

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA
PROFISSIONAL DA SAÚDE
PROGRAMA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**ABORDAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA A PARTIR DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

KASSIANE FLORI DO NASCIMENTO

PORTO ALEGRE

2021

KASSIANE FLORI DO NASCIMENTO

**ABORDAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA A PARTIR DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde e Área Profissional da Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Flori do Nascimento, Kassiane
Abordagem à população em situação de rua a partir
de uma unidade básica de saúde / Kassiane Flori do
Nascimento. -- 2021.
37 f.
Orientadora: Deise Lisboa Riquinho.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Residência Integra Multiprofissional em
Saúde e em Área Profissional da Saúde - Programa de
Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. População em situação de rua. 2. Serviço social.
3. Atenção Primária à Saúde. I. Lisboa Riquinho,
Deise, orient. II. Título.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	2
3 OBJETIVOS	6
3.1 Objetivo geral	6
4 RESULTADOS	7
4.2 População em Situação de Rua em tempos de pandemia: um relato da experiência interprofissional em uma unidade básica de saúde	7
5 CONCLUSÃO	23
6 REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	28
ANEXO 01 - Normas Editoriais do Periódico Escolhido Pelos Autores para Publicação	28

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre a experiência pioneira de atendimento junto a população de rua no território de um serviço de atenção primária à saúde (APS) do distrito central de Porto Alegre/RS, a partir da pandemia de Covid-19 que assolou a sociedade globalmente em março de 2020 e estabeleceu uma crise sanitária sem precedentes em especial no campo da saúde pública e da economia.

A experiência apresenta-se como inovadora e conta com a criação de um grupo de trabalho (GT) específico de atendimento integral à saúde da população em situação de rua no âmbito da APS em articulação constante com equipes dos Serviços Especializados em Abordagem Social pertencentes a política de assistência social do território, considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB,2017) que estabelecem o cuidado centrado na pessoa de forma longitudinal e resolutivo.

Tendo em vista que as estratégias de atendimento a esta população no campo da saúde prevalecem nos Consultórios na Rua em razão do despreparo dos demais serviços de saúde em ofertar um atendimento equânime e de qualidade as pessoas em situação de rua, é portanto que se faz urgente o presente estudo que por meio do relato de experiência deu luz às ações interprofissionais e intersetoriais, que garantem em tempos de pandemia o acesso a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) - a unidade básica de saúde (UBS).

Nesta perspectiva, considera-se de total relevância a sistematização e visibilidade dos resultados do trabalho estabelecido no campo da APS para a comunidade científica da instituição com intuito de disseminar a iniciativa como multiplicador de ações em saúde direcionados a este contingente populacional. Diante deste breve panorama, o estudo apresentado tem-se como questão de pesquisa: Como ocorreu a experiência interprofissional de abordagem junto à população em situação de rua durante o curso da pandemia da Covid-19, a partir de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre/RS ?

2 REVISÃO DA LITERATURA

A pandemia do coronavírus (COVID-19) tem sido enfrentada, através da orientação dos órgãos de saúde pública, por meio do distanciamento social, quarentena e higiene constantes de mãos, o cumprimento das orientações de saúde para evitar o contágio do vírus, apesar de essenciais, quando relacionadas à população em situação de rua são consideradas insuficientes, necessitando articulação entre as ações e as políticas intersetoriais para proteção e enfrentamento à crise. No entanto, segundo Natalino (2020) o Brasil não conta com dados oficiais sobre a população em situação de rua, o que prejudica a implementação de políticas públicas direcionadas para este contingente e reforça a invisibilidade social dada a esta população no quesito das políticas sociais.

Em 2020 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, publicou uma nota com a estimativa da população em situação de rua no Brasil, onde analisou os dados entre setembro de 2012 a março de 2020. Sendo assim, em março, quando se manifestou a pandemia da Covid-19 no país, estimava-se que 221.869 pessoas encontravam-se em situação de rua no Brasil, porém recentemente acredita-se que a estimativa seja superior ao revelado no ano anterior. No período analisado considerou-se um aumento real de 140% desta população e apesar de não ser possível determinar a causa específica, supõem-se que este aumento, evidenciado principalmente nas metrópoles, seja devido à crise econômica, aumento do desemprego e da pobreza dos últimos anos agravados pelo contexto de pandemia (NATALINO, 2020).

