



**Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA
Campus Uruguaiana
Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e
Emergência**

Vânia Regina Dutra Vargas

**MATERNIDADE NEGADA: UM OLHAR SOBRE O CUIDADO À
GESTANTE/PUÉRPERA USUÁRIA DE SUBSTÂNCIA
PSICOATIVAS**

Trabalho de Conclusão de curso de Especialização

**Uruguaiana-RS
2016**

VÂNIA REGINA DUTRA VARGAS

**MATERNIDADE NEGADA: UM OLHAR SOBRE O CUIDADO À
GESTANTE/PUÉRPERA USUÁRIA DE SUBSTÂNCIA
PSICOATIVAS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof^a Ms. Luana Ribeiro Borges

**Uruguaiana
2016**

VÂNIA REGINA DUTRA VARGAS

**MATERNIDADE NEGADA: UM OLHAR SOBRE O CUIDADO À
GESTANTE/PUÉRPERA USUÁRIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Urgência e Emergência.

Trabalho de Conclusão de Residência defendida e aprovada em: 28 de novembro de 2016.

Banca examinadora:

Prof.^a Ma. Luana Ribeiro Borges
Orientadora
Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência– UNIPAMPA

Prof.^a Dr.^a Odete Messa Torres
Membro da banca
Residência Multiprofissional em Saúde Mental– UNIPAMPA

Esp. Isadora Coimbra Rodrigues
Membro da banca
Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiiana– HSCCU

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

V297m Vargas, Vânia Regina Dutra
MATERNIDADE NEGADA: UM OLHAR SOBRE O CUIDADO AS
GESTANTES\PUÉRPERAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS /
Vânia Regina Dutra Vargas.
30 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Especialização)--
Universidade Federal do Pampa, PROGRAMA NACIONAL DE PÓS-
GRADUAÇÃO, 2017.

"Orientação: Luana Ribeiro Borges".

1. Maternidade. 2. Substâncias psicoativas. 3. Redução de danos. 4. Integralidade. I. Título.

FOLHA DE APRESENTAÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Residência, intitulado “MATERNIDADE NEGADA: UM OLHAR SOBRE O CUIDADO A GESTANTE/PUÉRPERA USUÁRIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS” aqui apresentado no formato de artigo científico e seguirá as normas conforme a Revista Interface-Comunicação, Saúde e Educação.

SUMÁRIO

Resumo -----	4
Introdução -----	5
Maternidade e uso de spa: uma expressão da questão social -----	8
A experiência do (des)encontro entre maria e a maternidade -----	11
Sobre uma rede que <i>assiste</i> -----	13
Considerações Finais -----	16
Referências -----	17
Anexo -----	19

Maternidade negada: um olhar sobre o cuidado as gestantes/puérperas usuárias de substâncias psicoativas

Resumo

Este artigo é um relato de experiência construído a partir das vivências em uma Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência (2015- 2016). Tem base em fragmentos narrativos acerca das afecções resultantes do encontro com gestantes/puérperas usuárias de substâncias psicoativas (SPA) e a dificuldade de articulação de um cuidado em rede. Possibilitou uma discussão a respeito de uma maternidade negada, e construir sentidos possíveis para compreender a (des)assistência do cuidado frente ao fenômeno da maternidade e uso de SPA. Deparamos-nos com uma Rede de Atenção à Saúde com dificuldades em desenvolver um cuidado singular à essas mulheres. Torna-se necessário desenvolver estudos voltados a essa temática, que ampliem a compreensão do uso de SPA, e a questão social que envolve esse processo, a fim de fortalecer as ações e serviços de saúde além de auxiliar para o empoderamento dessas mulheres.

Palavras-chave: Maternidade; Substâncias Psicoativas; Redução de Danos; Integralidade.

Introdução

A maternidade por si só já é um fenômeno social complexo, quando essa ocorre associada à questões de saúde mental, relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (SPA) torna-se um grande desafio. Sobre ela são lançados juízos de valores e sua significação encontra-se repleta de estigmas e expectativas. É notório, e apontado na literatura¹, que não é qualquer maternidade que é aceitável, evidenciando a existência de hierarquias reprodutivas, nas quais o fenômeno social da maternidade aparece marcado por desigualdades sociais, raciais/étnicas e de gênero. É importante enfatizar que a gestação pode representar para as mulheres um momento de reorganização, interferindo intrinsecamente nas relações sociais estabelecidas, por ela, e com ela.

