

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE UNAÍ-MG

FACISA EM REVISTA

ANO 01 NÚMERO 01



FACISA
UNAÍ

UNAÍ - MG
2017

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE UNAÍ-MG



FACISA EM REVISTA

ANO 01 NÚMERO 01

UNAÍMG
2017

FACISA EM REVISTA

Publicada pela
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE UNAÍ-MG – FACISA

Diretor Geral

Pedro Araújo

Diretora Administrativa

Oneida Maciel Lucas Araújo

Diretora Pedagógica

Carolina de Freitas Oliveira Olímpio

Coordenador NAPEX

Dêner Geraldo Batista Neves

Secretária Geral

Vanessa Lopes Coelho

Editor

Dêner Geraldo Batista Neves

Conselho Editorial

Arthur Henrique Pereira

Dener Geraldo Batista Neves

Fernanda Ávila da Costa Pereira

Maria das Neves Martins

Lucidalva Barreto

Júlio Cesar da Cunha

Poliany Ferreira Ribeiro

Revisão

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE UNAÍ-MG –
FACISA**

www.facisa.br

38 3677 6030

Avenida Governador Valadares 1441 - CEP 38610000

Unaí - MG

Ficha catalográfica preparada pela seção de catalogação e Classificação da Biblioteca da FACISA.

Facisa em Revista. **Ano 1 n.01, v.1**, Unaí, MG: FACISA, 2017.

Bienal

1. Veterinária. 2. Serviço Social. 3. Farmácia. 4. Enfermagem. 5. Inovação

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Os resultados expressos nos trabalhos são de inteira responsabilidade dos autores.

APRESENTAÇÃO

É com muito orgulho que apresentamos a nossa comunidade acadêmica e científica a primeira edição da Revista da Faculdade de Ciências da Saúde de Unai,

A Revista FACISA UNAÍ é um meio de divulgação científica da Faculdade de Ciências da Saúde de Unai, para o desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Farmácia, Enfermagem, Medicina Veterinária, Serviço Social e Psicologia e áreas correlatas, no sentido de promover o avanço do conhecimento nessas áreas de conhecimento.

O nosso maior intuito é disponibilizar o acesso e a utilização do conhecimento científico produzido pela nossa comunidade acadêmica, docente e demais pesquisadores em geral fomentado o debate e o consumo crítico da produção científica.

Desejamos a todos uma boa leitura.

Atenciosamente,

Conselho Editorial da Revista FACISA UNAI

SUMÁRIO

<i>AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO USO DE BABOSA (ALOE VERA) NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO EM RATOS</i>	07
<i>ALCEBIADES Wilson Junior RODRIGUES Fernando Costa FERREIRA, Amanda Olivotti POLL Paula Suzana Elisa Maciel</i>	
<i>O ACOLHIMENTO FAMILIAR DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO</i>	16
<i>OLIVEIRA, Diná Gonçalves de COSTA, Karina da RIBEIRO, Vaena Caroline Martins</i>	
<i>RESSOCIALIZAÇÃO DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI</i>	26
<i>SILVA, Ivani Martins da RIBEIRO, Vaena Caroline Martins</i>	
<i>RISCOS OCUPACIONAIS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA SUA OCORRÊNCIA EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES</i>	34
<i>ÁVILA, Fernanda da Costa Pereira</i>	
<i>IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DA MASTITE SUBCLÍNICA E SEUS IMPACTOS ECONÔMICOS EM PROPRIEDADES LEITEIRAS – REVISÃO DE LITERATURA</i>	44
<i>RAMOS, Fernando Silva GRANDI, Andreia i OLIVIERA, Bruno Santiago Alves de POLL, Paula Suzana Elisa Maciel</i>	

AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DO USO DE BABOSA (*ALOE VERA*) NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO EM RATOS

ALCEBIADES Wilson Junior¹
RODRIGUES Fernando Costa²
FERREIRA, Amanda Olivotti³
POLL Paula Suzana Elisa Maciel⁴

RESUMO: A *Aloe vera* conhecida popularmente como Babosa é uma planta disseminada e adaptada em várias regiões incluindo o cerrado brasileiro (LAWS, 2013). Seu uso é comprovado para melhora na cicatrização, diminuição da inflamação, e em queimaduras, além de sua ação antineoplásica, antimicrobiana e antioxidante (FREITAS, RODRIGUES e GASPI, 2014). A pesquisa foi realizada em *Rattus norvegicus* com a realização de duas feridas circulares na região dorsal, sendo uma o grupo tratamento e a segunda grupo controle, assim no final do tratamento mostrou-se diminuição da inflamação, melhorando a formação tecidual, entretanto sem acelerar o processo cicatricial. Portanto verificou-se que a babosa não acelerou o processo cicatricial, mas sim melhorou seu aspecto e conformação.

Palavras chave: *Aloe vera*. Cicatrização. Ratos

1 INTRODUÇÃO

A pele possui funções vitais nos organismos, que envolve diferentes sistemas, sendo assim as patologias que a acometem tem muita relevância na medicina tanto humana quanto veterinária, sendo uma das maiores causas de distúrbios em animais. (ARAUJO, 2010).

A cicatrização de feridas cutâneas é uma sequência complexa de eventos bioquímicos e fisiológicos que visam à reposição da morfologia tecidual daquele fragmento cutâneo que perdeu sua continuidade (PAGNANO et al, 2009).

As preocupações e intervenções humanas em feridas vêm dos primórdios da história, com objetivo de dar melhores condições à vida do ferido e da cicatriz eram usados desde excrementos de insetos, plantas e carnes frescas até uso de magias, orações e sacrifícios (DANTAS & JORGE 2005). O uso das plantas medicinais tem registros tanto históricos quanto científicos datados de 8.500 A.C (BARACUHY et al., 2016).

¹ Acadêmico de Medicina Veterinária – Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí, MG. E-mail: wilsonjunioralcebiades@gmail.com.

² Acadêmico de Medicina Veterinária – Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí, MG. E-mail: fernandoteclab@hotmail.com

³ Médica Veterinária, Doutora, Professora do curso de Medicina veterinária da Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí, MG. E-mail: olivotti@usp.br

⁴ Médica Veterinária MSc, Doutoranda – UNB. E-mail: paulaelisapoll@gmail.com

A fitoterapia representa a base principal dos medicamentos produzidos na medicina tradicional, o conhecimento desse foi passado durante a história e estudado na atualidade (ARAUJO, 2010). Dentre as plantas com ação cicatrizantes do Brasil BARACUHY et al (2016) cita a babosa (*Aloe vera*), que, além disso, possui ação antimicrobiana.

Este trabalho buscou avaliar a ação da babosa como base fitoterápica de forma experimental em feridas cutâneas intencionais com intuito de contribuir com a área farmacêutica na medicina veterinária. Bem com avaliar aspectos macroscópicos da cicatrização, perfil temporal do fechamento, a reepitelização natural de feridas em ratos (*Rattus norvegicus*), analisando o mecanismo de retração cicatricial e o perfil temporal do fechamento de feridas de ratos submetidos ao tratamento com mistura de babosa.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O experimento foi realizado no biotério da FACISA Faculdade de ciências da Saúde de Unaí, localizada em Unaí, Minas Gerais. Aprovado pela CEUA protocolo 01/2016.

Foi elaborado um produto baseado no fitoterápico, no qual utilizou-se creme base como veículo. O produto foi formulado somente com extrato glicólico de babosa (*Aloe vera* 1%) e em um gral foi adicionado a 99 gramas de creme base e homogeneizado e deixado em PH 5,5.

Foram utilizados 08 ratos (*Rattus norvegicus*) da linhagem Wistar sendo 4 machos e 4 fêmeas, adquiridos do biotério da UNB Universidade de Brasília, entre 8 – 12 semanas de idade e pesando aproximadamente 170g em média, recebendo água e ração sólida ad libitum durante todo experimento.

Estes foram separados em gaiolas plásticas com 2 animais cada em que as camas eram trocadas a cada dois dias, e ali permaneceram durante todo o experimento. Mantido em regime de luz de 12 horas, temperatura de 22°C, e renovação constante do ar.

