o diagnóstico de uma doença grave faz com que o paciente e sua família experienciem uma ameaça à vida e integridade do sujeito acometido pela doença, e ressalta que essa preocupação dos familiares com a saúde da mulher pode provocar na mulher uma repressão dos sentimentos vividos pela perda gestacional.

Medo e desejo de futura gestação

Todas as participantes falaram sobre os planos, desejos e temores referentes a uma futura gestação, mesmo não tendo sido questionadas acerca dessa temática. A análise dos discursos evidenciou, de modo geral, o medo de repetição da gestação molar em futura gestação, como pode ser exemplificado com as seguintes falas:

E... às vezes eu fico conversando com as moças que já teve a mesma coisa. Teve uma que já vez eu vou engravidar e vou ter mola de novo? É um medo, é um risco que pode correr (Ingrid)

Só tenho medo de engravidar de novo. Tipo, que só pode engravidar daqui há um ano. E se acontecer de eu engravidar daqui há um ano, eu tenho medo de dar isso aí de novo. Eu acho que eu não quero nem mais filho. Porque vai que acontece isso aí de novo? Porque vai ficar tentando, tentando, até dar certo, uma hora dá ruim. É péssimo (Fernanda)

De acordo com Braga, Obeica et al (2014), as mulheres que tiveram remissão espontânea da mola hidatiforme apresentam 99% de chances de que a gestação subsequente seja normal. Os autores ressaltam que o risco de 1% de ocorrência de nova gravidez molar, embora seja pequeno, é cerca de 4 a 50 vezes maior se comparado com a população em geral. Assim, diante de uma nova gestação, as pacientes devem ter atenção para detectar precocemente a mola hidatiforme de repetição, e, ao término de qualquer gravidez, devem submeter-se à dosagem de hCG a fim de afastar a possibilidade de ocorrência de neoplasia trofoblástica gestacional (Braga, Obeica et al, 2014).

Apesar do baixo risco de ocorrência de nova gestação molar, essa possibilidade acompanha essas mulheres do início ao término de uma futura gestação, incluindo o temor frente a possibilidade de desenvolvimento de sua forma maligna. Em geral, os relatos das participantes demonstram que o medo do retorno da doença não as impede de manifestarem o desejo de uma nova gestação. No entanto, é importante que se considere os possíveis impactos emocionais vivenciados em uma gestação subsequente a uma gravidez molar.

De acordo com Soubieux (2010), a gravidez posterior a uma perda gestacional pode colocar em cena todo o evento traumático que não pôde ser elaborado da gestação anterior. Segundo a autora, a nova gestação, tão esperada, não só não vem reparar a perda a anterior, porém muitas vezes desorganiza as mulheres, fazendo com que elas se deparem com a lacuna entre o desejo de ter filhos e o desejo de engravidar. Elas buscam muitas vezes uma reparação narcísica, mesmo entre aquelas que já têm filhos, sentindo necessidade de se reassegurarem de seu poder de procriação, embora a criança real as assuste (Soubieux, 2010). O medo da perda da capacidade reprodutiva pode ser ilustrado com o seguinte relato:

Minha maior preocupação era que eu pensei que não poderia mais engravidar, assim, futuramente. Aí me explicaram, ele falou que não teria problema e tal. Aí foi onde eu fiquei

Velasco (2013) discorre sobre as dificuldades enfrentadas pelas mulheres que sofrem uma intercorrência na gravidez e não conseguem corresponder à exigência social de que ocupem a função da maternidade, gerando sensação de falha e fracasso. Estudo realizado por Di Mattei et al. (2015) apontam que a percepção da fertilidade aparenta ser impactada negativamente com o diagnóstico de gestação molar, principalmente nas mulheres jovens que ainda não tiveram filhos.

Em alguns casos, o desejo de uma nova gravidez pode ser considerado como uma forma de negação da perda e um desejo de encontrar com o mesmo bebê que foi perdido. Além de representar uma negação do luto, pode engendrar a ilusão de um sentimento de imortalidade pela confirmação de sua capacidade procriativa, desacreditada pela experiência anterior (Soubieux, 2010).

Segundo Freire e Chatelard (2009), as grávidas que sofreram aborto interagem com o feto de maneira diferente das que nunca vivenciaram essa perda. Para as autoras, a possibilidade de vir a sofrer uma nova perda gestacional estabelece uma interação entre a mãe e o bebê baseada em inseguranças, medos e defesas.

As mulheres que engravidam após terem sofrido a experiência de um aborto, em geral, podem apresentar entraves para investir em um novo objeto (Freire & Chatelard, 2009). Segundo as autoras, por medo de reviver a perda anterior, as mulheres podem se defender evitando envolvimento afetivo com a gestação e com o bebê.

Diante da complexidade envolvida em uma gestação subsequente a um abortamento molar, observa-se o potencial patogênico da interdição/não realização desse luto. Desse modo, é preciso destacar a importância da sensibilização dos familiares e das equipes de saúde que acompanham essas mulheres sobre o papel da legitimação da dor dessa perda gestacional, bem como o próprio reconhecimento de sua ocorrência, para a realização do trabalho de luto. O luto por essa perda é fundamental para que em uma futura gestação essas mulheres possam encontrar lugar para receber esse futuro bebê em sua singularidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo visou lançar luz à complexidade da experiência da perda gestacional nas mulheres diagnosticadas com Mola Hidatiforme Completa. Buscamos alertar para o fato de que o questionamento acerca do estatuto da gravidez, reforçado tanto por profissionais pouco esclarecidos sobre a doença quanto pelo entorno social, acarretam

aumento do potencial traumático para essa perda e podem gerar entraves para a realização de seu trabalho de luto.