A função da maternidade demanda um processo de amadurecimento e responsabilidade, o qual algumas mulheres apresentam dificuldade de experienciar. Além disso, é importante considerar que se trata de uma cascata de transformações, que por vezes, são resumidas à questões físicas e biológicas do corpo feminino, quando deveriam ser entendidos, também, em seus aspectos psicossociais e simbólicos.

Foi considerando isso, e pensando na necessidade de uma rede integrada e articulada de cuidados voltados à essa temática que o Ministério da Saúde instituiu em 2011, a partir da Portaria 1.459 a Rede Cegonha. Essa rede se propõe prestar assistência à mãe e ao bebê, de maneira a garantir a integralidade do cuidado, através da articulação de uma rede sensível às necessidades e singularidades de cada um². Mas, seria justo dizer que essa singularidade é acolhida quando nos deparamos com a maternidade associada ao transtorno mental?

Segundo Kassada et al.³ apontam que 10 a 15% das mulheres apresentam algum tipo de transtorno mental, sendo que a gestação e o puerpério constituem momentos de maior vulnerabilidade nesses casos. E por isso, a linha de cuidado materno-infantil pressupõe o acompanhamento conjunto entre atenção básica e serviços de referência/especializados, nestes casos, considerados gestação de alto risco.

No entanto, quando a maternidade acontece em um contexto de vulnerabilidade associado ao uso prejudicial de SPA, geralmente esse cuidado ocorre através do “encaminhamento” da gestante para o serviço de atenção ao pré-natal de alto risco, e conseqüente desresponsabilização da atenção básica. Outrossim, é que essa conduta vale para os casos que chegaram a ser diagnosticados, embora saibamos que existem aqueles que sequer alcançam à ciência da rede de atenção à saúde (RAS) até o momento do parto. Segundo Tamashiro⁴, a falta de detecção, detalhamento e abordagem do consumo de SPA por grávidas constituem uma grave lacuna na assistência a esta população.

Isso nos leva a pensar se de fato estamos empenhados a acolher e acompanhar essa maternidade, ou se nossa rede de atenção se limita a observar o fenômeno do uso de SPA na maternidade, através do olhar prescritivo e normativo da ciência biomédica.

Assim, este artigo se propõe a discutir sobre o papel da RAS no atendimento a gestante e puérpera usuária de SPA. A motivação para realizar essa discussão se deu a partir da aproximação com essas mulheres durante a Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência (RUE), em uma Unidade Obstétrica da região Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, no ano 2015 e 2016. Este serviço materno Infantil conta com 39 leitos obstétricos, sendo 24 públicos, 8 leitos de Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 8 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) e, 2 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Torna-se importante colocar, que, muitas dessas mulheres, se encontravam sozinhas, sem acompanhamento pré-natal e relataram o uso de SPA durante todo período gestacional até poucas horas antes do trabalho de parto.

Ainda o município em questão conta ainda com uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) complexa, composta por: 1 Unidade Básica de Saúde (UBS), 23 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS ad). Também, conta com 1 Ambulatório Municipal de Saúde Mental, 1 equipe de Consultório na Rua, e Serviço de Atenção Urgência e Emergência localizado no Pronto Socorro municipal, e 12 leitos psiquiátricos em Hospital Geral.

Portanto, este artigo trata-se de um relato de experiência acerca do fenômeno social - maternidade e uso de SPA, sob a lógica biopsicossocial. Ele é fruto de afecções resultantes dos encontros com essas mulheres, da sensação de impotência frente esta realidade de extrema vulnerabilidade, e do desejo de construção de sentidos possíveis para a ausência de uma rede efetiva, que acolha e acompanhe esses casos. A metodologia de escolha é o método narrativo, por compreender que as metodologias tradicionais não são suficientes para apreender as perplexidades, subjetividades existentes no cotidiano dos serviços e na vida dos sujeitos⁵.