Foram feitas duas feridas cutâneas dorsais nos animais, então todos tiveram uma ferida tratada e um controle que recebeu apenas solução fisiológica 0,9 %. O tratamento das feridas foi diário por 21 dias pós-operatório, sendo feita a limpeza de todas com intuito de remover partículas maiores, sangue e possíveis infecções das feridas.

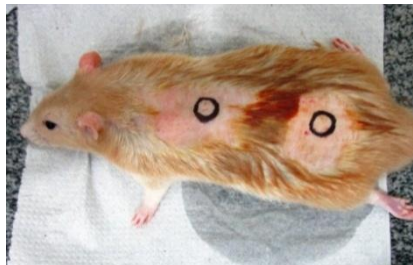
Os animais foram anestesiados com cetamina 10% (115 mg/kg) e xilazina 2% (10 mg/kg) intramuscular, como proposto por Hall, Clarke e Trim (2001) e para analgesia butorfanol (2 mg/kg) também intramuscular (CUBAS, SILVA e CATÃO-DIAS, 2014). Este tipo de associação anestésica dissociativa garante uma boa sedação levando a neuroleptoanalgesia dos animais (MASSONE, 2011).

A tricotomia foi feita com tricótomo, removendo os pelos de toda linha dorsal do animal, e a assepsia foi feita com iodo povidine, a área demarcada com medida no formato de um círculo de 1 cm² (figura 1), a ferida foi feita com auxílio de bisturi e tesoura romba esterilizados, o local foi incidido em dois pontos do dorso do animal, as hemorragias foram contidas por compressão local com gaze estéril.

Depois de terminado o procedimento, a incisão caudal dos animais recebeu a solução de tratamento e a cranial permaneceu como grupo controle,

por fim feitos os curativos cutâneos os animais retornaram as gaiolas e ficaram sob observação até se mostrarem estáveis novamente.

Figura 1: Fotografia das demarcações das áreas das incisões.



Fonte: Autores da pesquisa

As feridas foram avaliadas diariamente após o procedimento durante 21 dias posteriores, foram avaliados sangramentos, hematomas, edemas, hiperemias, secreções, sensibilidade ao toque, odor, formação de crostas, avaliação do grau de contração com paquímetro, além de fotografadas nos dias 3, 6, 12, 18, 21.

3 RESULTADOS

O ato operatório ocorreu sem adversidades aparentes, nem óbitos, com retorno rápido da anestesia e em poucas horas se mostraram ativos e alimentando-se normalmente. As feridas foram acompanhadas do primeiro até o vigésimo primeiro dia (1-21 dias) do pós-cirúrgico. Sendo evidenciadas as alterações do comportamento no decorrer do processo cicatricial nos diferentes tratamentos dos dias: 1, 3, 5, 8, 10, 14, 21.

No dia 1 o grupo controle (GC) as feridas estavam secas, com coloração opaca e avermelhada, leve edemaciamento nas margens da ferida, característica que persistiu até o 3º dia. A área da lesão apresentava-se hiperêmica, com resquícios de hemorragia formando um tampão de coágulos de sangue ressecado em todos os bordos (figura 2), além de estarem sensíveis ao toque.

Grupo tratamento 1 (GT1) as feridas estavam úmidas e de coloração rósea, não havia presença de sangue na ferida nem edema local, além de notável umidade (figura 3).

Nenhum dos grupos apresentou sinais de infecção em nenhum dos dias da avaliação, sem sinais de pus ou odor nas feridas.

Figura 2: Fotografia mostrando os bordos da lesão no D-1 do GC.



Fonte: Autores da pesquisa

Figura 3: Fotografia mostrando da lesão no D-1 do GT.



Fonte: Autores da pesquisa

No dia 3 o GC havia formado crostas densas, rígidas, desidratadas e frágeis (figura 4), que tornarem-se mais secas e se desprenderam do 5º dia ao 7º dia, voltando a causar hemorragia em alguns animais e substituindo a ferida por um tecido granular (figura 6), proeminente, com edema no centro.

Nas feridas do GT havia um tecido granular úmido, que aumentou sua espessura com o passar dos dias, tinha coloração avermelhada apresentando a formação de novos vasos (figura 5), sem evidências de sangramento.

Figura 4: Fotografia mostrando as crostas formadas no D-3 do GC.



Fonte: Autores da pesquisa

Figura 5: Fotografia mostrando tecido granular formado no GT.



Fonte: Autores da pesquisa

No dia 5 as feridas do GT1 houve a formação de uma fina película de cor amarelada, porém muito firme, que com o passar dos dias sofreu espessamento (figura 7) e sem sinais de dor ao toque.

Em alguns dos ratos do GC neste foi relatado a queda das crostas, destes 3 demonstravam pequeno sangramento, nos demais animais que

persistiam com tal estrutura notou-se que as mesmas se apresentavam frágeis. Todos os animais tiveram manifestação de dor ao toque.

Figura 6: Fotografia mostrando o tecido formado no D-5 após desprendimento das crostas no GC.



Fonte: Autores da pesquisa

Figura 7: Fotografia mostrando a película formada no GT.



Fonte: Autores da pesquisa

No dia 8 o tecido exposto do GC foi evidente a formação de novos vasos (figura 5), neste momento as feridas já se mostravam menores sem as crostas, porém com formatos desregulares, e em alguns animais já foi possível observar o crescimento de pelo na região periférica.

As feridas do GT eram uniformes e com bordos regulares, porém maiores que o GC. A película formada era muito firme bem aderida ao local e com cor bege.

Do 10^o ao 13^o dia as películas do GT soltaram-se e o processo de contração tornou-se mais acelerado. Pequenos sangramentos foram raros ou inexistentes.

No dia 14 as feridas de todos os indivíduos revelaram uma contração da ferida alcançando menos da metade do diâmetro inicialmente proposto, estando quase ocluídas no GT1, com exceção de dois animais que detinham apenas de um ponto cicatricial que evidenciavam margens epitelizadas (figura 9), bem como no GC, com exceção de dois animais tinham feridas maiores.

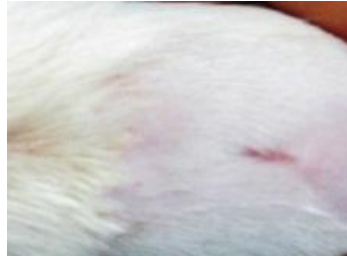
Figura 9: Fotografia mostrando a cicatrização no D-12 do GT.



Fonte: Autores da pesquisa

No dia 18 houve o completo fechamento da ferida, com restituição do epitélio e o crescimento proeminente de pelos em todo o GC, apenas um animal ainda evidencia ainda sinais de cicatrização, enquanto que os do GT tinham uniformidade na resposta, com demonstração de uma cicatriz bem formada e lisa (figura 10).

Figura 10: Fotografia mostrando a cicatrização no D-18 do GT.

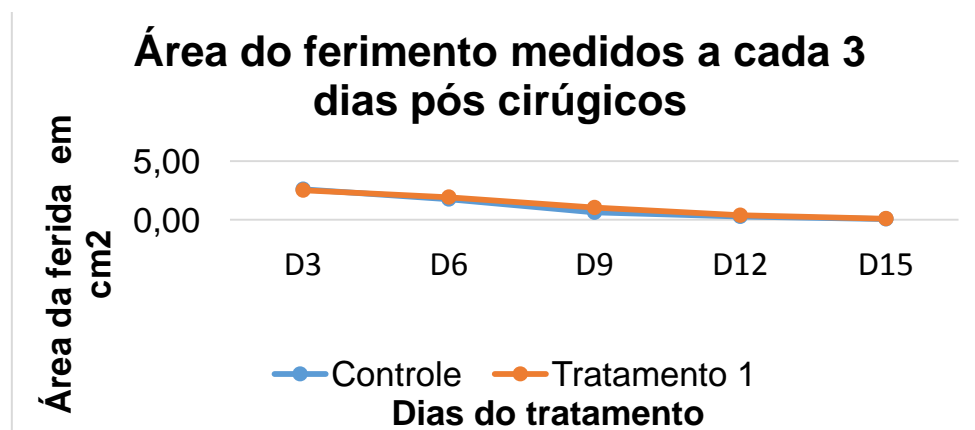


Fonte: Autores da pesquisa

No dia 21 foi observada a total cicatrização em todos os grupos, já com epitelização completa da ferida, a textura das cicatrizes foram similares à pele antes da lesão, como crescimento do pelo. No entanto o GC apresentava uma cicatriz levemente protuberante, enquanto o GT a pele era contínua, sem irregularidades.