Diante do exposto, destaca-se a importância do papel do psicólogo nessa clínica, que ao possibilitar espaço terapêutico de fala, favorece a representação dessa experiência, e consequentemente o trabalho de luto. Falar sobre morte, perda e finitude parece, portanto, ser essencial para se pensar no cuidado com a vida, tanto das mulheres que receberam esse diagnóstico, quanto dos futuros bebês que elas podem gestar.

Destaca-se ainda o papel do psicólogo de sensibilizar os familiares, bem como a equipe de saúde que acompanha essas mulheres, acerca da importância do cuidado com as duas perdas por elas vivenciadas: a perda da saúde e a perda da gravidez. A pesquisa demonstra que embora a experiência da perda da gravidez nos casos de MHC muitas vezes encontre menos visibilidade, é fundamental que haja o reconhecimento do estatuto desta gestação, bem como o de sua perda, para o trabalho de luto.

Por fim, sugere-se realização de novos estudos sobre o tema para melhor compreensão da experiência da perda na gravidez molar. Esse estudo descreveu a perda das mulheres diagnosticadas com MHC, tendo em vista a peculiaridade da experiência da mesma em uma gravidez em que não há, do ponto de vista biológico, um bebê. Recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas sobre como se dá a experiência da perda em mulheres diagnosticadas com Mola Hidatiforme Parcial, bem como para as mulheres com Neoplasia Trofoblástica Gestacional. Sugere-se ainda realização de estudos acerca dos impactos da perda decorrente da gravidez molar em uma futura gestação.

REFERÊNCIAS

Aguiar, H. C, & Zornig, S. (2016). Luto fetal: a interrupção de uma promessa. *Estilos da Clínica*, 21(2), 264-281. Recuperado de <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p264-281>

- Andrade, J.M. (2009). Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 94-101. Recuperado de <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/7675>
- Ariès, P. (2017). *História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos tempos* (Ed. especial). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Battikha, E. (2017). *A comunicação do diagnóstico na UTI Neonatal: Médicos e pacientes: assimetrias e simetrias*. São Paulo: Escuta.
- Braga, A., Grillo, B., Silveira, E., Uberti, E., Maestá, I., Madi, J. M., Andrade, J. & Viggiano, M. (2014). Mola – Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional. *Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional*, (1), 1-12. Recuperado de https://ufrj.br/noticia/docs/2015/MOLA_BRAGA.pdf
- Braga, A., Obeica, B., Moraes, V., Silva, E. P., Amim-Junior, J. & Rezende-Filho, J. (2014). Doença trofoblástica gestacional - atualização. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(3), 55-61. Recuperado de http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=496
- Curi, P. L. (2016). Da curetagem aos restos psíquicos. *Cadernos de Psicanálise - SPCRJ*, v.32, n.1, 52-59. Recuperado de http://spcrj.org.br/ojs/index.php/cad_psi_spcrj/article/view/9/10
- Di Mattei, V. E., Carnelli, L., Bernardi, M., Bagliacca, E. P., Zucchi, P., Lavezzari, L., Giorgione, V., Ambrosi, A., Mangili, G., Candiani, M. & Sarno, L. (2015). An Investigative Study into Psychological and Fertility Sequelae of Gestational Trophoblastic Disease: The Impact on Patients' Perceived Fertility, Anxiety and Depression. *PLoS ONE* 10(6): e0128354. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128354>
- Ferrari, A. G; Piccinini, C. A & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12(2), 305-313. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122097011>
- Freire, T. C. G., & Chatelard, D. S. (2009). O aborto é uma dor narcísica irreparável?. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(3), 1007-1022. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300012&lng=pt&tlng=pt.
- Freud, S. (1974). Luto e melancolia In S. Freud. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos – obras completas* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1917).
- Freud, S. (1989). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In S. Freud. *A história do movimento*

- (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
- Herbstrith, C. G., Feijó, D. T. & Chies, T. C. (2014). O mais além do trauma? In: Sigmund Freud Associação Psicanalítica (Org), *Clínica do Testemunho: reparação psíquica e construção de memórias*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Labaki, M. E. P. (2006). *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M.C.S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 621-626. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000300007&script=sci_abstract&tlng=en
- Montenegro, C. & Rezende Filho, J. (2018). *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muza, J. C., Sousa, E., Arrais, A.R. & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 34-48. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&tlng=pt
- Quayle, J. (1997). O abortamento espontâneo e outras perdas gestacionais. In: Zugaib, M., Tedesto, J. & Quayle, J. (Orgs), *Obstetrícia Psicossomática* (pp. 132-153). São Paulo: Atheneu.
- Quayle, J. (2006). Mola ou a gravidez que virou câncer: trajetórias de perda e reparação. In Quayle, J. & Lucia, M. C. S. (Orgs), *Adoecer As interações do doente com sua doença* – 2ed (pp.133-146). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Soubieux, M-J (2010). *Le deuil perinatal* [Versão digital]. Recuperado de http://www.yapaka.be/files/publication/TA-Deuil_Perinatal_WEB.pdf
- Soubieux, M-J. & Caillaud, I. (2015). Le groupe thérapeutique des mères endeuil-lées. *Le Carnet PSY*, (186). doi: 10.3917/lcp.186.0027
- Szejer, M. (2016). Palavras para nascer II. In: Kupfer M. C & Szejer, M. (Orgs.), *Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês - novas pesquisas, saberes e intervenções*- 2ed. (pp.141-152). São Paulo: Instituto Langage.

Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Velasco, M.H. (2013). *Da expectativa de vida à descoberta da morte: a mulher diante da gestação molar*. (Dissertação de mestrado, PUC-RJ, Rio de Janeiro). Recuperado de: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=especifico&nrSeq=28898@1

APÊNDICE 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data da Entrevista:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Número de gestações:

Número de filhos:

- 1) Você estava planejando/desejando a gestação? Se sim, há quanto tempo?
- 2) Você havia feito planos para essa gestação?
- 3) Como você se sentiu quando descobriu a gestação?
- 4) Como você reagiu ao receber o diagnóstico de mola?
- 5) O que você sabia sobre Gestação Molar?
- 6) Como lhe foi dado esse diagnóstico?
- 7) O que foi/está sendo mais difícil para você com essa notícia?
- 8) Você dividiu com alguém essa notícia? O que você pôde ou escolheu dizer em relação ao que ocorreu?
- 9) Como seus familiares reagiram / o que disseram a partir da notícia? O que você acha que teve mais repercussão junto a eles, a notícia da perda gestacional ou a dos riscos para a sua saúde?
- 10) E em relação aos profissionais de saúde, você sente que eles reconhecem/acolhem a sua experiência como uma perda gestacional?
- 11) Como tem sido seu acompanhamento com a equipe de saúde?
- 12) O que mudou em sua vida após receber diagnóstico de Gestação Molar?
- 13) Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

ANEXO 1 COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ MOLAR: GESTAÇÃO OU DOENÇA? A EXPERIÊNCIA DA PERDA GESTACIONAL EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Pesquisador: LUISA PEREIRA NISHIOKA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91886518.8.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.753.654

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, que contará com amostra de conveniência composta por mulheres que estejam em seguimento no Centro de Referência em DTG da Maternidade-Escola da UFRJ em decorrência do diagnóstico de Gestação Molar. Os critérios de inclusão na amostra serão: 1) Mulheres diagnosticadas com MHC em acompanhamento no Centro de Referência em DTG da Maternidade-Escola da UFRJ; 2) Mulheres maiores de 18 anos. Serão excluídos da amostra: 1) Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo; 2) Mulheres diagnosticadas com MHP; 3) Mulheres diagnosticadas com NTG. O tamanho da amostra obedecerá ao critério de saturação, de forma que haverá a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados obtidos apresentarem, na avaliação da pesquisadora, certa redundância ou repetição, tendo em vista que as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, deixando de acrescentar novos dados significativamente relevantes ao presente estudo (MINAYO, 2013). Para identificar e analisar as percepções e sentimentos referente à vivência da perda gestacional das mulheres diagnosticadas com MHC, será usado um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado para a pesquisa para coletar dados sociodemográficos e o relato verbal das participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.753.654

Compreender como se dá a experiência da perda gestacional para as mulheres diagnosticadas com Mola Hidatiforme Completa (MHC), investigando suas percepções e sentimentos.

Objetivo Secundário:

1) Investigar como as mulheres diagnosticadas com MHC vivenciam essa perda gestacional; 2) Investigar se as mulheres diagnosticadas com MHC encontram reconhecimento da perda gestacional pelo entorno social (familiares e amigos); 3) Investigar se as mulheres diagnosticadas com MHC encontram reconhecimento da perda gestacional junto à equipe de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Baixo risco, tendo em vista que a Psicóloga da instituição acolherá qualquer incomodo emocional vivido pelas mulheres que participarão da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante na medida em que promove uma reflexão importante sobre os aspectos psicológicos envolvidos no processo de perda dessas mulheres, contribuindo, assim, para um aprimoramento do seu acolhimento clínico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O relatório parcial ou final deve ser enviado em 6 meses.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1150399.pdf	18/06/2018 21:43:38		Aceito
Outros	ROTEIROPARAENTREVISTA.doc	18/06/2018 20:52:17	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	18/06/2018 14:33:58	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetonishioka.docx	18/06/2018 14:32:56	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.753.654

Investigador	projetonishioka.docx	18/06/2018 14:32:56	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
Outros	curriculoluisa.pdf	13/06/2018 23:14:02	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
Outros	curriculoorientadora.pdf	13/06/2018 23:09:44	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	13/06/2018 23:05:55	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderost.pdf	13/06/2018 23:04:50	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	04/06/2018 06:10:34	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	04/06/2018 06:09:21	LUISA PEREIRA NISHIOKA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:



Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Julho de 2018

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br

ANEXO 2 Comprovante de submissão do artigo




[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [NOTÍCIAS](#) [TODAS AS EDIÇÕES](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > [#224112](#) > [Resumo](#)

#224112 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores	Luísa Pereira Nishioka, Tuila Martins Melo Barbosa	
Título	A EXPERIÊNCIA DA PERDA GESTACIONAL EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM MOLLA HIDATIFORME COMPLETA	
Documento original	224112-1038515-2-SM.DOCX	2019-05-17
Docs. sup.	224112-1038541-1-SR.PDF	2019-05-17 INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Sra Luísa Pereira Nishioka 	
Data de submissão	maio 17, 2019 - 01:37	
Seção	Relatos de Pesquisa	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	


Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2019-05-17
Última alteração	2019-05-17

Metadados da submissão

[EDITAR METADADOS](#)

Autores

Nome	Luísa Pereira Nishioka 
ORCID ID	http://orcid.org/0000-0003-3040-6936
Instituição/Afiliação	Universidade Federal do Rio de Janeiro
País	Brasil

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:
luisanishioka

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#)
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(2\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil) ▼

[Submeter](#)

TAMANHO DE FONTE



NORMAS DE PUBLICAÇÃO DAS REVISTAS



NORMAS DE FORMATAÇÃO

DO ARQUIVO:

Formatos aceitos: .DOC e .DOCX

DA CONFIGURAÇÃO DA PÁGINA:

1. A página deve estar orientada em Retrato
2. Todas as margens de 2,5 cm
3. As páginas não devem ser numeradas
4. Não deve conter notas de rodapé

DO TÍTULO:

1. Formatação:
 - Fonte Verdana
 - Tamanho 12
 - No idioma em que foi escrito o artigo submetido
 - Letra maiúscula somente na primeira palavra, salvo quando houver substantivos próprios
 - Em negrito, justificado, e com espaçamento DUPLO entrelinhas;
2. É vedado o uso de siglas, salvo para siglas internacionais;
3. Deve conter o DESENHO DE PESQUISA (MÉTODO) utilizado. Preferencialmente no final, precedido de dois pontos (:).