A maternidade e uso de SPA: uma expressão da questão social

Para algumas mulheres, a maternidade pode ser uma experiência marcante, tendo em vista que possui diversas significações. A gestação ao longo do seu desenvolvimento proporciona à mulher a experimentação de sentimentos, desejos, fantasias, inseguranças, que combinadas, auxiliam na construção de uma nova percepção de mundo, e de uma nova identidade, a de mulher-mãe.

Em alguns casos essas transformações ocorrem simultaneamente a experiência feminina de uso de SPA, sendo esse um fator a ser considerado para o cuidado da mulher gestante. O acompanhamento pela RAS não garante a redução do uso da SPA pela gestante, mas pode auxiliar a reduzir riscos associados a esse uso através da estruturação de um projeto terapêutico que considere a singularidade dessa mulher. Além do mais, o distanciamento dessas gestantes da rede de cuidados, inviabiliza a percepção e intervenção situações emergenciais, bem como dificulta o exercício de ações de Redução de Danos (RD).

Por muitos anos, o óbito materno-infantil foi considerado uma fatalidade, até que passou a ser entendido como uma questão sociopolítica⁶. Na década de 90, durante a reunião da ONU, discutiu-se a necessidade implementação de políticas públicas voltadas à redução da mortalidade materno-infantil. Um dos frutos desse encontro foi a elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que estabeleceu como uma das metas garantir a “melhoria da saúde das gestantes” até 2015. Neste documento, o Brasil deveria reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna, mas embora tenham sido criadas estratégias para essa redução, ainda ficamos aquém desse objetivo⁷.

Uma das formas de intervir para redução dos óbitos maternos encontra-se alicerçada na realização de um pré-natal de qualidade. Se observarmos o sistema de informação de nascidos vivos (SINASC) para macrorregião de saúde Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, encontramos 12.272 nascimentos em 2014⁸. Destes, 220 não apresentaram consulta de pré-natal; sendo que 46,82% das gestantes tinham menos de 25 anos; 95,45% delas relataram que não tiveram acesso ao ensino superior, e 59,55% se declararam solteiras. Além disso, um quarto dos recém nascidos, de mães não

acompanhadas no pré-natal, apresentou baixo peso ao nascer, menos de 2500g⁸.

Embora estejamos diante da impossibilidade de relacionar esses dados ao uso de SPA pela gestante, é possível acreditar que tais intercorrências se dão em um contexto de maior fragilidades de vínculos e em condições de vulnerabilidade biopsicossocial, que também são consideradas como critério de alto risco gestacional⁹.

Neste sentido, enfatizamos a necessidade de maiores esforços, por parte da RAS, para de fato incluir essas mulheres usuárias de SPA nos serviços de saúde no Brasil. Limberger et al.¹⁰ coloca que a principal barreira para o acesso aos espaços de tratamento, em geral está relacionada ao preconceito que as usuárias sofrem por parte da sociedade. Quando estas mulheres encontram-se grávidas, esse preconceito se multiplica, tornando quase impossível um pedido de ajuda. Como consequência, essas gestantes raramente fazem acompanhamento pré-natal e, quando o fazem, não relatam espontaneamente seu problema com as drogas.

Além dessas mulheres, usuárias de SPA, ficarem à margem dos cuidados dos serviços de saúde, também são alvos de discriminações e preconceitos, ainda maiores que o público masculino, devido ao processo de representação sócio-histórico que foi atribuído à figura feminina. Quando essa situação remete-se a gestação e/ou puerpério, a sociedade assume uma postura culpabilizadora responsabilizando-as pelos danos que venham a ocorrer a ela e a criança. Também, emite pré julgamentos sobre o modo de vida delas, considerando-as indignas da maternidade¹⁰.

O estigma social relacionado a essas mulheres desconsidera o seu contexto de vida, sua história e seus conflitos, e pouco se interessa pelas relações cotidianas que elas estabelecem. Trata-se de um olhar engessado que reduz, ao invés de ampliar suas possibilidades de existência, rotulando-as como irresponsáveis, desleixadas e criminosas, que não merecem ser mãe.

Considerando isso, cabe a RAS promover um desvio nessa lógica reducionista de abordar essa população. É preciso acolher essa demanda em sua singularidade, com o desenvolvimento de uma rede quente comprometida com a integralidade, humanização e corresponsabilização do cuidado. Oliveira e Passos¹¹ consideram que a rede quente assegura a experiência do coletivo

como a construção de novas maneiras de existência, gerando efeitos de diferenciação da vida.