Não houveram diferenças estatísticas significantes entre os grupos nos dados coletados no D-3, D-6, D-9, D-12 e D-15.

Gráfico 1: Evolução da contração da ferida de acordo com os dia de tratamento.



Fonte: Autores da pesquisa

O percentual de contração dos grupos foram GC 97,21 %, GT 96,25 %, que também não houve diferenças significativas entre eles, porém de forma visual o grupo controle teve maior evolução.

4 DISCUSSÃO

A *Aloe vera* conhecida popularmente como Babosa ou Aloés é originária da África, onde é predominante no deserto desenvolvendo-se como cactos, fato que favoreceu sua disseminação e adaptação em outras regiões incluindo o cerrado brasileiro (LAWS, 2013).

É uma planta da família Liliaceae, com até 1 metro de altura, folhas espessas e suculentas, em seu interior há um gel viscoso que é um sumo mucilaginoso composto de polissacarídeos de onde provêm seus princípios ativos (LORENZI e MATOS, 2008).

Seu uso é comprovado para melhora na cicatrização, diminuição da inflamação, no tratamento da psoríase, herpes genital, hiperglicemia e em queimaduras, além de sua ação antineoplásica, antimicrobiana e antioxidante (FREITAS, RODRIGUES e GASPI, 2014), estas características foram observadas na pesquisa já que as feridas do GT não infeccionaram, e apresentaram ótimas características cicatriciais.

Sua ação cicatrizante se dá pela melhora na vascularização e conseqüentemente uma melhora na oxigenação tecidual, e hiperemia o que aumenta a quantidade de deposição de colágeno. Enquanto que sua ação anti-inflamatória ocorre pela presença das prostaglandinas (RAMOS e PIMENTEL, 2011). Estas características foram observadas a partir do terceiro dia de experimento já que as feridas apresentavam melhor irrigação e crescimento de tecido de granulação com melhor aspecto visual.

Os princípios ativos presentes na Babosa são: glicosídeos antraquinônicos e taninos, prostaglandinas, enzimas e antraquinonas (GEOVANINI e JUNIOR, 2008). A atuação desta foi evidenciada no GT já que os mesmos não apresentaram sensibilidade ao toque, sendo bem diferente do GC que além de apresentar uma ferida mais cruenta também apresentou grande sensibilidade ao toque.

Nesta pesquisa no GT evidenciou-se um melhor crescimento de tecido de granulação como no estudo realizado por Hamid e Soliman (2015), onde foram feitas queimaduras experimentais em ratos e tratadas com aplicação tópica de *Aloe vera*. A pesquisa mostrou diminuição da inflamação, melhorando a formação de tecido de granulação, o que poderia acelerar o processo cicatricial. Como diferença nossa pesquisa usou o extrato da *Aloe vera* em base de creme enquanto que eles a utilizaram diretamente na ferida.

Já Martins (2010) realizou o tratamento em feridas cirúrgicas de cães e constatou que o extrato desta planta melhorou o processo de reepitelização, além de estimular a migração de células ao local da ferida. O que também se evidenciou na pesquisa do 8º ao 13º dia no GT com melhora elevada na reepitelização e na aparência do tecido de granulação que se formou como base para a nova pele.

5 CONCLUSÃO

Foi possível concluir que o uso tópico da pomada feita a partir do extrato de babosa (*Aloe vera*) apresentou influências positivas no processo de cicatrização de feridas cutâneas experimentais em ratos, pois, apesar de não acelerar o processo cicatricial, reduziu a formação de crostas, controlou a

inflamação e a adição da arnica (*Solidago chilensis*) melhorou o aspecto cicatricial na formação do novo epitélio.

Entretanto são necessários estudos posteriores com diferentes dosagens e tempos de tratamento devido à influência positiva desses fitoterápicos no processo de cicatrização.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, A. K. L; **Aspectos morfológicos do processo de cicatrização induzido por *Ouratea sp.*** 2010. 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Veterinárias) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE. 2010.

BARACUHY, J. G. V; FURTADO, D. A; FRANCISCO, P. R. M; LIMA, J. L. S; PEREIRA, J. P.G; **Plantas medicinais de uso comum no Nordeste do Brasil.** 2.ed. Campina Grande: EDUEFCG, 2016. 205p.

CANESSO, M. C. C; **Avaliação da Cicatrização de Feridas Cutâneas em Animais Isentos de Microbiota Comensal.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da UFMG, Belo Horizonte, MG. 2014.

CUBAS, Z. S; SILVA, J. C. R; CATÃO-DIAS, J. L; **Tratado de Animais Selvagens.** 2.ed. São Paulo: Roca, 2014. Vol. 2.

FREITAS, V. S; RODRIGUES, R. A. F; GASPI, F. O. G; Propriedades farmacológicas da *Aloe vera* (L.) Burm. f. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais.** v.16, n.2, p.299-307, 2014.

GEOVANINI, T; JUNIOR, A. G. O; **Manual de Curativos.** 2.ed, São Paulo: Corpus, 2008. 190p.

HALL, L. W, CLARKE, K. W, TRIM, C. M; **Veterinary anesthesia.** 10. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2001. 561p.

HAMID, A. A. M. A; SOLIMAN, M. F. M; Effect of topical *Aloe vera* on the process of healing of full-thickness skin burn: a histological and immunohistochemical study. **Journal of Histology & Histopathology.** V.2, n.3, p 1-9, 2015.

LAWS, B; **50 Plantas que Mudaram o Rumo da História.** Rio de Janeiro sextamente, 2013. 224p.

LORENZI, H., MATOS, F. J. A; **Plantas Mediciniais no Brasil: Nativas e Exóticas** 2.ed, Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2008. 544p.

MARTINS, J. M; **Uso de babosa (*Aloe vera*) na reparação de feridas abertas provocadas cirurgicamente em cães.** Trabalho de conclusão de curso de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Campina Grande Centro de Saúde e Tecnologia Rural Campus de Patos PB, Patos – Paraíba, 2010.

MASSONE, F; **Anestesiologia Veterinária: Farmacologia e Técnicas**. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 428 p.

PAGNANO, L. O; **Análise da cicatrização na pele de coelhos após tratamentos de feridas com biomateriais associados à fração de proteína do látex natural da seringueira (*Hevea brasiliensis*)**. 2009. 77 f. Tese (Doutorado em Cirurgia Veterinária) Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias – UNESP, Jaboticabal, 2009.

RAMOS, A. P; PIMENTEL, L. C; Ação da Babosa no reparo tecidual e cicatrização. **Brazilian Journal of Health**, v. 2, n. 1, p. 40-48, 2011.

O ACOLHIMENTO FAMILIAR DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO

OLIVEIRA, Diná Gonçalves de⁵
COSTA, Karina da⁶
RIBEIRO, Vaena Caroline Martins⁷

RESUMO: Em famílias com crianças diagnosticadas com autismo o processo de socialização nem sempre ocorre da forma esperada, notamos então que tais núcleos familiares passam por intensos processos sociais que ora estão atrelados à dificuldade em lidar com o desenvolvimento atípico da criança em questão, que por sua vez, podem fragilizar os vínculos familiares. Ora são influenciadas pela desinformação quanto à oferta de programas, serviços e benefícios disponibilizados pelo Estado em favor das pessoas diagnosticadas com autismo. O presente artigo visa analisar qual ou quais os vínculos desenvolvidos por crianças diagnosticadas com autismo e suas famílias, além disso, buscamos também verificar quais os serviços e benefícios disponíveis ao público em tela e quais os instrumentos necessários para acessar tais serviços públicos. Cabe esclarecer que tal pesquisa é de caráter eminentemente bibliográfico e faz parte de revisão de literatura inerente a construção de tese de conclusão de curso. Conclui-se finalmente, que tal tema é permeado por diversos pontos que necessitam de maior investidura teórica e empírica, no entanto, este artigo não tem a intenção de apresentar respostas estáticas, mas sim instigar maior desenvolvimento de pesquisas que envolvam crianças e suas famílias e o diagnóstico de autismo.