Terça-feira, 12 de julho de 2016

4. O título e/ou objetivo não deve conter local de realização da pesquisa, salvo em se tratando de capitais, macrorregiões ou país.
5. QUALITATIVO ou QUANTITATIVO não são considerados métodos pela revista.
6. Deve conter até 12 palavras, incluindo o método. Preposições e artigos são considerados na contagem.

DA AUTORIA:

1. São permitidos até 6 (seis) autores por trabalho submetido.
2. No arquivo contendo o artigo a ser submetido não deve constar autoria ou afiliação dos autores.

DO RESUMO:

1. Formatação:
 - Fonte Verdana
 - Tamanho 10
 - Espaçamento simples
 - Justificado
 - Conter obrigatoriamente as seções: objetivo(s), método, resultado, discussão, conclusão, e descritores, em negrito, no corpo do resumo.
 - Deve conter entre 120 e 150 palavras
2. As seções INTRODUÇÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS são opcionais.

DOS DESCRITORES:

1. Formatação:
 - Fonte Verdana
 - Tamanho 10
 - Grafia idêntica àquela apresentada no DECs
 - Separados por ponta e vírgula
2. Os descritores devem seguir um ordenamento de importância no que se refere à caracterização do manuscrito e constar na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

Terça-feira, 12 de julho de 2016

DAS SECÇÕES:

1. Formatação:
 - Fonte Verdana
 - Tamanho 10
 - Em negrito
 - Todas as letras maiúsculas
2. As seções RESULTADOS e DISCUSSÃO são obrigatórias
3. Adotar o termo MÉTODO em detrimento a metodologia.
4. Usar o termo CONCLUSÃO em detrimento a considerações finais.
5. Deve haver espaçamento de duas linhas entre as seções.

DO CONTEÚDO DAS SECÇÕES:

1. Formatação:
 - Fonte Verdana
 - Tamanho 10
 - Sem recuo de parágrafo
2. Os limites de palavras para cada tipo trabalho:

TIPO DE SEÇÃO	PALAVRAS
Resumos de tese e dissertações; Notas prévias	1000
Resultados preliminares; Notas de pesquisa; Brief Communications	2000
Artigos originais e demais seções	5000

3. O número de palavras é contabilizado desde o título à última referência.

4. Citações de dados empíricos, como entrevistas, devem ser formatadas da seguinte maneira:
 - Em bloco próprio, distinto do texto normal, seguindo ordem lógica dentro do conteúdo
 - Em itálico
 - Sem aspas
 - Espaçamento simples
 - Recuo de 4 cm da margem esquerda.
5. A data da coleta dos dados deverá constar no fim de cada bloco, e limitada em até **3 anos antes** da data de **submissão**.

DAS ILUSTRAÇÕES:

1. Considera-se ilustração todo tipo de representação visual não textual. Exemplos: fotografia, gráfico, esquema, fluxograma, tabela.
2. Cada trabalho submetido está limitado a um total de 6 (seis) ilustrações.
3. As ilustrações devem ser incluídas no texto da seguinte forma:
 - Numeradas em arábico, de acordo com a ordem de aparição no trabalho
 - A legenda deverá conter: título, ano, local, e deve ser escrita em fonte Verdana, tamanho 9, com espaçamento duplo.
4. As ilustrações deverão se limitar a 16 centímetros de largura e estar em orientação vertical.
2. As ilustrações deverão ser incorporadas ao texto em ordem lógica, de acordo com o conteúdo ao qual fazem referência, precedidas de indicação de sua localização em texto em vermelho, e anexadas como **documentos suplementares** nos seguintes formatos de acordo com a tipologia:
 - a) Gráficos e tabelas: Microsoft Excel 2003
 - b) Diagramas/fluxogramas: Microsoft Powerpoint 2003
3. Nas tabelas, os **títulos** e o **número de identificação** devem vir em uma linha acima da figura.
4. Fotografias, que permitam a identificação do sujeito, deverão ser submetidas juntamente com termo, ou documento equivalente, de autorização de direito de

Terça-feira, 12 de julho de 2016

imagem, possuir resolução mínima de 300 dpi, e remetidas em formato TIF (Tagged Image File Format).

5. Quando houver combinação de gráfico e imagem na mesma ilustração, a resolução deve ser de no mínimo 500 dpi, e o formato deverá ser TIF ou EPS (Encapsulated Post Script).
6. Figuras devem conter título e fonte, devem ser mencionadas no decorrer do texto, e devem também obrigatoriamente ser enviadas como **documento suplementar** em formato EDITÁVEL, como Excel®, Powerpoint®.
7. Tutorial para carregamento de documento suplementar pode auxiliar em caso de dificuldades.

DOS TÓPICOS

1. Quando o conteúdo incluir listagens em tópicos, cada item deve ser incluído no texto desta forma:
 - Precedido de hífen, em caso de texto
 - Em caso de enumeração, usar somente algarismos arábicos seguido de ponto
 - Fonte Verdana
 - Tamanho 10
 - Em Itálico
 - Espaçamento 1,5
 - Alinhado ao conteúdo do texto

REFERÊNCIAS

1. Nas citações no corpo do texto, o número da referência deverá estar sobrescrito, entre parênteses, após a citação e sucedido de ponto.