Para aprofundar nossa discussão sobre essa temática, iremos seguir fragmentos de uma história que traz para perto de nós o conflito entre a possibilidade de ser mãe e a recriminação de uma rede fria, na qual a RAS torna-se uma telespectadora, que passa a assistir, quando deveria assistir. Oliveira e Passos¹¹ definem que a rede fria dificulta e impossibilita a gestão, bem como a quanto à abertura transversal intra e inter grupos, comprometendo as construções e pactuações coletivas.

A experiência do (des)encontro entre Maria e a maternidade

Vamos contar um breve fragmento da história de uma Maria, entre tantas, que viveu a dor e a alegria da maternidade negada. Esse encontro ocorreu em meados do ano de 2015, quando Maria estava com 34 anos, em sua décima primeira gestação, nono filho, e nenhum em sua guarda.

A vulnerabilidade coabitou a vida de Maria desde que nasceu. Ainda muito jovem, aos 15 anos, teve sua primeira gestação. Possuiu múltiplos parceiros, sendo que seus filhos são frutos de 4 relacionamentos anteriores, sem planejamento, acompanhamento gestacional ou puerperal. Relatos de episódios de violência conjugal, inclusive em locais públicos emergiram de histórias contadas pela equipe da unidade obstétrica que já conhecia Maria de *outros carnavais*. Também, conhecida na cidade por estar em lugares bastante visíveis entre *tapas e beijos*, com antigos companheiros.

A relação vivida aparenta ter forte vínculo afetivo, por momentos demonstravam carinho por meio de palavras e gestos. Muitas vezes, ele a acompanhou-a ao Pronto Socorro, por intercorrências relacionadas ao uso de SPA. Houveram internações para desintoxicação, três para sermos exatas, todas motivadas pelas gestações, na intenção de manter vínculo materno, porém nenhuma com acompanhamento pós alta na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Nossa Maria chegou ao hospital já em trabalho de parto acompanhada do parceiro, sua aparência beirava a desumanidade, sua higiene precariedade e evidentes sinais de intoxicação. Vivia em situação de rua, em extrema pobreza, sem portar sequer documentos ou itens pessoais. Não conseguia relatar informações referentes ao período gestacional, mas referiu não ter realizado consultas de acompanhamento pré-natal.

Na chegada, recebeu atendimento pela equipe da Unidade, ficando em observação na sala de pré-parto. Foram realizados exames de ultrasonografia, sorologias como HIV e Sífilis, e ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF). Em menos de quatro horas, Maria deu à luz a duas meninas sem alterações clínicas evidentes com 36 semanas de gestação.

Maria em conversa com a equipe da psicologia e serviço social decidiu, voluntariamente que gostaria de realizar o tratamento para desintoxicação, pois

queria poder conviver com as filhas, e evitar a destituição da guarda, processo semelhante aos ocorridos anteriormente em sua vida. Três dias após, Maria foi transferida para leitos da saúde mental do mesmo hospital. As meninas ficaram sob a responsabilidade da avó materna, que já cuidava dos outros filhos de Maria.

Para mediar à situação até a alta de Maria e das gemelares, foram acionados o acompanhamento pelo Conselho Tutelar e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), os quais já eram serviços que acompanhavam a família. Com alta médica, Maria e o companheiro receberam encaminhamentos de referência ao CAPS ad, mas sabe-se que não procuraram a instituição.

Dois meses após o nascimento, uma das gemelares chegou ao Pronto Socorro sem vida, trazida por uma tia. Familiares relataram que ao acordar perceberam que a criança não estava respirando. A causa da morte fora indeterminada. Quanto à outra gemelar, foi retirada a guarda provisória da avó, e ela foi abrigada, visto que encontrava-se em condições inadequadas de higiene, baixo peso, episódio de congestão nasal e vômito, indo também a óbito aos 13 meses. Os outros filhos de Maria também foram abrigados poucos meses após, em decorrência do falecimento avó materna.