Palavras Chave: Vínculos Familiares. Criança. Autismo.

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa traz uma análise das relações familiares de crianças que foram diagnosticadas com Autismo⁸. Cabe salientar que existem diversas fontes bibliográficas focadas no comportamento destas crianças e, ao mesmo tempo, tratam das possíveis respostas medicamentosas e/ou orientam os pais sobre como lidar com seus filhos em meio as atividades diárias.

⁵ Graduanda do Curso de Serviço Social da Facisa – Unaí, dinaunai@outlook.com

⁶ Graduanda do Curso de Serviço Social da Facisa-Unaí, karinadacosta95@gmail.com

⁷ Mestre em Desenvolvimento Social pela UNIMONTES -Coordenadora de Estágio Supervisionado em Serviço Social da Faculdade Unaí, Professora na Faculdade de Ciência da Saúde de Unaí, vaena.caroline@hotmail.com

⁸ O Autismo é um Transtorno Global do Desenvolvimento (também chamado de Transtorno do Espectro Autista), caracterizado por alterações significativas na comunicação, na interação social e no comportamento da criança. Essas alterações levam a importantes dificuldades adaptativas e aparecem antes dos 03 anos de idade, podendo ser percebidas, em alguns casos, já nos primeiros meses de vida. As causas ainda não estão claramente identificadas, porém já se sabe que o autismo é mais comum em crianças do sexo masculino e independente da etnia, origem geográfica ou situação socioeconômica. (TIBYRIÇÁ, 2011 p.2)

Porém, o presente artigo, visa analisar qual, ou quais, os tipos de vínculos estabelecidos entre as famílias e as crianças, objetivando perceber como se dá está dinâmica no cotidiano deste núcleo. Ademais, buscamos também reconhecer qual a rede de proteção disponível tanto para o grupo familiar como um todo, quanto para as crianças. Ressaltamos ainda, que essa pesquisa busca analisar também as possíveis dificuldades encontradas imediata e posteriormente a descoberta da família sobre o supracitado diagnóstico, focando principalmente nas estratégias de enfrentamento desta questão no dia a dia da família.

É válido salientar que o envolvimento das famílias é importante para que as crianças diagnosticadas com autismo possam se desenvolver e ter o máximo de autonomia possível em suas vidas. Além disso, tal diagnóstico exige da família cuidados diários de modo a ofertar apoio, carinho, educação, com muita paciência e dedicação.

Neste sentido, partimos da hipótese norteadora que no momento em que a criança é diagnosticada com autismo, muitas famílias entram em um turbilhão de sentimentos, que podemos destacar inclusive a frustração. No entanto, após a assimilação da notícia a grande maioria dos grupos familiares se vê compelido a enfrentar e assumir tal notícia. Podemos ressaltar também que, a diversas reações tem ligação direta com o grau de conhecimento sobre o Autismo, bem como, legislações que garantem direitos a este público.

Quanto mais bem informada for à família, mais esta se sentirá otimista sobre o pleno desenvolvimento cotidiano e o futuro da criança. É muito importante que, juntamente com o tratamento da criança, os pais recebam orientações e possam trocar experiências com outras famílias que estão em tratamento há mais tempo, e que passam pela mesma situação, a troca de experiências é importante para que a família note que não está sozinha.

Com base no exposto, o presente artigo de caráter eminentemente bibliográfico, se caracteriza por ser parte de um pré projeto de pesquisa que visa subsidiar o desenvolvimento da futura tese de conclusão do curso. Neste sentido, a escolha desse tema de pesquisa foi uma junção de dois interesses, crianças e área da saúde, dessa forma, com este estudo buscamos ampliar os conhecimentos nessa área.

A escolha dessa temática também se deu pelo fato de ser um tema pouco abordado em pesquisas no município de Unaí. Dessa forma, pretende-se colaborar com a produção do conhecimento sobre a realidade do acolhimento familiar de crianças que diagnosticadas com Autismo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM AUTISMO

É muito difícil para os pais que têm filhos com autismo enfrentarem essa situação, principalmente quando recebem o diagnóstico. Nos momentos difíceis, orientações de um profissional qualificado podem ajudar muito. De acordo com Tibyriçá [et.al.] (2011) os pais também podem contar com a ajuda de pessoas próximas ou que tenham experiência com situações semelhantes. “O importante é que essas pessoas saibam compreender e aceitar o sofrimento destes pais, acolhendo-os da melhor forma, sem críticas ou julgamentos” (p.5).

As mais diversas formas de acompanhamento terapêutico podem ser indicadas para auxiliar os pais na compreensão do que está acontecendo, do que estar por vir e do que estão sentindo, inclusive por meio do enfrentamento de emoções como negação, raiva, rejeição, culpa, frustração, ressentimento etc. Pois, ainda de acordo com a autora supramencionada, os pais só podem apoiar seus filhos quando estão emocionalmente bem eles mesmos.

Com base em autores como Klin (2006), Schmidt e Bosa (2011), estudiosos do assunto, que analisaram relatos de algumas famílias a partir do momento em que tiveram um ou mais filhos diagnosticado com o Autismo. E, de acordo com tais pensadores, no momento em que os pais descobrem que seus filhos não são como eles imaginavam, as suas expectativas se fragilizam, e é quando começam a reorganizar as suas ideias e a suas vidas.

A partir do exposto, alguns pontos devem ser destacados.

Crianças com desenvolvimento normal possuem um marcado interesse na interação social e no ambiente social a partir do nascimento. Mecanismos básicos da socialização, tais como atenção seletiva para faces sorridentes ou vozes agudas e brincadeiras, levam as crianças a procurar os cuidadores. A coreografia social mutuamente reforçadora entre a criança e o cuidador inicia o desenvolvimento das habilidades sociais cognitivas, de comunicação e simbólicas. Em bebês e crianças jovens com autismo, a face humana possui pouco interesse; observam-se distúrbios no desenvolvimento da atenção conjunta, apego e outros aspectos da interação social. Por exemplo, a criança pode não se engajar nos jogos habituais de imitação da infância (e.g., esconde-esconde), pode gastar um tempo descomedido explorando o ambiente inanimado quando estimulada pela fala incidental produzida pelos demais em sua proximidade. As habilidades lúdicas, além da exploração sensorial dos brinquedos, podem estar completamente ausentes. Esses déficits são extremamente característicos e não se devem somente ao atraso do desenvolvimento. (KLIN, 2006, p. 6)

No que corrobora Klein:

O interesse social pode aumentar com o passar do tempo. Há, em geral, uma progressão no desenvolvimento: indivíduos mais jovens e com maior comprometimento podem ser distantes ou arremios à interação, ao passo que indivíduos um pouco mais velhos ou mais avançados podem ter mais disposição de aceitar passivamente a interação, mas não a buscam ativamente. Entre pessoas com autismo, mais capazes funcionalmente, existe com frequência interesse social, mas elas têm dificuldade em administrar as complexidades da interação social; isto frequentemente leva ao surgimento de um estilo social não-usual ou excêntrico. (KLEIN, 2006, p. 6)

Diante do exposto, umas das grandes características do autismo é a dificuldade em interagir socialmente e, de acordo com autor supramencionado, tal questão não distingue pessoas externas à família da criança ou parentes diretos delas, como mães, pais, irmãos, etc. Partindo dessa premissa, podemos nos questionar, então: Qual ou quais as formas de estabelecer vínculo familiar e comunitário com as crianças diagnosticadas com autismo?