Com o estado de crise sanitária associado aos altos índices numérico de pessoas em situação de rua, repercute as consequências no campo da saúde, aqui retratado no âmbito da Atenção Primária em Saúde e conectado a ela a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, que assim com o SUS é reconhecida no contexto nacional e internacional como potente contribuição para reconfiguração dos sistemas de saúde que respondam de forma efetiva, às necessidades de saúde das populações (HARRIS, *et all*, 2010).

O estudo internacional realizado por Rasella e colaboradores (2014) apresentou o impacto bem sucedido da ESF na abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que demanda atuação colaborativa e integral de um amplo elenco de profissionais

de saúde para além do médico, surge assim o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde que contribui substancialmente para organização de planos, programas e projetos que requerem conhecimentos técnicos de diversos núcleos profissionais.

A execução do plano de trabalho estruturado as necessidade da população de rua tem a comunicação como componente intrínseco ao trabalho e à colaboração interprofissional, pois profissionais de diferentes áreas, setores e políticas precisam, em alguma medida, se colocar de acordo quanto ao plano de ação de cuidado comum - outro atributo do trabalho em equipe que faz relação com a construção de um projeto assistencial comum. Este se entende como 'comum' por referência aos membros de uma dada equipe, à medida que eles têm sob sua responsabilidade a atenção à saúde integral dos usuários que atendem (PEDUZZI,2020).

Nesta lógica define que o nível de complexidade em saúde explorado no presente estudo é o mais apropriado para impulsionar e ampliar o acesso aos direitos sociais a pessoa em situação de rua, além de ser capaz de empregar de forma ágil o princípio da integralidade a partir do trabalho interprofissional e intersetorial firmado principalmente com serviços e equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A Integralidade enquanto princípio doutrinário do SUS (BRASIL, 1990), é o conjunto de ações e serviços articuladas e contínuas, voltadas para indivíduos e coletivos, planejadas na singularidade de cada caso.

Com vistas em abordar o princípio da integralidade se faz necessário falar das barreiras de acesso, expondo que o cuidado em sua totalidade e complexidade está alinhado com a integração e articulação de diversos atores da rede de atenção à saúde (RAS), sendo assim é fundamental que estes atores tenham claro as principais demandas em saúde da população a qual se pretende assistir. Em pesquisa realizada pela UFRGS/FASC (2016), foi revelado dados em saúde de maior incidência na população deste estudo, trata-se de: Saúde mental e uso de drogas; Saúde Bucal; Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Tuberculose.

Esta população para além das condições de saúde que enfrentam são cotidianamente cerceadas ao acesso aos direitos sociais básicos e constitucionais os quais se manifestam pela falta de acesso ao mercado formal

de trabalho, à educação de boa qualidade, aos serviços de saúde e demais serviços públicos. Essa série de negações favorecem a construção das imagens sociais negativas dos sujeitos, refletindo no comportamento dos profissionais que prejudicam as relações inerentes ao cuidado em saúde. Tal expropriação de direitos reforça uma prática crônica dos serviços e dos profissionais que ali atuam como peças da produção de preconceitos, estigma e marginalização (ABREU, *et all*, 2017).

Posto este cenário provoca-se a pensar a reorganização dos processos de trabalho, com novas concepção de abordagens junto à população de rua, capazes de introduzir a equidade no acesso aos serviços de saúde dando visibilidade a esse grupo social, incorporando o atendimento de suas demandas, articulando-as no conjunto de outras políticas (Aristides, *et all*, 2012). Uma experiência inovadora na perspectiva da equidade foi descrita por Carneiro Junior por meio da ESF, em que:

“visita domiciliária” passa a ser “visita de rua”; domicílio, “o lugar em que se costuma ficar na rua”; e família, aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (cadastro que contemple particularidades, como existência de animal de estimação, locais para refeições e higiene, entre outros aspectos). Tais adequações foram necessárias devido às singularidades do “modo de andar a vida” dos indivíduos em situação de rua. (pg.713,2010)

No entanto isso não se faz suficiente, ainda necessita de políticas que articulem saúde e proteção social, emprego, moradia, e educação, etc. Sendo assim pontua-se a implantação de um projeto recente no município de Porto Alegre de nome: MAIS DIGNIDADE - Projeto de Inserção Social para a População em Situação de Rua e em Vulnerabilidade e Risco Social com demandas associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas de Porto Alegre (PMPA, 2019).