Embora, Maria fosse extremamente afetuosa desejando manter a guarda dos filhos no pós-parto, não conseguia estruturar sua vida para tal, não tinha rede apoio ou recursos psíquicos e socioeconômicos para garantir o exercício da maternidade. Somamos a isso, uma rede de cuidados fragilizada e fragmentada, com dificuldades em auxiliar na reabilitação psicossocial dessa mulher.

Recentemente chegou ao conhecimento da equipe do hospital que Maria está em situação de rua e gestante novamente. **Como será nosso próximo encontro?**

Sobre uma rede que assiste

Ao encontrar Maria e seguir a história contada por essa rede é impossível não pensar quantas Marias se encontram na mesma situação? Múltiplas gerações em situação de risco pessoal e social vivendo uma história que insiste em se repetir, apesar do tempo. Uma rede fragilizada, que por diferentes motivos, se limita a assistir e aceitar a recorrência de *vidas desperdiçadas*, com olhar fatalista e desimplicado. E à essas mulheres o que resta são barreiras que dificultam o acesso, impermeabilizam os afetos e naturalizam as perdas.

Existem falhas no processo de cuidado à essas mulheres, falhas de ordem biopsicossocial, políticas e ideológicas. Poderíamos aqui nos deter a problematizar o que deveria ter sido feito para o cuidado de Maria-Mãe-Mulher. Mas não. A discussão aqui é infinitamente mais complexa do que enumerar ações não realizadas. Vamos tentar construir um sentido possível para a catatonia de uma rede, feita de muitos *nós*.

Vemos cotidianamente que a aproximação com as gestantes usuárias de SPA é praticamente nula, por mais que os profissionais tenham noção básica de que o uso prejudicial de drogas é uma questão de saúde, o manejo e as abordagens ainda são insuficientes para garantir o acesso e estreitar vínculos. E muitas dessas mulheres só acabam por ser “parcialmente” assistidas, quando são admitidas em uma maternidade, já em trabalho de parto ativo. Tal situação limita-se, por vezes, a abordagem biológica do parto.

O fenômeno da gestação associado ao uso de SPA pode ser gerador desconforto nas equipes de saúde, e constrangimento nessas mulheres. Essa combinação de sentimento tende a impulsionar um movimento de distanciamento entre as equipes e essas mulheres. E, ao passo que ele ocorre, também negligenciamos princípios básicos do Sistema Único de Saúde, equidade e integralidade. E acabamos por empurrar para longe aqueles que mais precisam de *nós*.

Embora saibamos que o cuidado às gestantes usuárias de SPA é complexo e desafiador, e portanto exige um preparo especial por parte dos serviços de saúde, é indiscutível que o acesso aos cuidados é um dos nossos

maiores desafios. E apesar dos avanços estamos diante da problemática de não conseguir acolher essas usuárias em seu próprio território.

Poderíamos incorporar estratégias RD ao Pré- Natal, uma vez que, há necessidade de um cuidado diferenciado, que vá ao encontro dessas mulheres em seus territórios existenciais. Nesse sentido, Brasil¹² coloca que a adoção de estratégias de RD são desenvolvidas a partir da singularidade de cada sujeito, a fim de acolhê-lo nas suas necessidades. Ela pode se dar por meio da proteção do uso, da sua redução, ou até mesmo da substituição por substâncias que minimizem os agravos, ou ainda, da promoção da abstinência.

O Ministério da Saúde na cartilha “diminuir para somar”¹³ aponta a necessidade da compreensão do uso das SPA para além do tipo de substância ou da quantidade em uso. Propõe um olhar ampliado que considera a própria relação que o sujeito estabelece com a substância, e convida a diversificar nossas formas de lidar com esse problema. Além disso, evidencia que o cuidado não deve ser pautado exclusivamente na abstinência e na prescrição de comportamentos adequados.

No entanto, a própria política de RD também enfrenta desafios importantes em sua implementação. Além da dificuldade em estabelecer seu campo de atuação, apresenta divergências teóricas e falta de esclarecimento da sociedade sobre ela. Por vezes, acaba sendo resumida à práticas voltadas para prevenção de doenças e agravos, deixando de fora questões de ordem social, como a violência, o preconceito e a exclusão do usuário de drogas¹⁴.