O autismo origina alterações precoces e fundamentais no processo de socialização, levando a uma cascata de impactos no desenvolvimento da atividade e adaptação, da comunicação e imaginação sociais, entre outros comprometimentos (KLIN, 2006). Tal situação afeta as condições físicas e mentais da criança, aumentando a demanda por cuidados e, conseqüentemente, o nível de dependência de pais. Essa situação pode constituir um estressor em potencial para familiares.

De acordo com estudos feitos por Bristol e Scholar (1983) apud Schmidt e Bosa (2011) os familiares de crianças com autismo apresentam padrões de estresse mais elevados do que famílias que possuem um filho com desenvolvimento típico ou com síndrome de Down, sugerindo que o estresse parece ser influenciado por características específicas do autismo e não apenas por um atraso do desenvolvimento.

Ainda com base nos autores supramencionados, no final da década de 1970, foi publicado um trabalho acerca do estresse dos pais de crianças com autismo. Os resultados demonstraram maior presença de tensão física e psicológica em mães de crianças com autismo, culpa em 66% destas e incertezas quanto a habilidades maternas em 33%. Neste estudo, os pais também se mostraram afetados, porém de modo indireto, isto é, reagiram ao sofrimento de suas esposas. A partir de então, iniciam se questionamentos a respeito das possíveis diferenças quanto ao estresse entre pais e mães de crianças com autismo.

Neste contexto, estudo realizado por Filho [et.al] (2016) aponta que cuidar de uma criança autista exige muito dos pais e familiares cuidadores. O fato de estar atento, saber compreender e ter paciência são ferramentas para conseguir lidar com tal situação. Ainda segundo este estudo, existe muito preconceito e falta de entendimento sobre o autismo por parte da sociedade e por isso as dificuldades vivenciadas pelos grupos familiares são variadas. Alguns relatam que locomover-se para os lugares é algo muito difícil e estressante, bem como utilizar transporte público, e também o fato de permanecer em locais muitos cheios e barulhentos.

Assim sendo, entendemos que a família está sempre presente no cuidado da criança autista, logo, podemos perceber que a família exerce um papel importantíssimo e que a mesma nunca está preparada para lidar com tais necessidades, mas acaba sendo compelida a aceitar e passa a se inteirar mais sobre o transtorno que afeta a vida da criança, tentando entender a respeito de tudo para proporcionar um bom tratamento, saber lidar e promover uma boa qualidade de vida. Não existe uma maneira padrão sobre como as famílias reagem ou devem reagir ao diagnóstico recebido, haja vista que esta questão está diretamente relacionada com as expectativas que a família gera sobre a criança.

Consideramos finalmente que, além desses fatores internos, a família também sofre com fatores externos, como ausência de informações sobre programas, serviços e benefícios a este público. Tal questão será melhor abordada na sessão seguinte.

2.2 SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL A PESSOA COM AUTISMO E SUA FAMÍLIA

Para diversas famílias o apoio de agentes externos no desenvolvimento do cuidado com as crianças diagnosticadas com autismo é primordial, entretanto a falta de informação leva essas pessoas a não acessar os serviços e benefícios disponibilizados pelas leis brasileiras.

Neste sentido é importante destacar que,

As pessoas com autismo têm os mesmos direitos, previstos na Constituição Federal de 1988 e outras leis do país, que são garantidos a toda a população. Também tem todos os direitos previstos em leis específicas para pessoas com deficiência (Leis 7.853/89, 8.742/93, 8.899/94, 10.048/2000, 10.098/2000, entre outras), bem como em normas internacionais assinadas pelo Brasil, como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Além disso, enquanto crianças e adolescentes também possuem todos os direitos previstos no Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069/90) e quando idosos, ou seja maiores de 60 anos, tem os direitos do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) (TIBYRIÇÁ [et.al.] 2011, p. 12).

As pessoas com autismo e suas famílias podem se beneficiar de tudo que a Assistência Social tem a oferecer no município onde residem. As informações sobre os benefícios, programas, serviços e projetos existentes e como acessá-los podem ser obtidas no Centro de Referência de Assistência Social - CRAS na cidade de sua residência, ou nas Secretarias de Assistência Social das Prefeituras. Em geral, os serviços que devem ser disponibilizados especificamente para Direitos das Pessoas com Autismo, são os seguintes⁹:

- Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas Deficiências e Idosas Finalidade: prevenir situações que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais destas pessoas, independentemente da idade, que já possuam vínculos frágeis ou falta de acesso a benefícios assistenciais. Inserção: geralmente se dá por encaminhamento realizado pela equipe do CRAS e trabalho é realizado no domicílio da pessoa com deficiência ou idosa com o acesso a serviços, políticas públicas e programas especializados de habilitação e reabilitação.
- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias - Finalidade: promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e idosas com dependência, seus cuidadores e familiares, considerando especialmente a vivência de violação de direitos que comprometam sua autonomia por exemplo, isolamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas na família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador e desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa. Inserção: através de pedido da família e/ou da comunidade ao CREAS; encaminhamento dos demais serviços socioassistenciais, das

⁹De acordo com a Resolução Nº 109 do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

políticas públicas setoriais ou do encaminhamento dos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Trabalho pode ser realizado no domicílio da pessoa com deficiência ou idosa, centro dia, CREAS ou Unidade Referenciada.

- Serviço de Acolhimento Institucional (Residências inclusivas para jovens e adultos com deficiência) - Finalidade: destina-se a jovens e adultos com deficiência, que os vínculos familiares estão rompidos ou fragilizados e não dispõem de condições de auto sustentabilidade, de retaguarda familiar temporária ou permanente ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência. Inserção: por meio de requisição das políticas públicas setoriais, CREAS, demais serviços socioassistenciais, Ministério Público ou Poder Judiciário. As residências inclusivas devem estar inseridas na comunidade, oferecer estrutura física adequada e ter a finalidade de favorecer a construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades adaptativas para a vida diária.

No que se refere aos benefícios sociais voltados a pessoas com autismo, vale ressaltar que o de maior importância para a pessoa com deficiência é o Benefício de Prestação Continuada – BPC.¹⁰ Para solicitar tal benefício, a família¹¹ precisa se certificar que tem uma renda familiar inferior a ¼ do salário mínimo, além de ser preciso reunir documentos que comprovem a deficiência e do nível de incapacidade para vida independente e para o trabalho, temporária ou permanente. Feito isso, tais informações devem ainda ser atestadas por perícia médica e social do INSS.

Se precisar de informações, antes de ir ao INSS, a pessoa pode procurar a Secretaria Municipal de Assistência Social, CRAS ou órgão similar no seu município. Se houver comprovada impossibilidade de deslocamento da pessoa com deficiência até o local de realização da avaliação da incapacidade, ela é realizada em seu domicílio ou instituição em que estiver internada.

Outro ponto que mereça destaque é a dificuldade dos pais em matricular seus filhos em escolas comuns, o que resgata mais uma vez um o argumento já citado que é a falta de informação. Para tanto, as crianças e adolescentes com autismo têm direito à Educação e conforme o art. 54 do ECA é obrigação do Estado garantir atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino, já que toda a criança e adolescente têm direito à educação para garantir seu pleno desenvolvimento como pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho.

Tais normatizações reforçam o desenvolvimento da inclusão escolar enquanto política que busca perceber e atender às necessidades educativas especiais de todos os alunos, em salas de aulas comuns, em um sistema regular de ensino, de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal de todos. (TIBYRIÇÁ [et.al.], 2011) A escola, segundo essa proposta, deverá adaptar-se para atender às necessidades destes alunos inseridos em classes regulares. Portanto, requer mudanças significativas na estrutura e no

¹⁰É um benefício socioassistencial, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8.742/93).

¹¹ Para a lei, considera-se: Família: todas as pessoas que vivem sob o mesmo teto. Renda: soma bruta de todos os rendimentos recebidos pela família.

funcionamento das escolas, na formação dos professores e nas relações família-escola.

