

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, DESESPERANÇA E IDEAÇÃO SUICIDA EM PACIENTES  
SOROPOSITIVOS ATENDIDOS NO HOSPITAL-DIA DO IMIP

Marcelo Rocha Coimbra

Amanda Lemos Alves Saraiva

Dra. Juliana Monteiro Costa

Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

RECIFE

2016

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, DESESPERANÇA E IDEAÇÃO SUICIDA EM PACIENTES  
SOROPOSITIVOS ATENDIDOS NO HOSPITAL-DIA DO IMIP.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM SOROPOSITIVOS

Anxiety, depression, hopelessness and suicidal ideation in seropositive patients followed at  
Hospital-Dia of IMIP.

Ansiedad, depresión, desesperanza y ideación suicida en pacientes seropositivos atendidos en  
el Hospital-Dia del IMIP.

Psychologic aspects in seropositives

Aspectos psicológicos en seropositivos

RECIFE

2016

## Resumo

O estudo teve como objetivo analisar o impacto psicológico do diagnóstico do HIV em pacientes adultos, determinando fatores que tenham potencial influência em sua saúde psicológica. Participaram da pesquisa 50 pacientes acompanhados no Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), com idades entre 19-59 anos (M:36,76 DP:11,12), que responderam a um questionário sociodemográfico e aos inventários de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida de Beck (BDI, BAI, BHS, BSI). A análise dos dados revelou níveis de depressão, ansiedade e ideação suicida maiores quando comparados a população geral, além de níveis consideráveis de desesperança. Não foi observado algum fator protetor para os aspectos psicológicos pesquisados, sendo o tempo de diagnóstico um fator importante nos níveis de depressão do grupo estudado. Os resultados evidenciaram a necessidade de um melhor acompanhamento psicológico ao paciente soropositivo, visto que os resultados obtidos são em pacientes que já se encontram acompanhados em um hospital referência no atendimento a soropositivos.

Palavras-chave: Ansiedade; aids; depressão.

## Abstract

The study had as its objective to analyze the psychological impact of the diagnosis of HIV in adult patients, stabilishing factors with potential influency on their psychological health. Participated of the research 50 patients followed at the Hospital-Dia of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), aged between 19-59 years (M:36,76 DP: 11,12), that aswered to a sociodemographic questionnaire and to Beck's inventaries of depression, anxiety, hopelessness and suicidal ideation (BDI, BAI, BHS, BSI). Data analisis revealed higher levels of depression, anxiety, and suicidal ideation amongst the participants when compared with general population, also was noticed a significant level of hopelessness.

It has not been observed any protective factors for the psychological aspects that were subject to this study, being the time of the diagnosis an important factor in the levels of depression at the studied group. The results made evident the necessity of a better psychological care to the HIV positive patient, considering that the obtained results has been observed in patients that already are followed in a reference hospital focused on the care of HIV positive people.

Keywords: Anxiety; aids; depression.

### Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar el impacto psicológico del diagnóstico del HIV en pacientes adultos, estableciendo los factores que tengan potencial influencia en su salud psicológica. Participarán en la pesquisa 50 pacientes acompañados en el Hospital-Día de Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), con edad entre 19-59 años (M:36,76 DP: 11,12), que han respondido a un cuestionario sociodemográfico y a los inventarios de depresión, ansiedad, desesperanza e ideación suicida de Beck (BDI, BAI, BHS, BSI). El análisis de los datos reveló niveles de depresión, ansiedad e ideación suicida mayores entre los participantes cuando comparados a la población general, también se encontró un nivel considerable de desesperanza. No se encontró alguno factor protector para los aspectos psicológicos pesquisados, siendo el tiempo de diagnóstico un factor importante en los niveles de depresión en el grupo estudiado. Los resultados evidenciarán la necesidad de un mejor acompañamiento psicológico al paciente seropositivo, en vista que los resultados que se encuentran en el estudio se dan a pacientes que ya se encuentran en un hospital de referencia en el atendimento de los seropositivos.

Palabras clave: Ansiedad; aids; depresión.

## **Introdução**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (do inglês, Acquired Immune Deficiency Syndrome, ou AIDS) é uma doença viral, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O agente é transmitido através de relações sexuais e contato com sangue de portadores do vírus. A doença afeta o sistema imunológico ao atacar os linfócitos T CD4+, células responsáveis pelo início da resposta imune do corpo. Com a evolução da doença, a contagem destas células diminui gradativamente, aumentando o risco de infecções oportunistas e neoplasias que podem cursar para o óbito (Patroclo & Medronho, 2007).