Exemplo: O tratamento da insuficiência cardíaca (IC) consiste na otimização de fármacos com impacto comprovado em morbidade e mortalidade⁽¹⁾.

2. Adotar no mínimo 5 (cinco) referências de artigos publicados em **inglês nos últimos 5 (cinco) anos**.
3. Artigos publicados em mais de um idioma devem ser referenciados segundo a versão em **inglês**.

Terça-feira, 12 de julho de 2016

4. Todas as referências, salvo artigos históricos ou excepcionalmente autorizados, deverão ter até 5 (cinco) anos de publicação.

5. As referências deverão ser formatadas da seguinte maneira:

- Numeradas na ordem sequencial de aparecimento no corpo do texto
- De acordo com os Requisitos Uniformes de Vancouver
- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Justificada
- Espaçamento simples
- Espaçamento ANTES e DEPOIS = 2 pt.

6. Limite de REFERÊNCIAS por tipo de seção:

TIPO DE SEÇÃO	REFERÊNCIAS
Notas prévias	3
Resumos de tese e dissertações	5
Artigos de revisão e bibliométricos	20
Artigos originais e demais seções	20

7. No corpo do artigo TODAS as referências devem ser apresentadas sequencialmente.

8. Na seção de REFERÊNCIAS, apresentar TODAS as referências em LISTA ÚNICA, obedecendo a seguinte ordem:

1º As referências relacionadas ao artigo (Não resultantes do processo de revisão) *Devem atender às normas de publicações em geral (limitadas ao número de 20, até cinco anos de publicação, minimamente cinco internacionais);

2º Referências resultantes do processo de revisão (sem limite de data ou quantidade)

*Deve-se escrever o termo "[incluída na revisão]", entre colchetes.

Exemplo:

a) **Referência relacionadas ao artigo:**

Magnago C, Pierantoni C, França T, Garcia A, Ney M, Matsumoto K. The influence of family health strategy on health indicators in the municipalities of Rio de Janeiro, Brazil. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 May 3 [Cited 2013 Apr 5] 10(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3211>.

b) **Referência incluída na revisão:**

Lima D. Design of research: a contribution for authors. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 Oct 17 [Cited 2013 Apr 24] 10(2):. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113648> [included in the review]

9. Trabalhos de revisão deverão ser confeccionados na maior conformidade possível com o preconizado em: **Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Lancet 1999; Nov 27;354(9193):1896-900.**

10. Deve-se utilizar os termos de formatação de referências das normas de Vancouver **em inglês**.

MODELO

Curso rápido para autores: metadados para a pesquisa de enfermagem – update 2011

RESUMO

Problema: Historicamente, a inconsistência no preenchimento dos metadados determina o rechaço de mais de 70% de todas as submissões de publicações em saúde. **Justificativa:** transcorridos exatos dois anos após a publicação do primeiro curso rápido para autores e a mudança no corpo editorial do OBJN faz-se necessária à instrumentação dos autores com vistas ao atendimento às novas demandas de publicação científica. **Objetivo:** demonstrar passo-a-passo as etapas da correta execução dos metadados de acordo com as normas do OBJN. **Método:** estudo descritivo apresentado sob a forma de curso rápido de metadados. **Resultados:** blocos de imagens e diretrizes para preenchimento. **Conclusão:** O estabelecimento do guia de preenchimento reduz o tempo de submissão, maximiza a visibilidade do material submetido e do periódico e diminui o índice de rechaço. (corpo do resumo contendo entre 120 e 150 palavras justificadas, destacando em negrito as seções)

Palavras-chave: Acesso à Informação; Autoria e Co-Autoria na Publicação Científica; Enfermagem Baseada em Evidências. *(descritores devem ter a grafia reproduzida como no DECs)*

INTRODUÇÃO

Em tempos atuais, em que ocorre o advento de inúmeras mídias e novas linguagens, de abrangência global muitas vezes, é necessário rever a importância das normas de descrição e padrões visuais de apresentação de artigos científicos como meio de diferenciar este tipo de produção e disseminação da informação, seja para sua utilização atual, seja para sua preservação e acesso futuro⁽¹⁾ (sem recuo de parágrafo, referência em arábico, sobrescrita, entre parênteses).

Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver).

Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

Estrutura do artigo

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos.

Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.

- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas. Apresentar limitações do estudo.

Conclusão: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Apresentar as lacunas decorrentes da realização da investigação, mostrando potenciais aspectos para pesquisas futuras. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

Formatação do manuscrito

- Formato .doc ou .docx;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

Título

- Deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo

- Deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês.

Descritores

- Devem ser apresentados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores ao final do resumo, que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" da Biblioteca Virtual em Saúde, usando o descritor exato.

Siglas e abreviações

O uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé

- Devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações

São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.

- As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>; Os títulos de tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela.
- Os títulos das figuras devem ser concisos, precisos e apresentados acima das figuras.

Citações

- As citações "*ipsis literis*" de referências devem-se usar aspas na sequência do texto.
As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e teóricos. Para os de revisão não há restrição. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
Dissertações, teses, livros, documentos oficiais, resumos em anais de eventos e links da Internet são considerados textos de literatura cinzenta e deve ser restrita a no máximo três citações por artigo. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação de referências sequenciais separe-as por um traço [ex. (1-3)].

- Ao fazer a citação de referências intercaladas separe-as por vírgula [ex. (2,6,11)].
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no [ICMJE](#).

Agradecimentos e Financiamentos

- Agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

REFERÊNCIAS

Orientações gerais

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na *NCBI database records* ou o título abreviado usado na *Scientific Electronic Library Online* - [SciELO](#).

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.



Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,

e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.