Este projeto surgiu com objetivo geral em oferecer ações de ampliação de acesso aos direitos de saúde, assistência, moradia, trabalho, qualificação profissional e cultura, contemplando no mínimo 840 jovens e adultos, do município de Porto Alegre, em vulnerabilidade social e que apresentem demandas/necessidades relacionadas ao consumo de crack, álcool e outras drogas, em pelo menos um dos eixos do projeto, o qual contempla:

Acolhimento em saúde e abordagem social; Moradia; Qualificação profissional/trabalho/ cultura. O projeto ainda está em fase de curso, no entanto apresenta fragilidades no que tange a estruturação e articulação dos eixos e incertezas da continuidade das ações, no entanto se apresenta importante principalmente no cenário de pandemia, possibilitando o acesso à moradia.

No primeiro semestre do ano, em decorrência do coronavírus, começou um agravamento das questões sanitárias, mas também sociais e econômicas. O estado de pandemia foi declarado em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (2020), e o estado de calamidade decretado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2020) em 20 de março de 2020. No Brasil onde as desigualdades sociais demarcam níveis diferentes de acesso aos direitos é de se esperar que grupos sociais historicamente submetidos a processos de vulnerabilização sofram em intensidade desproporcional os efeitos adversos à crise.

A FIOCRUZ (2020a) apontou algumas orientações para os serviços no que diz respeito ao enfrentamento desta pandemia com relação ao cuidado da população em situação de rua, cabe portanto destacar a orientação de: Criar redes de apoio de forma articulada e intersetorial, incentivando a participação da população neste processo e também promover atenção psicossocial e cuidado no território.

Sendo assim, busca-se por meio dos processos de trabalho em rede e atuação das políticas públicas enfrentar os efeitos e as consequências desta pandemia como a agudização das precárias condições de vida das populações mais afetadas, muitas vezes reproduzidas pelos próprios organismos e serviços que deveriam se opor a ações discriminatórias, o que acaba por reforçar a desassistência por parte das políticas públicas, aumentando e agravando as situações de miséria e práticas de cunho higienista (FIOCRUZ, 2020b). Deste modo, independente do setor ou política que se esteja representando, coloca-se a responsabilidade em aliar forças e promover as redes de cuidado para o enfrentamento da pandemia e suas prováveis consequências.

3 OBJETIVOS

Para este estudo se propõe um objetivo geral.

3.1 Objetivo geral

Relatar a experiência interprofissional de abordagem junto à população em situação de rua durante o curso da pandemia da Covid-19, a partir de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre/RS.

5 CONCLUSÃO

Por meio do relato de experiência de abordagem junto a população de rua no âmbito de uma UBS durante o curso da pandemia da Covid-19 conclui-se que as iniciativas recentes são inovadoras e potentes principalmente no que tange os princípios do SUS relacionados a universalidade, a integralidade e a equidade, sobretudo ressaltando o papel da UBS de coordenador do cuidado e centro de comunicação da RAS, no entanto as ações apresentadas ainda demandam mais investigações.

A população em situação de rua ainda vivencia inúmeras situações de privação, violência, miséria, inutilidade social e constitui, portanto, um desafio para as políticas públicas sociais, de modo particular, as de saúde portanto se devem intensificar as ações desta ordem preferencialmente no contexto da APS não só através do interesse de um grupo específico de profissionais mas de forma institucional envolvendo todo o serviço de forma homogênea, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica.

Na perspectiva de refletir sobre essas questões, o presente estudo se propôs a dar visibilidade do que diz respeito à população de rua atendida no dado território, suas necessidades, bem como a organização do fluxo estruturado de trabalho com a participação da rede para o atendimento integral destes. Propõem-se a manutenção e ampliação do trabalho interprofissional e intersetorial desenvolvido na busca da expansão para um programa institucional que garanta a cobertura da linha de cuidado à população de rua.

6 REFERÊNCIAS

- 1 Delfin L, Almeida LAM, Imbrizi JM. A rua como palco: arte e in(visibilidade) social. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2017; 29:e158583.
- 2 Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *Int J Epidemiol.* 2019; 78(1):268-274.
- 3 Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ.* 2010;341:c4945 doi:10.1136/bmj.c.4945.
- 4 Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary healthcare on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis off longitudinal data. *BMJ.* 2014; 349:g4014 doi:10.1136/bmj.g4014.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
- 6 Ministério da Saúde (BR). Plano Operativo de Ações para a Saúde da População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 7 CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2011]. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf>.
- 8 Barbosa JCG. Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados [dissertação]. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018.
- 9 Sposati AO. COVID-19 Revela a Desigualdade de Condições da Vida dos Brasileiros. *Revista NAU Social*; 2020; 11(20): 101- 103.