Ressaltamos ainda que as pessoas com autismo têm direito a prioridade no atendimento, sendo consideradas pessoas com deficiência, tem direito a prioridade no atendimento conforme a Lei 10.048/2000. A prioridade no atendimento significa ter um tratamento diferenciado e imediato que as demais pessoas nas repartições públicas, empresas concessionárias de serviços públicos e instituições financeiras. A prioridade é entendida como a não sujeição de filas comuns. O não cumprimento deste direito por órgãos públicos, instituições financeiras leva a aplicação de penalidades também previstas na lei. Algumas cidades também tem leis específicas, como é o caso de São Paulo, na qual que a prioridade é garantida também pela Lei Municipal 7.317/97 nos estabelecimentos comerciais e de serviços.

Diante do exposto, entendemos que existe um leque de direitos disponíveis não só para as crianças, mas também as pessoas de outras faixas etárias diagnosticadas com autismo que perpassam pelas mais diversas políticas públicas, não citadas neste artigo, como saúde, transporte, lazer, cultura dentre outras. Entretanto, as fontes de informações sobre as mais diversas legislações que garantem direitos a esse público são escassas, que por sua vez, não atinge as famílias que tem menos acesso a informação.

Constatamos também que a junção de falta de informação e o preconceito sobre o autismo levam a uma parte expressiva da sociedade a praticar algum tipo de discriminação, por meio de qualquer conduta que viola os direitos das pessoas com base em critérios injustificados e injustos. “As pessoas com autismo podem sofrer diversos tipos de discriminação (como agressões verbais ou físicas), seja em espaços públicos (escolas, postos de saúde, shoppings, ônibus) ou mesmo em suas próprias casas.” (TIBYRIÇÁ [et.al.], 2011, p. 18).

Com base no exposto, o grupo familiar precisa estar, mais uma vez, atento a estas questões visando, além de inibir este tipo de prática, também fazer valer os direitos das crianças diagnosticadas com autismo. A pessoa que foi discriminada ou seu responsável deve ir a uma Delegacia de Polícia e fazer um Boletim de Ocorrência (BO). É importante relatar a situação de discriminação com o maior número de informações possíveis, depois, com a cópia do BO, deve contatar um advogado ou, se não tiver condições financeiras, a Defensoria Pública para propositura das medidas judiciais cabíveis. No caso de discriminação contra crianças e adolescentes, o Conselho Tutelar também deve ser notificado.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo em questão buscou resgatar, a partir de pesquisa bibliográfica, a relação das crianças diagnosticadas com autismo e suas famílias, além disso, objetivou trazer alguns do principais aparatos normativos que garantem direitos a esse público. Diante do exposto, percebemos a relevância da família no desenvolvimento da criança neste contexto, notamos também que este não é um processo de fácil assimilação para pais e cuidadores, nem tampouco para as crianças que se caracterizam por estar em peculiar fase de desenvolvimento.

O estresse parental surgiu de forma contundente neste estudo em função das necessidades que a criança diagnosticada com autismo apresentam, ademais a figura materna se mostrou mais expressiva neste cenário se comparada à figura paterna. De acordo com os estudos aqui levantados a mãe destas crianças parece receber mais pressão tanto por parte dos familiares quanto dos agentes externos, seja no desenvolvimento social da criança cotidianamente, quanto no acompanhamento a diversas instituições públicas e privadas.

Ficou bastante nítido também que a falta de informação sobre o autismo, no Brasil, se constituiu como fator preponderante para o agravamento dos processos sociais onde se insere a família como um todo, mais, especificamente, no caso famílias que acabaram de receber o diagnóstico em questão e também aquelas que já convivem com essa realidade. A junção entre falta de informação e o preconceito potencializam o estresse parental e dificulta o desenvolvimento pleno tanto da família como da criança.

Cabe ainda destacar que o Brasil possui uma gama de serviços e benefícios que visam garantir direitos ao público em tela, porém não ficou claro durante o processamento das informações colhidas, por qual ou quais os motivos à sociedade não acessa tais informações e conseqüentemente os serviços e benefícios em questão. Assim sendo, constamos que questões como estas necessitam de maior investigação teórica e empírica para que se possa compreender mais profundamente os entraves vivenciados por este público.

Consideramos finalmente, que o presente artigo expõe a necessidade de maior investigação sobre o tema no sentido de elucidar questões ainda ocultas sobre a realidade ora apresentada. Mas, ao mesmo tempo, espera ter cumprido seu papel de instigar tanto a academia quanto a sociedade como um todo, a reconhecer as famílias de crianças diagnosticadas com autismo enquanto sujeitos de direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília, DF. 2014.

COSTA, Sandra Cristina Pereira da. **O Impacto do Diagnóstico de Autismo nos país**. 2012. 134f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu. 2012.

FÁVERO, Maria Ângela Bravo; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Autismo Infantil e Estresse Familiar: Uma Revisão Sistemática da Literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Ribeirão Preto, SP. p.358 – 369, 2005.

FILHO, A.L.M.M; [et.al]. **A importância da família no cuidado da criança autista**. Rev. Saúde em Foco. Teresina, PI. v. 3, n. 1, art. 1, p. 66-83, jan./jun. 2016

KLIN, Ami. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral**. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(Supl I):S3-11.

MAIA FILHO, Antônio Luiz Martins et al. **A Importância da Família no Cuidado da Criança Autista**. Teresina: Saúde em Foco, p.66 – 83. 2006.

MONTE, Larissa da Conceição Pinto; Pinto, Arlan Amanajás. **Família e autismo: Psicodinâmica Familiar Diante do Transtorno e Desenvolvimento Global na Infância**. 2005. 14v. Dissertação (mestrado). Curso de Psicologia, Revista Estação Científica, Juiz de Fora, MG. 2015.

SÃO PAULO (Estado), Núcleos Especializados da Infância e Juventude, de Combate à Discriminação, Racismo e Preconceito e do Idoso e da Pessoa com Deficiência da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Cartilha: direitos das pessoas com autismo**. 1. Ed., 2011.

SCHMIDT, Carlo; BOSA, Cleonice. **A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo**. Interação em Psicologia, jul./dez. 2003, (7)2, p. 111-120

RESSOCIALIZAÇÃO DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI: O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

SILVA, Ivani Martins da¹²
RIBEIRO, Vaena Caroline Martins¹³

RESUMO: A abordagem do tema sobre o papel das famílias no contexto da ressocialização dos adolescentes em conflito com a lei é importante no sentido de provocar uma reflexão mais aprofundada a respeito das reais condições a que são submetidos esses adolescentes antes e depois das práticas dos atos infracionais, bem como, analisar o contexto socioeconômico e cultural dos mesmos. Sendo assim, vale ressaltar que é de suma importância levar em consideração não somente as fragilidades como também as potencialidades das famílias e seus respectivos membros. O trabalho que ora se apresenta, de caráter eminentemente bibliográfico, busca analisar o papel da família no processo de ressocialização de adolescentes autuados por cometimento de ato infracional, de acordo com o que é estabelecido pelo Estatuto da Criança e o Adolescente – ECA. Entendemos que a família deve ser concebida como agente fundamental para o desenvolvimento deste processo, portanto, partimos da hipótese que a ressocialização não acontece de forma efetiva pois as famílias destes adolescentes em virtude do fato que, em sua grande maioria, têm seus direitos primários negligenciados e violados pelo Estado não conseguem oferecer o suporte necessário para a superação desta expressão da questão social vivenciada pelo público em tela.

Palavras chave: Ressocialização. Adolescentes. Infratores. Família.

1 INTRODUÇÃO

A sociedade vive hoje um cenário de violência estrutural e que constantemente envolve adolescentes, tal argumento pode ser notado ao assistirmos os mais diversos veículos midiáticos de cunho policial. Esta realidade cresce dia após dia, e desta forma, desperta na sociedade uma grande revolta, tal violência passa a crescer devido a inúmeros fatores sociais, econômicos, familiares, morais e até mesmo psicológicos. O que aumenta também o número brasileiros que fazem duras críticas aos adolescentes em

¹² Graduanda em Serviço Social pela Faculdade de Ciências da Saúde de Unai – Facisa - ivanipesquisasocial@gmail.com

¹³ Professora Ms. - Faculdade de Ciências da Saúde de Unai – Facisa - vaena.caroline@hotmail.com

conflito com a lei, alegando que os mesmos não estão sendo punidos como deveriam, afirmando que a melhor saída seria a redução da maioridade penal.