Os principais problemas encarados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), além de seu quadro clínico, são os medos e preconceitos estabelecidos pela sociedade (Costa, Oliveira & Formozo, 2015), que por vezes exclui e culpa o soropositivo mesmo sem saber a história da contração do vírus pelo portador, fato este que afeta a autoestima e a autoconfiança do paciente (Saadat, Behboodi & Saadat, 2015).

Tendo em vista o histórico de informações erradas geradas na década de 80 que perduraram e persistem até hoje na sociedade brasileira, se faz presente a necessidade de analisar a saúde mental da população soropositiva. Para quantificar o nível de sofrimento das PVHA são ferramentas importantes os inventários de Beck de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida.

Sendo assim, a pesquisa tem como objetivos determinar os níveis de ansiedade, depressão, desesperança e ideação suicida nos pacientes soropositivos e comparar os escores com seu perfil sociodemográfico e clínico, buscando fatores atenuantes ou agravantes na condição dos pacientes soropositivos.

## **Método**

O método utilizado nesta pesquisa é de natureza quantitativa, caracterizando-se como um estudo descritivo transversal. Ele possui como diferencial a intenção de garantir a precisão dos trabalhos realizados, conduzindo a um resultando com poucas chances de distorções de acordo com Richardson (1989, citado por Dalfovo, Lana & Siqueira, 2008).

Ainda segundo Richardson (1989, citado por Dalfovo et al., 2008) este método caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

### **Participantes**

A amostra da pesquisa foi composta de pacientes soropositivos adultos atendidos no ambulatório do Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

### **Instrumentos**

Na obtenção dos dados para a realização desta pesquisa foram usados os instrumentos exposto e descritos a seguir:

- Roteiro de entrevista - questionário sociodemográfico e médico-clínico: esse instrumento é um roteiro estruturado correspondente aos aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, profissão, religião, estado civil e com quem reside) assim como os aspectos médico-clínicos (tempo de diagnóstico e tempo de acompanhamento no Hospital-Dia);
- Inventário de Depressão de Beck (BDI): apresenta breve instrução de aplicação na sua folha de resposta, é uma escala de autorrelato de 21 itens, cada um com quatro

alternativas que vão de 0 a 3, subtendendo graus crescentes de gravidade de depressão que inclui itens sobre estados emocionais de irritação, sentimento de desprazer, decepção, tristeza, fracasso, culpa, ideias de suicídio, impressões relacionadas à aparência física, sono, hábitos alimentares, saúde, desempenho no trabalho e interesse sexual. A soma dos escores em cada item é dividida em quatro categorias de níveis de manifestações de depressão: 0 a 11 = nível mínimo; 12 a 19 = nível leve; 20 a 35 = nível moderado; 36 a 63 = nível grave; (Cunha, 2001)

- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): instrumento autoaplicável traduzido e adaptado para a população do Brasil, foi composto para medir sintomas de ansiedade, que são compartilhados de forma mínima com os de depressão. O Inventário apresenta breve instrução de aplicação na sua folha de resposta e é composto de 21 itens que se referem a grande variabilidade de sintomas dominantes como palpitações, tremores, sudorese, nervosismo, medos (relacionados a si e a parentes), tensão muscular. Respondidos a partir de quatro afirmações em graus de intensidade variáveis de 0 a 3 (0 = Absolutamente não); 1 = Levemente, não me incomodou muito; 2 = Moderadamente, foi muito desagradável mas pude suportar; 3 = Gravemente, dificilmente pude suportar). A soma dos escores em cada item é dividida em quatro categorias de níveis de manifestações de Ansiedade: 0 a 10 = nível mínimo; 11 a 19 = nível leve; 20 a 30 = nível moderado; 31 a 63 = nível grave; (Cunha, 2001)
- Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI): apresenta breve instrução de aplicação na sua folha de resposta, é uma escala de autorrelato de 21 itens, cada um com três alternativas de 0 a 2, sendo os cinco primeiros itens usados como triagem da ideação suicida. Caso o examinado responda aos itens 4 e 5 a alternativa 0, ele é orientado a passar imediatamente ao item 20, deixando de responder os 14 itens seguintes. Não

são recomendados pontos de corte específicos; qualquer escore diferente de 0 revela a existência de ideação suicida e mostra a necessidade de o caso ser melhor investigado clinicamente; (Cunha, 2001)