8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.



Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES PARA ENVIO DE ARTIGO

A **RBONE** adota as regras de preparação de manuscritos que seguem os padrões da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que se baseiam no padrão Internacional - ISO (International Organization for Standardization), em função das características e especificidade da **RBONE** apresenta o seguinte padrão.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO

O artigo submetido deve ser digitado em espaço duplo, papel tamanho A4 (21 x 29,7), com margem superior de 2,5 cm, inferior 2,5, esquerda 2,5, direita 2,5, sem numerar linhas, parágrafos e as páginas; as legendas das figuras e as tabelas devem vir no local do texto, no mesmo arquivo. Os manuscritos que não estiverem de acordo com as instruções a seguir em relação ao estilo e ao formato será devolvido sem revisão pelo Conselho Editorial.

FORMATO DOS ARQUIVOS

Para o texto, usar editor de texto do tipo Microsoft Word para Windows ou equivalente, fonte Arial, tamanho 12, as figuras deverão estar nos formatos JPG, PNG ou TIFF.

ARTIGO ORIGINAL

Um artigo original deve conter a formatação acima e ser estruturado com os seguintes itens:

Página título: deve conter

(1) o título do artigo, que deve ser objetivo, mas informativo;

(2) nomes completos dos autores; instituição (ões) de origem (afiliação), com cidade, estado e país, se fora do Brasil;

(3) nome do autor correspondente e endereço completo;

(4) e-mail de todos os autores.

Resumo: deve conter

(1) o resumo em português, com não mais do que 250 palavras, estruturado de forma a conter: introdução e objetivo, materiais e métodos, discussão, resultados e conclusão;

(2) três a cinco palavras-chave. Usar obrigatoriamente termos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (<http://goo.gl/5RVOAa>);

(3) o título e o resumo em inglês (abstract), representando a tradução do título e do resumo para a língua inglesa;

(4) três a cinco palavras-chave em inglês (key words).

Introdução: deve conter (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa e o objetivo do artigo deve vir no último parágrafo.

Materiais e Métodos: deve conter

(1) descrição clara da amostra utilizada;

(2) termo de consentimento para estudos experimentais envolvendo humanos e animais, conforme recomenda as resoluções 196/96 e 466/12;

(3) identificação dos métodos, materiais (marca e modelo entre parênteses) e procedimentos utilizados de modo suficientemente detalhado, de forma a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores;

(4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos;

(5) descrição de métodos novos ou modificados;

(6) quando pertinente, incluir a análise estatística utilizada, bem como os programas utilizados. No texto, números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números de 10 em diante são expressos em algarismos arábicos.

Resultados: deve conter

(1) apresentação dos resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e ilustrações; evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou ilustrações e no

texto;

(2) enfatizar somente observações importantes.

Discussão: deve conter

(1) ênfase nos aspectos originais e importantes do estudo, evitando repetir em detalhes dados já apresentados na Introdução e nos Resultados;

(2) relevância e limitações dos achados, confrontando com os dados da literatura, incluindo implicações para futuros estudos;

(3) ligação das conclusões com os objetivos do estudo.

Conclusão: deve ser obtida a partir dos resultados obtidos no estudo e deve responder os objetivos propostos.

Agradecimentos: deve conter

(1) contribuições que justificam agradecimentos, mas não autoria;

(2) fontes de financiamento e apoio de uma forma geral.

Citação: deve utilizar o sistema autor-data. Fazer a citação com o sobrenome do autor (es) seguido de data separado por vírgula e entre parênteses. Exemplo: (Bacurau, 2001). Até três autores, mencionar todos, usar a expressão colaboradores, para quatro ou mais autores, usando o sobrenome do primeiro autor e a expressão. Exemplo: (Bacurau e colaboradores, 2001). A citação só poderá ser a parafraseada.

Referências: as referências devem ser escritas em sequência alfabética. O estilo das referências deve seguir as normas da **RBONE** e os exemplos mais comuns são mostrados a seguir. Deve-se evitar utilização de “comunicações pessoais” ou “observações não publicadas” como referências.

Exemplos:

1) Artigo padrão em periódico (deve-se listar todos os autores):

Amorim, P.A. Distribuição da Gordura Corpórea como Fator de Risco no desenvolvimento de Doenças Arteriais Coronarianas: Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Londrina. Vol. 2. Num. 4. 1997. p. 59-75.

2) Autor institucional:

Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Institui diretrizes para Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Portaria interministerial, Num. 1010 de 8 de maio de 2006. Brasília. 2006.

3) Livro com autor (es) responsáveis por todo o conteúdo:

Bacurau, R.F.; Navarro, F.; Uchida, M.C.; Rosa, L.F.B.P.C. Hipertrofia Hiperplasia: Fisiologia, Nutrição e Treinamento do Crescimento Muscular. São Paulo. Phorte. 2001. p. 210.

4) Livro com editor (es) como autor (es):

Diener, H.C.; Wilkinson, M. editors. Druginduced headache. New York. Springer-Verlag. 1988. p. 120.

5) Capítulo de livro:

Tateyama, M.S.; Navarro, A.C. A Eficiência do Sistema de Ataque Quatro em Linha no Futsal. IN Navarro, A.C.; Almeida, R. Futsal. São Paulo. Phorte. 2008.

6) Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado:

Navarro, A.C. Um Estudo de Caso sobre a Ciência no Brasil: Os Trabalhos em Fisiologia no Instituto de Ciências Biomédicas e no Instituto de Biociência da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo. 2005.