Isso nos leva a considerar a existência de um movimento implícito contrário às Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, haja visto a existência de resquícios de uma prática profissional contrária ao acompanhamento territorial, que insiste em encaminhar essas demandas para especialidade de maneira descomprometida e desarticulada. Existe uma dificuldade em estruturar o matriciamento e as linhas de cuidado mais parecem traços descontínuos.

As linhas de cuidado, que em tese, deveriam nortear as políticas, programas e projetos de saúde, através de uma construção coletiva e compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos mais complexos¹³, sequer são conhecidas pelos serviços de saúde. O matriciamento que surgiu como uma forma de assegurar a retaguarda especializada às equipes da atenção básica, através da descentralização do cuidado e da

construção compartilhada diretrizes terapêuticas¹⁵, não tem conseguido se efetivar e romper a lógica dominante do encaminhamento.

E assim, nos vimos diante de uma situação de fragilidade de vínculos e inúmeras vulnerabilidades, por isso, precisamos refletir sobre a possibilidade de lançar mão de novas estratégias de cuidado que proporcionem uma maior aproximação com essas mulheres. Precisamos desenvolver recursos mais inclusivos e menos prescritivos, normativos e protocolares, que se estruturam para além da lógica do encaminhamento e dos fluxos pré estabelecidos. Precisamos de uma rede quente e rizomática, que de fato se molde às demandas dessa população.

Estamos diante de redes frias que se “planetarizam de modo a produzir efeitos de homogeneização” e de equalização da realidade. É preciso desenvolver um cuidado promotor de novas formas de existência, em uma rede quente, heterogênea, fortalecida em uma clínica dinâmica, que sustente a diferença em novas formas de existir¹⁶. É nessa lógica que as redes rizomáticas vêm a se desenvolver, propondo conexões para além da linha do cuidado na própria comunidade, a qual permite a modificação da realidade e do manejo dos conflitos, possibilitando ao usuário o protagonismo entre as conexões e fluxos¹⁷.

Nossas *Marias* não se enquadram aos moldes dos serviços ofertados, e assim, elas ficam à margem. Por isso, precisamos de uma rede repleta de conexões aleatórias e singulares, capazes de tecer caminhos diversos conforme os acontecimentos, ao invés de ficarem presas a definições ou a modelos fechados¹⁷. Só desta forma, tornaremos possível a construção de intervenções que contemplem a singularidade e a integralidade dessa mulheres em um Pré-Natal e puerpério de qualidade, e com redução dos danos.

Considerações finais

Esse estudo proporcionou identificar a existência de fragilidades no cuidado ao pré-natal de gestantes usuárias de SPA, seja nos serviços de atenção primária, através da não identificação e abordagem a estas mulheres, ou nos serviços de especializados, pela desarticulação dos mesmos.

Possibilitou compreender a importância da integralidade no cuidado à saúde e do fortalecimento da RAPS, visto que, em estrutura existe uma rede fragilizada e desarticulada, principalmente no que compreende as relações na Atenção Primária com foco as ações de busca ativa e acolhimento a usuários de SPA.

Também, contribuiu para discussão da problemática vivenciada cotidianamente pelas gestantes e puérperas usuárias de SPA, no acesso aos serviços de saúde, bem como ao pré-natal. Existem inúmeras limitações que dificultam essas mulheres de realizar um cuidado à saúde efetivo. Os muros que a separam dos profissionais são balizados pelo medo, estigma e desconhecimento.

Vemos uma rede que não está preparada para acolher esta demanda, com serviços fragilizados e profissionais não capacitados, vestidos muitas vezes de preconceito frente ao uso de SPA. Faz-se necessário a superação dessas barreiras, e a construção de pontes que permitam acolher essas mulheres. Uma rede capaz de reconhecer a mulher e seus processos singulares de vida, acolher e proporcionar formas de cuidado que potencialize seu lugar de mãe e sujeito de desejo. Mas, para isso, é fundamental o incentivo à articulação de redes integradas voltadas ao cuidado singular que acolha ao invés de recriminar, que reconheça ao invés de julgar, que fortaleça ao invés de expropriar.