- Escala de Desesperança de Beck (BHS): apresenta breve instrução de aplicação na sua folha de resposta, é uma escala dicotômica, que engloba 20 itens cada um com duas alternativas de Certo ou Errado, consistindo em afirmações que envolvem cognições e desesperança, ideação suicida, sentimentos de desamparo, limitação da vida. A soma dos escores em cada item é dividida em quatro categorias de níveis de manifestações de Desesperança: 0 a 4 = nível mínimo; 5 a 8 = nível leve; 9 a 13 = nível moderado; 14 a 20 = nível grave. (Cunha, 2001)

### **Coleta de dados**

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS) vide número do CAAE: 49062615.0.0000.5569. A coleta foi realizada após esclarecidas todas as informações quanto ao objetivo e o procedimento da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O termo assegura o anonimato das informações pessoais e a participação voluntária e autoriza a divulgação dos dados relevantes da pesquisa.

Os participantes foram convidados em dias de consulta médica, enquanto estavam na sala de espera ou logo após o atendimento. A resposta aos instrumentos ocorreu no mesmo dia do atendimento médico no serviço de saúde. A aplicação foi individual, realizada pelo próprio pesquisador em uma sala reservada e em um único encontro de aproximadamente trinta minutos.

### **Análise de dados**

Análises estatísticas descritivas incluíram medidas de frequência, com base na utilização do software Stata 12.

## **Resultados**

Foram entrevistados 50 pacientes soropositivos adultos, sendo 21 homens (42%) e 29 mulheres (58%). A idade variou de 19 a 59 anos ( $M=36,76$   $DP=11,12$ ). Relativamente ao grau de escolaridade, 15 participantes (30%) não concluíram o ensino fundamental, 15 (30%) concluíram o ensino médio e apenas 2 (4%) são analfabetos. Quanto à religião, 24 entrevistados (48%) dos entrevistados se declararam católicos, 14 (28%) são protestantes e 14% não possuem religião.

Quando perguntados sobre o estado civil, 30 participantes (60%) se declararam solteiros, enquanto 9 (18%) eram casados, 5 (10%) divorciados e 5 (10%) em união estável (relação de convivência entre dois cidadãos que é duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição familiar). Quanto a com quem residem, apenas 7 (14%) viviam sozinhos enquanto o restante vivia acompanhado de familiares, companheiros e/ou amigos.

Em relação a profissão, 44 (88%) dos entrevistados possuíam emprego, 3 (6%) se encontravam desempregados e 3 (6%) encontravam-se estudando.

O tempo de diagnóstico também foi questionado e classificado em meses. 13 (26%) dos participantes tomaram conhecimento da soropositividade entre 1 e 12 meses, 6 (12%) tomaram conhecimento de 13 a 24, 17 (34%) entre 25 e 60 meses e acima 60 meses os 14 (28%) restantes. Quanto ao tempo de acompanhamento no Hospital-Dia do IMIP, 18 (36%) frequentavam o hospital há menos de 12 meses, 6 (12%) entre 13 e 24 meses, 16 (32%) na faixa de 25 a 60 meses e 10 (20%) acima de 60 meses.

Acerca dos inventários aplicados, 33 (66%) dos pacientes apresentou níveis mínimos e leves de ansiedade e 17 (34%) apresentou níveis moderados e graves de ansiedade. 29

(58%) participantes tiveram níveis mínimos ou leves de depressão, e 21 (42%) apresentaram níveis moderados ou graves. 40 participantes (80%) apresentaram níveis mínimos ou moderados de desesperança e 10 (20%) se encontravam com níveis moderados ou graves. Quando aplicado o inventário de ideação suicida, constatou-se que 28 (56%) dos pacientes não apresentou ideação suicida e 22 (44%) apresentou algum grau de ideação suicida, tendo 11 (22%) dos pacientes tentado o suicídio em algum momento de suas vidas e o restante nunca havia realizado alguma tentativa de suicídio. Foi observado uma correlação direta entre tempo do diagnóstico e o nível de depressão avaliado (Tabela 1).