Neste contexto surgem as medidas socioeducativas, que se tornam fonte de grande polêmica no Brasil, pois muito se questiona sobre sua eficácia frente a demanda apresentada. Cabe salientar que as medidas socioeducativas não tem somente o objetivo de punir os sujeitos que estão em conflito com a lei, mas também visam apresentar aos adolescentes a oportunidade de ressocialização.

Ademais, é público e notório que o nosso país é marcado por desigualdades, onde as diversas manifestações da questão social como, a pobreza, a falta de acesso a bens e serviços, o desemprego, atingem a maioria da população e, que por sua vez, se tornam fatores que estimulam diversos adolescentes a irem de encontro com as leis. A partir do exposto, o processo de ressocialização é o meio pelo qual os adolescentes recebem alternativas que possibilitem o reestabelecimento do vínculos junto a família, escola e comunidade, haja vista, que esses laços são fragilizados ou ainda rompidos, devido aos atos infracionais praticados pelos adolescentes.

Sabendo que as medidas socioeducativas são medidas aplicáveis a adolescentes autores de atos infracionais e estão previstas no art. 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tais medidas são aplicadas indivíduos na faixa etária dos 12 e 18 anos, podendo em alguns casos ser estendido a jovens com até 21 anos incompletos, conforme que previsto no art. 2º do ECA, e se configuram como uma resposta à prática de um delito. Ainda de acordo com o que estabelece a referida Lei, tais medidas apresentam muito mais um caráter educativo e não punitivo, tendo como função a ressocialização dos adolescentes, inserindo-os na convivência familiar e comunitária.

Ressaltamos ainda que, a presente pesquisa, de caráter eminentemente bibliográfico, visa analisar qual o papel da família no processo de ressocialização destes adolescentes em conflito com a lei no município de Unaí-MG, a partir do entendimento que família como uma instituição social em constante processo de construção e mudança.

Neste sentido, partimos da seguinte hipótese norteadora: o processo de ressocialização, no que tange ao papel da família, não acontece de forma plena em virtude da diversas ausências sofridas pela maioria das famílias que tem em meio a seus membros, adolescente em conflito com a lei. Pois a falta de acesso aos direitos primários e básicos deste conjunto de pessoas são cotidianamente negligenciados e violados pelo Estado que, por sua vez, não oferece meios necessários para que as famílias desses adolescentes também tenham garantidos seus direitos.

Destacamos ainda, que o presente artigo se caracteriza por ser parte de um projeto de pesquisa que está em processo de desenvolvimento e que possui a base teórica para o desvelamento de posterior empiria.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A FAMÍLIA NO BRASIL x A FAMÍLIA POBRE NO BRASIL

A família sempre se apresentou como a referência mais importante da socialização, uma vez que é no meio familiar que a criança aprende as

primeiras formas de convivência e desenvolve sua capacidade de diálogo. É o lugar por excelência de crescimento, atuação, desenvolvimento e exposição de sentimentos, é no seio familiar que se experimentam as primeiras recompensas e punições, a primeira imagem de si mesmo e do mundo exterior e também seus primeiros exemplos de comportamentos.

A Norma Operacional Básica NOB (2005) conceitua a família como "núcleo efetivo, vinculada por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, onde os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero" (p.17). Sendo assim a mesma tem a função primordial de proteger, porém nem sempre essa proteção se concretiza pois vários fatores econômicos, sociais e culturais que contribuem para a transformação na dinâmica familiar, tirando da família a estrutura socializadora, transmissora de normas, padrões de conduta e valores.

A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos sobretudo matérias necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em, seu espaço que são absorvidos os valores ético e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidários, como também é em seu interior que são construídas as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.

De acordo com Pereira e Gomes (2005) é possível observar que nos últimos séculos, várias mudanças ocorridas no nível socioeconômico-culturais, pautadas no processo de globalização do mundo capitalista que vêm interferindo na dinâmica e na estrutura familiar e ocasionando alterações significativas em seu padrão tradicional de organização. Igualmente, vêm evidenciando a vulnerabilidade social dos indivíduos como um agravante que interfere no convívio familiar.

Assim, não se pode falar de família, mas de famílias, para que se possa tentar contemplar a diversidade de relações que convivem na sociedade. No imaginário social, a família seria um grupo de indivíduos ligados por laços de sangue e que habitam a mesma casa. Pode-se considerar a família um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente gerando uma complexa trama de emoções. Entretanto, há dificuldade de se definir família, cujo aspecto vai depender do contexto sociocultural em que a mesma está inserida. (PEREIRA E GOMES, p.358, 2005).

Ainda sob a perspectiva das autoras supramencionadas, é preciso destacar que no contexto de fragilidade de direitos sociais a família pobre, marcada pela fome e pela miséria, vê no âmbito doméstico o locus privilegiado não de amor e afeto mas sim de "privação, instabilidade e de esgarçamento dos laços afetivos e de solidariedade" (PEREIRA E GOMES, p.358, 2005). Assim sendo, a partir dessa realidade, a família perde seu papel primordial de cuidado e proteção e se torna espaço de conflito. Diante disso, a realidade das famílias pobres brasileiras não pode ser comparado como outros modelos de família que detém maior poder aquisitivo e conseqüentemente maiores oportunidades de acesso ao mundo capitalista globalizado.

Entretanto, ao retratar o debate de Azôr e Vectore (2007) podemos notar avanços específicos nas últimas décadas do século XX nos âmbitos jurídico e público brasileiro. De acordo com as autoras a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (1990), o Serviço de Atenção Integral à Família - PAIF e o Programa de Saúde da Família – PSF, são exemplos que representam uma sensibilização da sociedade brasileira acerca da família de modo geral.

Outro ponto a ser destacado é que os exemplos acima citados demonstram indicativos de que a família, a partir do século XX, passa a entrar na agenda nacional. Portanto, notamos que a necessidade de promoção e apoio as famílias vulneráveis através de políticas sociais bem articuladas que sejam capazes de promover a emancipação das mesmas, se torna necessário para a reestruturação da família como instrumento na busca de condições materiais de vida, de valores éticos, de segurança, afeto e apoio nas diversas circunstâncias (PEREIRA E GOMES, 2005)

Fica claro então que a família é a base de todo o desenvolvimento emocional da criança. Sendo o principal agente de socialização, devendo ser parceira e ter participação efetiva nas ações do processo de formação da identidade pessoal e social da criança e do adolescentes. A família precisa ser vista como porto seguro para o desenvolvimento saudável dos adolescentes, sendo um espaço de troca de experiências, onde os mesmos se sintam protegidos e tenham suas potencialidades valorizadas.

Porém, deve-se considerar que, a família tem sofrido influências dos processos sociais, econômicos e culturais, principalmente as famílias em situação de pobreza, por isso é importante se ter em mente que a desigualdade e a má distribuição de renda não só destrói a funcionalidade familiar como toda a sociedade. Desse modo cabe ressaltar que a pobreza é o fator que tem mais contribuído para a não funcionalidade da família, repercutindo diretamente de forma cruel nos mais vulneráveis desse grupo: os filhos, vítimas da injustiça social, se vêem ameaçados e violados em seus direitos fundamentais, o que na maioria das vezes tem sido o motivo pelo qual crianças e adolescentes tem buscado no mundo do crime a satisfação de suas necessidades.(PEREIRA E GOMES, 2005)

Para tanto são necessárias ações não apenas para provimento do seu acesso aos serviços essenciais, como também o desenvolvimento de políticas sociais que ofereçam apoio á família ou responsáveis, políticas e ações voltadas para proteger as crianças e adolescentes quando os seus vínculos familiares estão fragilizados ou rompidos, tais políticas devem apoiar as famílias no cumprimento de suas funções de cuidado e socialização de seus filhos, buscando promover a inclusão social e buscar a superação das vulnerabilidades ora apresentados.