10 Schuch P, Furtado CC, Sarmiento CS. Covid-19 e a População em Situação de Rua: da saúde à segurança pública?.2020 [citado 2020 Out 10]. In: IFCH. Notícias [Internet]. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/ifch/index.php/br/covid-19-e-a-populacao-em-situacao-de-rua-da-saude-a-seguranca-publica>.

11 Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A estratégia de saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde Soc [periódico na internet] 2010 [acessado 2013 jul 5]; 19 (3):19:[cerca de 8 p]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/21>.

12 Natalino MAC. Nota técnica 73: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília: IPEA; 2020 [citado 2020 Jun 04]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35812.

13 UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Cadastro e mundo da população adulta em situação de rua de Porto Alegre/rs. Relatório quanti qualitativo, contendo o Cadastro censitário e o Modo de vida cotidiana da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre, realizado em 2016 através de Contrato entre a FASC e a UFRGS / FAURGS e executado pelo IFCH/UFRGS. Porto Alegre, UFRGS, 2016.

14 Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). MAIS DIGNIDADE - Projeto de Inserção Social para a População em Situação de Rua e em Vulnerabilidade e Risco Social com demandas associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas de Porto Alegre. Out 2019.

15 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

16 Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface, Comun., Saúde, Educ. 2018; 22 (suppl2):1525-1534.

17 Daltro RM, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2019; 19(1):223-237.

18 Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2020 [citado Ago 02]; 18(suppl1):[about 20 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0024678.pdf>.

19 Aristides JL, Lima JVC. Processo Saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e adoecer. Revista Espaço para a Saúde.[periódico na internet] 2009 Jun [acessado 2012 out 02]; 10(2):[cerca de 10p]. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo7.pdf.

20 FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. SUAS na COVID-19: Proteção social a grupos vulnerabilizados. 2020b. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/cartilha_grupos_vulnerabilizados.pdf.

21 FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. Recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua. 2020a. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Sa%c3%badeMental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%a3o-para-os-consult%c3%b3rios-na-rua-e-a-redede-servi%c3%a7os-que-atuam-junto-com-a-popula%c3%a7%c3%a3o-emsitua%c3%a7%c3%a3o-de-rua.pdf>. Acesso em 15 de out 2020.

22 Ministério da Cidadania (BR). Auxílio Emergencial. Brasília: Ministério da Cidadania; 2020.

23 Ministério Público do Distrito Federal e Territórios MPDFT(BR) Cartilha dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua. 1a Edição – 2018. [Internet]. 2020 [citado Dez 02]. Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/imprensa/cartilhas/cartilha_direitos_das_pessoas_situacao_de_rua_mpdft.pdf.

24 Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. Cad saúde pública. 2017; 33(2): e00196916.

25 Calmon TVL. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. Revista NAU Social; 2020; 11(20): 131-136.

26 Soares PRR, Augustin AC, Campos HÁ, de Bem JS, Siqueira LF, Lahorgue ML, Waismann M, Ugalde PA, Marx V. A pandemia de covid-19 no Rio Grande do Sul e na metrópole de Porto Alegre. Porto Alegre: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia; 2020.

27 Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Nota pública do CMS sobre a extinção do IMESF. Porto Alegre: Conselho Municipal de saúde; 2019.

28 Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Decreto nº 20.534, de 31 de março de 2020. Decreta o estado de calamidade pública e consolida as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19), no Município de Porto Alegre. Porto Alegre: 55 Módulo 1 O Trabalho Com Populações Vulnerabilizadas Alegre, 08 out 2020. Disponível em <http://leismunicipa.is/cwvvgx>.

29 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, 19 set. 1990.

ANEXOS

ANEXO 01 - Normas Editoriais do Periódico Escolhido Pelos Autores para Publicação

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, de acesso aberto, exclusivamente eletrônica, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu). Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema *ScholarOne Manuscripts* para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico **por pares**, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de

efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema *Turnitin* para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas *online*, pelo sistema *ScholarOne Manuscripts*. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Para mais detalhes sobre a submissão no sistema *ScholarOne Manuscripts* acesse o Guia do Autor: (<https://clarivate.com/webofsciencegroup/download/41692/>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).

Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).

Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).

Espaço Aberto – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).

Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).

Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).

Cartas ao Editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

– **Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.**

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem

conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e podem ser indicadas por meio da seguinte afirmação: **Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.**

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

4 A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração.** No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.