### **Discussão de resultados**

Quando comparamos os resultados obtidos nos questionários, identificou-se que o paciente soropositivo ainda se encontra em condição delicada em relação aos aspectos emocionais, tendo em vista que, enquanto na população geral se tem, normalmente, níveis de depressão significativa entre 8 a 12% (Villano & Gnanhay, 2011), nos participantes deste estudo foi apresentado um nível de depressão significativa em 42%. Quando observada na população geral, a ansiedade apresenta-se em 7,7% da população geral (Santos & Siqueira, 2010) e no nosso estudo em 34%.

Ao observamos os níveis de ideação suicida, os pacientes apresentaram maior porcentagem de ideação suicida quando comparados à população geral, 44% e 17,1%, respectivamente (Botega, 2014). Também foi observado nesse estudo que 22% dos entrevistados realizou pelo menos uma tentativa de suicídio, sendo este número igualmente maior que a população geral (2,8%), ainda segundo Botega (2014).

Quanto às variáveis presentes no estudo, foi possível visualizar a homogeneidade do grupo analisado, com poucas questões específicas, como o aumento da depressão nos pacientes com o aumento do tempo da realização do diagnóstico. Essa pouca dependência das

variáveis demonstra que o cuidado com o paciente soropositivo deve ser geral, pois o grupo estudado não mostrou algum fator de proteção evidente, ao contrário do que se esperava inicialmente. Independentemente do ambiente em que o paciente se encontra no momento, o profissional de saúde deve estar atento para possíveis sinais de ansiedade, depressão, desesperança ou ideação suicida, devendo dar assistência ao paciente que necessita ou, se necessário, encaminhá-lo a algum profissional ou centro mais apto a realizar o cuidado ao paciente de forma completa e efetiva.

Analisando a tabela 1, pode-se observar que os níveis de depressão variam de acordo com o tempo de diagnóstico dos entrevistados. Embora as variáveis sejam independentes, observa-se que os níveis são leves no primeiro ano de diagnóstico, elevando-se para níveis moderados ou graves a partir do 5º ano da doença. Dessa forma, podemos pensar sobre a possível relação entre o nível de depressão dos soropositivos com as fases do luto propostas por Kubler Ross pelas quais eles passam desde a descoberta da doença.

Kübler-Ross (1994, citado por Souza, 2008), pioneira em avaliar o impacto psicológico da doença terminal, observou que os pacientes passam por cinco estágios, do diagnóstico à proximidade da morte: negação (estado de choque temporário, seguindo uma aceitação parcial), raiva, barganha, depressão e aceitação. Ainda sobre o luto, na visão de Kovács (1996) os portadores de HIV/AIDS têm os seus lutos elaborados, passam pelo processo de perdas e, se atendo a elementos de suas vidas, buscam apoio nos momentos difíceis para reorganizar sua vida.

Quando observamos a literatura de Kübler-Ross e Kovács percebemos uma diferença do que foi exposto e o que é visualizado no estudo. Os pacientes ao longo do tempo não estão conseguindo reorganizar sua vida, aumentando consideravelmente a depressão ao longo que se passa o tempo de diagnóstico. Por uma limitação metodológica os fatores que estão

causando essa dificuldade em atingir a resolução do luto e a reorganização na vida dos pacientes ainda permanecem obscuros, tendo a necessidade de maiores esclarecimentos.

### **Considerações finais**

O estudo em questão apresentou como finalidade identificar perfis emocionais associados a ansiedade, depressão, desesperança e suicídio em pacientes soropositivos dentro de um centro de referência do maior hospital que aceita apenas o SUS no Brasil, procurando fatores que possam agravar ou atenuar a condição dos pacientes e comparar o paciente soropositivo com a população geral.

Nas últimas décadas muito se descobriu e se esclareceu bastante no que toca à replicação do vírus, como se transmite, quais os perigos e as precauções, mas o paciente soropositivo ainda encontra barreiras na sociedade, causando transtornos na saúde psicológica das PVHA. A saúde mental dos pacientes não é de interesse apenas de um setor específico do cuidado do paciente, é de interesse de todos os envolvidos no tratamento do paciente em questão, pois é comprovada a melhor resposta do paciente com melhor estado psicológico.

O paciente soropositivo enfrenta dificuldades como o preconceito, exclusão do ambiente familiar, perda de amizades e medo de perda do emprego. Dessa forma, agregando aos resultados obtidos, temos a real necessidade de uma abordagem integral ao paciente, tendo em vista que a AIDS é uma doença de repercussão não apenas física como também espiritual, psíquica e social, necessitando de cuidado multidisciplinar.