TABELAS

As tabelas devem ser numeradas sequencialmente em algarismo arábico e ter títulos sucintos, assim como, podem conter números e/ou textos sucintos (para números usar até duas casas decimais após a vírgula; e as abreviaturas devem estar de acordo com as utilizadas no corpo do texto; quando necessário usar legenda para identificação de símbolos padrões e universais). As tabelas devem ser

criadas a partir do editor de texto Word ou equivalente, com no mínimo fonte de tamanho 10.

FIGURAS

Serão aceitas fotos ou figuras em preto-e-branco. Figuras coloridas são incentivadas pelo Editor, pois a revista é eletrônica, processo que facilita a sua publicação. Não utilizar tons de cinza. As figuras quando impressas devem ter bom contraste e largura legível. Os desenhos das figuras devem ser consistentes e tão simples quanto possíveis. Todas as linhas devem ser sólidas. Para gráficos de barra, por exemplo, utilizar barras brancas, pretas, com linhas diagonais nas duas direções, linhas em xadrez, linhas horizontais e verticais.

A **RBONE** desestimula fortemente o envio de fotografias de equipamentos e animais.

Utilizar fontes de no mínimo 10 pontos para letras, números e símbolos, com espaçamento e alinhamento adequados. Quando a figura representar uma radiografia ou fotografia sugerimos incluir a escala de tamanho quando pertinente. A resolução para a imagem deve ser de no máximo 300 dpi afim de uma impressão adequada.

DUPLA SUBMISSÃO, PLÁGIOS E ÉTICA EM PUBLICAÇÃO

Os artigos submetidos à **RBONE** serão considerados para publicação somente com a condição de que não tenham sido publicados ou estejam em processo de avaliação para publicação em outro periódico, seja na sua versão integral ou em parte, assim como não compartilha com plágios, conforme recomenda o Committee on Publication Ethics (<https://publicationethics.org/>). A **RBONE** não considerará para publicação artigos cujos dados tenham sido disponibilizados na Internet para acesso público. Se houver no artigo submetido algum material em figuras ou tabelas já publicado em outro local, a submissão do artigo deverá ser acompanhada de cópia do material original e da permissão por escrito para reprodução do material.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores deverão explicitar no artigo qualquer potencial conflito de interesse relacionado ao artigo submetido. Esta exigência visa informar os editores, revisores

e leitores sobre relações profissionais e/ou financeiras (como patrocínios e participação societária) com agentes financeiros relacionados aos produtos farmacêuticos ou equipamentos envolvidos no trabalho, os quais podem teoricamente influenciar as interpretações e conclusões do mesmo. A existência ou não de conflito de interesse declarado estarão ao final dos artigos publicados.

ÉTICA EM PUBLICAÇÃO

A **RBONE** segue as recomendações internacionais para publicação científica de acordo com o **Committee on Publication Ethics** (<https://publicationethics.org/>).

REVISÃO PELOS PARES

Todos os artigos submetidos serão avaliados por ao menos dois revisores com experiência e competência profissional na respectiva área do trabalho e que emitirão parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos Editores para decidir sobre a aceitação do mesmo. Os critérios de avaliação dos artigos incluem: originalidade, contribuição para corpo de conhecimento da área, adequação metodológica, clareza e atualidade. Os artigos aceitos para publicação poderão sofrer revisões editoriais para facilitar sua clareza e entendimento sem alterar seu conteúdo.

DIREITOS AUTORAIS

Autores que publicam neste periódico concordam com os seguintes termos:

- Autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Creative Commons Attribution License que permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial neste periódico.
- Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.
- Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar

alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

A **RBONE** é classificada com a cor Azul no SHERPA/RoMEO e no DIADORIM.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. Francisco Navarro

Editor-Chefe da Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.
Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício.
Rua Hungara 249, CJ 113, Vila Ipojuca, São Paulo, SP - CEP 05055-010

E-mail: francisconavarro@uol.com.br

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
5. As ilustrações, figuras e tabelas devem estar posicionadas dentro do texto em seu local apropriado. Caso necessário, os autores deverão submeter ilustrações e figuras em formato próprio, a pedido da editoração.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam neste periódico concordam com os seguintes termos:

- Autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Creative Commons Attribution License](#) que permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial neste periódico.
- Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.
- Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.



ISSN 1414-9893 versão impressa
ISSN 1982-3703 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Submissão do textos manuscritos pela\(s\) autora\(s\) e pelo\(s\) autor\(es\)](#)

Escopo e política

A Revista **Psicologia: Ciência e Profissão** é uma publicação trimestral editada pelo Conselho Federal de Psicologia.

Publica textos originais, em português, inglês, espanhol ou francês de relevância científica e social para a produção do conhecimento em psicologia, em uma perspectiva crítica, consonantes com as políticas da profissão e atentos aos Direitos Humanos.

Forma e preparação de manuscritos

O manuscrito submetido a RPCP não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica ou de pesquisa.

Todas as submissões de manuscritos devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

Observação: Se uma citação ou trecho de entrevista compreende menos do que 40 palavras, incorpore-a ao texto e a coloque entre aspas duplas. Caso compreenda 40 ou mais palavras, apresente-a em um bloco de texto separado e omita as aspas.

A Psicologia: Ciência e Profissão publica:

1. Estudo teórico / Revisão bibliográfica - Exige-se, na revista, que a pesquisa teórica, nos diferentes campos do conhecimento, contribua para o aprofundamento de um tema ou conceito e apresente um debate teórico que mapeie o estado da arte, culminando em apontamentos que sugiram uma perspectiva crítica e inovadora no campo da psicologia e suas interfaces. Artigos de revisão bibliográfica que somente mencionam a posição de outros autores sobre conceitos e teorias e que pesquisam ou realizam levantamentos de temáticas em base de dados não serão aceitos por este periódico.