Torna-se, portanto, importante destacar que um cuidado pautado na singularidade do sujeito, neste caso na saúde da mulher usuária de SPA, deve ser planejado, articulado e intersetorial, não restringindo-se aos espaços de cuidado propostos pelas políticas direcionadas à fluxos assistenciais, sejam da saúde ou de outros setores. É fundamental que se construam Redes sólida que acolham as demandas singulares dessas cidadãs, que envolvam ações na tríade biopsicossocial - espiritual e afetivo.

Referências

1. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface (Botucatu). 2014; 16(40):107-120.
2. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24/ 06/ 2011. Institui no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): MS; 2011.
3. Kassada DS. et al. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. Acta paul. enferm. São Paulo: 2015; 28(6):495-502.
4. Tamashiro EM. Detecção e seguimento de gestantes usuárias de drogas [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
5. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 2008; 42(6):1090-1096.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília (DF): MS; 2004.
7. Portal ODM. Objetivos do milênio no Brasil: O Brasil e os ODM. [Internet], 2016 [acesso em 20 Nov 2016]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm.>>.
8. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Departamento de Informática. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos 2014. [Internet], 2014 [acesso em 16 Nov 2016]. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def>> .
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): 2010.
10. Limberger J, Schneider JA, Andretta I. Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos. Psicologia em Pesquisa. 2015; 9(2):139-147.

11. Oliveira JAM, Passos E. Efeitos Transversais da Supervisão Clínico-Institucional na Rede de Atenção Psicossocial. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília (DF): 2015; (5): 147-161.
12. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2010.
13. ONG Viva Rio. Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde. Diminuir para Somar: ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidados à usuários de drogas. [Internet], 2010 [acesso em 05 Nov 2016]. Disponível em: http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf .
14. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicol. Cienc. Prof. 2013; 33(3):.580-595.
15. Campo GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad.de Saúde Pública. 2007; 23 (2):399-407.
16. Passos E, Benevides Barros RB. Clínica, política e as modulações do capitalismo. Lugar Comum. 2004; 19-20:159-171.
17. Carvalho MN, Franco TB. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. Physis. 2015; 25(3):863-884.

Anexo

Anexo 1. Normas para a submissão

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), dirigida para a Educação e a Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia e as Ciências Sociais e Humanas. Priorizam-se abordagens críticas e inovadoras e dá-se ênfase à pesquisa qualitativa.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação 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. O Corpo Editorial da revista pode propor, eventualmente, temas específicos considerados relevantes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outra língua. Todos os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico por pares. 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. O título abreviado do periódico é **Interface (Botucatu)**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas. A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema ScholarOne Manuscripts.

(<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>)

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas a seguir. O não atendimento dessas normas **poderá acarretar a rejeição da submissão na triagem inicial.**

SEÇÕES DA REVISTA

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

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 devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Resenhas, Entrevistas, Notas breves e Cartas ao Editor).

2 O texto não deve incluir informações que permitam a identificação de autoria. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico

do formulário de submissão. As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto dados que identifiquem a autoria do trabalho em referências, notas de rodapé, citações e no próprio corpo do texto, substituindo-os pela expressão **[eliminado para fim da revisão por pares]**.

– Em caso de pesquisa com seres humanos indicar apenas o número do processo, sem citar a instituição em que o projeto foi aprovado.

– 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.

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. A revista adota os seguintes critérios mínimos de autoria: **a) ter participado da discussão dos resultados; b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.**

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

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

5 A página inicial do manuscrito (Main Document) 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.

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

– **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).

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

6 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

7 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, indicando **apenas** o número do processo, apresentadas no final da seção sobre a metodologia do trabalho. Essas informações também serão incluídas em campo específico do formulário de submissão.

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos 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 devem estar em

arquivos separados do texto original (Main Document), com suas respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota: no caso de textos enviados para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos.

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

1. a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”¹

1. c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo à esquerda. Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. ²

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>). As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências.

Exemplos:**LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

* Sem indicação do número de páginas.

Nota: autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde. 3a ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

SÉRIES**E****COLEÇÕES:**

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota: autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 2013 Out 30]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

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, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA

PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27. Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com

paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem

paginação:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota: se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre). Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ORIENTAÇÃO PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *online*, no sistema ScholarOne Manuscripts. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no

sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “Author Center” e iniciar o processo de submissão.