### **Referências bibliográficas**

Botega, N.J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236;

Costa, T.L., Oliveira, D.C., & Formozo G.A. (2015). Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. *Cad. Saúde Pública*, 31(2), 365-376;

Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em Português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo;

Dalfovo, M.S., Lana, R.A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(4), 01-13;

Kovács, M.J. (1996). *Vida e morte: laços da existência*, 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo;

Patroclo, M.A.A., & Medronho, R.A. (2007). Evolução da contagem de células T CDA+ de portadores de AIDS em contextos socialmente desiguais. *Cad. Saúde Pública*, 23(8), 1955-1963;

Saadat, M., Behboodi Z.M., & Saadat, E. (2015). Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. *J. Hum. Reprod. Sci.*, 8(1), 48-51;

Santos, E.G., & Siqueira, M.M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. Bras. Psiquiatr.*, 59(3), 238-246;

Souza, T.R.C. (2008). *Impacto psicossocial da AIDS: enfrentando perdas... resignificando vidas*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids;

Villano L.A.B., & Gnanhay A.L. (2011). Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2), 10-20;

## **Tabelas**

Tabela 1 – Correlação entre tempo do diagnóstico e o nível de depressão

**BDI**

	<b>Mínimo ou leve</b>	<b>Moderado ou grave</b>	<b>Total</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Tempo de diagnóstico</b>			
1 a 12 meses	9 (31,03)	4 (19,05)	13 (26)
13 a 24 meses	2 (6,90)	4 (19,05)	6 (12)
25 a 60 meses	14 (48,28)	3 (14,29)	17 (34)
Acima de 60 meses	4 (13,79)	10 (47,62)	14 (28,00)
<b>Total</b>	<b>29 (100)</b>	<b>21 (100)</b>	<b>50 (100)</b>

**P-valor: 0.010**

## **Carta de encaminhamento**

Encaminhamos à Revista Psicologia em Estudo para apreciação e possível publicação, o texto intitulado “Ansiedade, depressão, desesperança e ideação suicida em pacientes soropositivos atendidos no Hospital-Dia do IMIP” que se trata de relato de pesquisa.

Declaramos que o presente trabalho é inédito e original, seguiu rigorosamente todos os procedimentos éticos e não está submetido a outra revista para publicação.

Autorizamos a reformulação de linguagem, caso necessária para atender aos padrões da Revista **Psicologia em Estudo**.

Atenciosamente,

Marcelo Rocha Coimbra

Amanda Lemos Alves Saraiva

Dra. Juliana Monteiro Costa

Dra. Mônica Cristina Batista de Melo

Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Artigo submetido de acordo com as normas da Revista “**Psicologia em Estudo**” (disponível em <http://www.scielo.br/revistas/pe/pinstruc.htm>).

### **Apresentação de manuscritos**

*Psicologia em Estudo* adota as normas de publicação da APA (**Publication Manual of the American Psychological Association/6ª edição, 2010**).

Depois de adequados às normas, os textos originais deverão ser submetidos eletronicamente pelo site [www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud) , em editor de texto Word for Windows 6.0 ou posterior, em espaço duplo (**em todas as partes do manuscrito**), em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, não excedendo o número de páginas apropriado à categoria em que o trabalho se insere. A configuração da página deverá ser A4, com formatação de 2,54cm para as margens superior e inferior, esquerda e direita. **Não utilizar o recurso “revisor automático – controlar alterações” do Word.**

Todo e qualquer texto encaminhado de modo *on line* à Revista deve ser acompanhado de carta assinada **por todos os autores** (ver modelo abaixo), onde esteja explicitada a intenção de submissão ou nova submissão do trabalho a publicação. Esta carta deve conter, ainda, autorização para reformulação de linguagem, se necessária para atender aos padrões da Revista. Em caso de texto de autoria múltipla, **serão aceitos no máximo seis autores**. Todos os documentos complementares devem ser anexados pelo sistema eletrônico de editoração, em arquivo do Word.

É importante destacar que o total dos arquivos encaminhados eletronicamente não podem ultrapassar 2MB e no arquivo no qual estará contido o texto não pode haver nenhum tipo de identificação, nem mesmo nas propriedades do Word, para garantir a avaliação *blind review*.