2. Relato de pesquisa – investigações inéditas, de relevância científica, construídas a partir de materiais empíricos. É necessário explicitar os fundamentos teórico- metodológicos, as análises e as discussões decorrentes da pesquisa. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

3. Relato de experiência - relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, que tragam contribuições para as práticas em

Psicologia. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências.

O título abreviado do periódico é **Psicol., Ciênc. Prof.** que deve ser usado em notas de rodapé e referências.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Caso a autora ou o autor queira divulgar seu trabalho em outro formato deve citar esta primeira publicação.

Preparação dos textos

O texto submetido a RPCP não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica ou de pesquisa.

Todas as submissões devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: Author), no que diz respeito ao estilo de apresentação do texto e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

Observação: Se uma citação ou trecho de entrevista compreende menos do que 40 palavras, incorpore-a ao texto e a coloque entre aspas duplas. Caso compreenda 40 ou mais palavras, apresente-a em um bloco de texto separado e omita as aspas.

Critérios gerais para avaliação dos manuscritos

1. Os trabalhos enviados podem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês, obrigatoriamente com resumo, abstract e resumen;
2. Espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens de 2,54 centímetros, texto alinhado à esquerda;
3. Textos devem ser submetidos em extensão .doc ou .docx;
4. Tabelas e figuras (gráficos e imagens) devem constar no corpo de texto, mas necessariamente em formato editável;
5. As páginas não devem ser numeradas;
6. O título deve ter até 12 palavras, ser centralizado, em negrito e conter letras maiúsculas e minúsculas;
7. O título deve explicitar o(s) fenômeno(s) estudado(s) e a relação com o contexto de investigação;
8. O resumo deve corresponder ao desenvolvimento do texto e conter de 150 a 250 palavras, e de 3 a 5 palavras-chave em cada um dos resumos;
9. As referências e formas de citação devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: Author);
10. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs) incluídos no texto devem estar ativos e prontos para acesso imediato.
11. Autores e coautores que estejam com artigo em avaliação não podem submeter um novo até a decisão editorial.

Etapas de avaliação

1. Os textos serão avaliados quanto a sua adequação às normas de submissão da Revista. Em havendo equívocos no processo de submissão as autoras e ou os autores serão notificados e o texto arquivado, ficando a critério das autoras e ou dos autores uma nova submissão;
2. Os textos aprovados na primeira etapa serão avaliados pela Comissão Editorial em relação a sua coerência com o escopo da

- revista. Para tanto, a comissão editorial poderá recorrer ao conselho consultivo. Em caso de dissonância o texto poderá ser arquivado e as autoras e ou os autores notificados.
3. Os textos aprovados nas etapas anteriores serão submetidos à avaliação de pareceristas *ad hoc*, omitida a identidade das autoras e ou dos autores. Após esta avaliação o texto poderá ser recusado, encaminhado para reformulações ou aceito para publicação. Em todos os casos as autoras e ou os autores serão notificados.

Submissão do textos manuscritos pela(s) autora(s) e pelo(s) autor(es)

As autoras e/ou os autores devem atentar-se às seguintes especificações de envio:

1) Carta à editora

As autoras e/ou os autores devem dar ciência da sua concordância com a publicação do texto à Revista Psicologia: Ciência e Profissão por meio de **carta à editora** assinada por todas as autoras e/ou todos os autores, digitalizada e enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", em PDF, atendendo as seguintes exigências:

- a) Identificar o tipo de texto, conforme especificado no item "Forma e preparação dos textos";
- b) Declarar que o texto não foi submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica;
- c) Declarar que os procedimentos éticos de pesquisa foram cumpridos. A Comissão Editorial poderá solicitar documentos relacionados às resoluções vigentes (Resolução CONEP n. 466 de 2012 e/ou Resolução CONEP n. 510 de 2016. Solicita-se não colocar qualquer dado do parecer do comitê de ética no corpo do manuscrito para evitar identificação dos autores.
- d) Caso o artigo tenha mais de 4 autores/autoras, deve ser especificada a contribuição de cada um/uma na concepção e execução da pesquisa e/ou na elaboração do manuscrito.

Somente serão avaliados os textos submetidos à Revista PCP via Plataforma SciELO.

2) Folha de Rosto

A folha de rosto deverá ser enviada via Plataforma SciELO como "Documento Suplementar", contendo:

- Título em português (máximo de 12 palavras);
- Título em inglês;
- Título em espanhol;
- Título reduzido;

Nome, titulação e afiliação institucional e/ou profissional, por extenso, de cada um dos autores;

Nomes dos autores como devem aparecer em citações;

Endereço de correspondência do autor ou da autora com o qual a Revista poderá manter contato.

Informação de financiamento de pesquisa pelas agências de fomento quando pertinentes.

Caso o artigo tenha mais de 4 autores/autoras, deve ser especificada a contribuição de cada um/uma na concepção e execução da pesquisa e/ou na elaboração do manuscrito.

3) Apresentação formal do texto

Os textos originais deverão ser submetidos via Plataforma SciELO mediante cadastro do(a) autor(a) na página da Revista PCP (<http://submission.scielo.br/index.php/pcp/about/submissions#authorGuidelines>). Para garantir a revisão às cegas, as autoras e ou os autores serão responsáveis por retirar do texto qualquer forma de identificação de autoria.

Os autores e ou as autoras serão comunicados automaticamente sobre o recebimento do texto e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica, utilizando seu nome de usuário e senha. Os textos somente iniciarão o processo editorial com o registro de todas as autoras e ou todos os autores na página da Revista e de seus respectivos e-mails.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

SAF/SUL Q. 02, Bloco B, Edifício via office, térreo, sala 105
70070-600 Brasília DF Brasil
Tel.: 55 61 2109-0100
Fax: 55 61 2109-0150



revista@cfp.org.br