Nota: no cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes as suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “Edit Account”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 O texto principal não deve incluir informações que permitam a identificação de autoria. Os dados dos autores são informados em campo específico do formulário de submissão e incluem:

– **Autor principal:** vínculo institucional – Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). Endereço institucional completo para correspondência (cidade, estado, país e CEP). Celular, telefones e e-mails (preferencialmente institucionais).

– **Coautores:** vínculo institucional – Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país (apenas um, completo e por extenso). E-mail institucional.

Nota: não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

4 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 devem ser incluídas nos campos específicos do formulário de submissão.

5 Em caso de texto que inclua ilustrações, todas devem estar em arquivos separados e serão inseridas como documentos suplementares ao texto principal (Main Document), em campo específico do formulário de submissão.

6 O título (até 20 palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito**, serão inseridos em campo específico do formulário de submissão.

7 Ao fazer a submissão, em “**Cover Letter**” (**Página de Rosto**), o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. 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 devem ser incluídas. Em texto com dois autores ou mais também devem ser especificadas, na “Cover Letter”, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios mínimos de autoria, **a) ter participado ativamente da discussão dos resultados; b) ter participado da revisão e da aprovação da versão final do**

trabalho.

8 No item “**Contribution to Current Literature**” o autor deverá responder à seguinte pergunta:

O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota: nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar **um** avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo, apresentando uma justificativa.

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto submetido à Interface passará por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas de submissão e para identificar pendências na documentação, só seguindo para a etapa de avaliação se cumprir todas as normas de publicação e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. O processo de avaliação possui duas etapas: **a pré-avaliação e a avaliação por pares**.

1 Pré-avaliação: é realizada pelos editores e editores associados e só seguem para a avaliação por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;

- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

2 Avaliação por pares: os textos aprovados em pré-avaliação seguem para avaliação *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores. O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma segunda rodada de avaliação do manuscrito revisito.

Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem.

A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Nota: o Corpo Editorial de interface pode adotar, em situações especiais, a revisão por pares *fast track*. Este procedimento visa dar uma visibilidade mais rápida a manuscritos submetidos cujas contribuições sejam consideradas relevantes e prioritárias para a comunidade científica da área de escopo da revista.

CUSTOS OPERACIONAIS DA SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO

Interface

- Comunicação e Educação é um periódico de acesso aberto, online e digital, e este formato envolve custos substanciais, atualmente não assegurados integralmente por recursos públicos. Neste sentido, Interface passa a

adotar **taxas de submissão e publicação** de manuscritos aprovados, para ajudar a cobrir parcialmente os custos operacionais da revista e assegurar a manutenção da sua qualidade e o acesso aberto aos manuscritos publicados.

TAXA DE SUBMISSÃO

A taxa de submissão é solicitada aos autores pela secretaria da revista logo após a etapa de triagem inicial do manuscrito submetido, **se o mesmo estiver dentro do escopo da revista.**

Nota: Esta taxa não será devolvida caso o artigo seja rejeitado na etapa de pré-avaliação e/ou de avaliação por pares.

Valor: R\$150,00

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar

CNPJ: 46.230.439/0001-01

Banco Santander

Agência 0039

Conta Corrente: 13001550-1

Após efetuado o depósito, os autores deverão enviar o comprovante via sistema, como documento suplementar, no **passo 6** do processo de submissão.

Nota: esses procedimentos serão informados pela secretaria da revista aos autores cujos manuscritos forem aprovados na triagem inicial.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação.

Nota: esta taxa será cobrada apenas para manuscritos aprovados para as seções **Dossiê, Artigos, Revisão e Espaço Aberto.**

Valor:

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 600,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 700,00**

Nota: neste valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo continuará a ser responsabilidade individual dos autores do manuscrito em publicação.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

– Interface – Comunicação, Saúde, Educação adota o sistema Turnitin para identificação de plágio.

– Todos os artigos aprovados são publicados em fluxo contínuo, na versão pré-publicação (*ahead of print*) na coleção SciELO, já com número DOI, permitindo que estejam disponíveis nesta base para consulta e, assim, possam ser citados, antes mesmo de sua publicação no fascículo correspondente.

– Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

– Todo o conteúdo de **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar o

link: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

– **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics <<http://publicationethics.org>>