### **Organização para apresentação dos trabalhos**

A apresentação dos textos deve atender a seguinte ordem:

**1. Folha de rosto** contendo:

1.1. Título pleno em português, entre 10 e 12 palavras.

1.2. Sugestão de título abreviado em português, para cabeçalho, não devendo exceder 4 palavras.

1.3. Título pleno em inglês, compatível com o título em português.

1.4. Título pleno em espanhol, compatível com o título em português.

1.5. Sugestão de título abreviado em português, inglês e espanhol.

**2. Folha(s) contendo:**

- **Resumo**, em português.

Todos os textos inclusos nas categorias de 1 a 3 devem conter resumos com 150 a 250 palavras. As demais categorias dispensam resumos. Ao resumo devem seguir 3 palavras-chave (**A primeira iniciando com letra maiúscula e as demais em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula**).

- **Abstract e keywords**, tradução do resumo e das palavras-chave em inglês.

- **Resumen e palabras clave**, tradução do resumo e das palavras-chave em espanhol.

**3. Anexos e/ou Apêndices**, apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do texto. Recomenda-se evitar anexos e apêndices.

**4. Folha contendo títulos de todas as figuras**, numeradas conforme indicado no texto.

**5. As figuras, tabelas e os gráficos** deverão, além das instruções específicas a seguir, considerar que: serão aceitos o total de **no máximo 5 (cinco)**, considerando-se a somatória dessas categorias.

**6. Figuras**, incluindo legenda, **uma** por página em papel, colocadas ao término do texto, no mesmo arquivo, em seqüência às referências bibliográficas. Para assegurar qualidade de reprodução as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia (resolução mínima de 300 dpi); Como a versão publicada não poderá exceder a largura de 11,5 cm para figuras, o autor deverá cuidar para que as legendas mantenham qualidade de leitura, caso redução seja necessária.

**7. Tabelas**, incluindo título e notas, devem ser apresentadas **uma** por página, colocadas ao término do texto, no mesmo arquivo, em seqüência às referências bibliográficas. Na publicação impressa a tabela não poderá exceder 11,5 cm de largura x 17,5 cm de comprimento. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para mais detalhes, especialmente em casos não contemplados nestas Normas o manual da APA deve ser consultado.

**8. Texto** deverá apresentar: introdução, método, resultados e discussão e, considerações finais/conclusão – não sendo obrigatório utilizar estes termos como ítems. As notas de rodapé (no máximo 5 em todo o trabalho), se imprescindíveis, deverão ser colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. **Não utilizar os termos apud, op. cit., id., ibidem e outros (eles não fazem parte das normas da APA).**

**9. Referências** não devem ultrapassar o limite de 30 (trinta), incluindo neste total até 10% de citações referentes aos próprios autores. No mínimo, 40% do total devem referir-se aos últimos 5 anos. Salvo justificativa, estes limites serão revistos pelo Conselho Editorial, por exemplo, nos casos de artigos de revisão histórica. **Alertamos os autores que a atualização do texto será avaliada pelos consultores.**

**OBS.** Apenas a folha de rosto não é contabilizada no total de laudas do artigo.

## **Checklist**

### **Primeira submissão**

- Carta de encaminhamento assinada por todos os autores, destacando em qual modalidade o texto se encaixa e contendo:

( ) autorização para o início do processo editorial e de revisão de língua, caso necessário;

( ) concessão dos direitos autorais para a revista; e,

( ) compromisso de respeito a todos os aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico.

- Carta de aprovação pelo comitê de ética.

( ) Carta atestando a aprovação pelo comitê de ética da instituição, quando se tratar de pesquisa com seres humanos.

- Arquivo contendo o texto, seguindo as normas de publicação, **revisados**

**CUIDADOSAMENTE:**

- ( ) espaço duplo
- ( ) Citações adequadas às normas
- ( ) Adequação das referências à APA.
- ( ) resumo
- ( ) palavras-chave
- ( ) *abstract*
- ( ) *keywords*
- ( ) *resumem*
- ( ) *palabras clave*
- ( ) título pleno em português, inglês e espanhol
- ( ) título abreviado em português, inglês e espanhol
- ( ) Notas e Anexos (se inevitáveis)
- ( ) Figuras e Tabelas no final do texto, após as referências.

Obs. As modalidades Resenha, Debate e Entrevista dispensa Resumo e palavras-chave.