2.2 ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

O adolescente autor de ato infracional, segundo Sartório (2006), “refere-se ao adolescente a quem se atribuiu autoria de ato infracional”, que conforme artigo 103 da Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, ato infracional considera-se a conduta descrita como crime ou contravenção penal (BRASIL, 1995), notamos então que o prática do ato infracional em si representa uma expressão da Questão Social. Segundo lamamoto “a questão

social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes, mediatizadas por disparidades de gênero, características étnico-raciais, e formações regionais”. (IAMAMOTO, 2001, p.26).

De acordo com Araújo (2013) a problemática em tela não está dissociada do atual contexto social de diminuição de responsabilidades do Estado frente o contexto neoliberal, e conseqüentemente, redução das políticas públicas, tais como educação, saúde, habitação, dentre outras evidenciam um abismo que distancia muitos destes adolescentes do convívio social, e os aproxima de atos ilícitos como uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como dos atos infracionais.

O tema que trata dos adolescentes autores de ato infracional não é recente, estes já foram classificados de menores infratores, adolescente em conflito com a lei, sem falar nos nomes pejorativos com que são chamados: trombadinhas, bandido-mirim, vagabundos, delinquentes dentre outros. Trata-se de uma situação antiga e que só recebeu tratamento do Estado quando ameaçou a ordem instituída e cuja primeira Lei criada para proteger tais crianças e adolescentes foi instituída em 12 de outubro de 1927, pelo Decreto nº 17.943, denominada de Código de Menores, em que a obrigação de dar moradia, alimentação e as condições básicas de sobrevivência eram da família e quando esta não podia suprir o Estado intervia como autoridade pública. (SILVA, 2013)

Nesse sentido, trata-se então de uma antiga expressão da Questão Social, que ainda de acordo com Iamamoto (2001), esta é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho, sendo apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais, engendradas no capitalismo maduro. No início da industrialização no século XIX, e surgimento desta, ocorreram várias transformações tanto no mundo do trabalho quanto no seio familiar, as mulheres passaram a trabalhar nas fábricas juntamente com seus filhos, isso era necessário para a sobrevivência do grupo familiar, para tanto submetiam-se a jornadas intensas e muita exploração, estimulando o crescimento da pobreza e o aumento da miséria à medida que, ampliou-se a produção de riquezas.

Desde então, a necessidade da venda da força de trabalho para sobrevivência levou boa parte das famílias operárias a uma fragilização no sentido de que, o convívio familiar foi reduzido, e com isso, a maior parte das crianças e adolescentes eram obrigados ir para as ruas em busca do que não encontravam em casa, nesse período aumentou de forma significativa o número de crianças abandonadas e moradores de rua, a situação de extrema pobreza era alarmante (SILVA, 2013). O que as crianças e adolescentes faziam nas ruas que fossem considerados ato infracional, estariam sujeitos a medidas punitivas, isso no contexto do Código de Menores, marcado por muita rigidez e falta de respeito e atenção.

No decorrer do uso do Código de Menores a violência foi marca forte no tratamento destes indivíduos, sendo considerados e tratados como caso de polícia, fatos estes que, com o passar dos anos, tornou-se alvo de duras críticas, e somente nos anos de 1980, com o período de redemocratização do país e fortes reivindicações dos movimentos sociais é que a dimensão dos direitos das crianças e adolescentes passou a ser construído. Um marco dessa conquista foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, que traz em seus artigos 227 e 228 regulamentos para a sua proteção, vendo tal segmento

populacional como sujeitos de direitos passando a ser garantidos pelo Estado, como cita o artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição Federal de 1988 a família juntamente com o Estado e a sociedade civil passam a ser responsáveis por garantir os direitos fundamentais das crianças e adolescentes. No entanto, nesse período, a família surge também como “salvadora”, responsável pelo cuidado de seus membros devendo assisti-los, criá-los e educá-los, visão conservadora, pois, não apreende a família como espaço que sofre mudanças e é permeado por conflitos, além de não garantir as condições necessárias para assumir tal compromisso, restando a ela apenas as obrigações suprimindo seus direitos (SILVA, 2013).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA foi aprovado no ano de 1990, Lei nº 8.068 de 13/07/1990, que institui os direitos fundamentais e estabelece as linhas de atendimento, como as políticas e programas sociais, serviços de prevenção, entidades de atendimento, medidas de proteção e organização pública. Esse aparato normativo representou um avanço para a luta da garantia de direitos estando ele, articulado com outras políticas públicas sociais que devem atuar de forma articulada.

No que se tange a referida Lei, notamos em seu arcabouço instrumentos que buscam responsabilizar os adolescentes que cometem atos infracionais, mas também, proteger crianças e adolescentes que situação de risco e vulnerabilidade social. Através da instituição de Medidas de Proteção e as Medidas Socioeducativas.

Especificamente sobre as medidas socioeducativas, estas de natureza sancionatória e conteúdo socioeducativo, aplicadas somente a adolescentes sentenciados em razão do cometimento de ato infracional. Conforme estabelece o ECA:

São seis as medidas socioeducativas aplicáveis a adolescentes julgados (as) pela prática de ato ilícito que se equipare a crime ou contravenção penal. São elas: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação [...]. Com o fim almejado de inclusão desses (as) adolescentes (BRASIL, SINASE, 2006, p.32).

Ou seja, há todo um processo de apuração, aplicação e execução dessas medidas. “O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA juntamente com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração do ato infracional até a execução da medida socioeducativa, um sistema que inclui União, Estados e Municípios, bem como, todas as políticas, planos e programas específicos de atenção às crianças e adolescentes,

constitui um guia na implantação das medidas socioeducativas, conceituado em bases éticas e pedagógicas” (ECA, 1990).

Deste modo, para o adolescente, a submissão a uma medida socioeducativa não é só responsabilização, mas, também um respeito à equidade (no sentido de dar tratamento adequado e individual a cada adolescente a quem se atribua um ato infracional), bem como, considera as necessidades sociais, psicológicas do adolescente, e como preconiza o SINASE, o objetivo da medida é possibilitar a inclusão social de modo mais célebre possível e, principalmente, o seu pleno desenvolvimento como pessoa (BRASIL, SINASE 2006, p.28).

Portanto, situando todo o contexto, alguns programas e ações são fundamentais para a efetivação das Medidas Socioeducativas, pois são baseados no princípio da territorialidade e descentralização que tanto a Federação, Estados e Municípios possuem sua obrigação quanto ao atendimento do Sistema Socioeducativo.

Ainda de acordo com (SILVA,2013), as legislações que defendem os direitos das crianças e adolescentes enfatizam a importância de trabalhar a família, tornando evidentes seus deveres e responsabilidades, no entanto, torna-se necessário um esforço para a real efetivação deste, no sentido de proporcionar a garantia de direitos dos sujeitos envolvidos, não só delegando responsabilidades as famílias, mas dando condições objetivas para tal.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estabelecer uma definição estática sobre o papel da família no processo de ressocialização é algo complexo, sendo necessário maior aprofundamento nessa discussão sobre o adolescente autor de ato infracional, posto que na maioria das vezes a família é responsabilizada e culpabilizada por toda situação.

Falar sobre família é sempre algo complexo, ademais, cada pessoa possui a sua concepção com uma particularidade pois, “é uma realidade que nos é muito próxima e que se confunde com o que nós somos, com nossa identidade pessoal” (SARTI, 2008, p.39). A família é (ou deveria ser) lugar por excelência de potencialidades, espaço de construção de afetos, solidariedade, interdependência e reciprocidade, trata-se de ponto de apoio, mas, que também possui inúmeros conflitos. Tais noções são fundamentais para evidenciar que “a família não é estática e que suas funções de proteção e socialização podem ser exercidas nos mais diversos arranjos familiares e contextos socioculturais, refutando-se, assim, qualquer ideia preconcebida de modelo familiar “normal” (BRASIL, 2006, p.29).

Sendo a família, o Estado e a sociedade de modo geral, responsáveis pela proteção desses adolescentes, cada um desses segmentos precisaria assumir seu papel nesse processo, no entanto, o que notamos, é uma sociedade alienada pelos meios de comunicação que insiste em criminalizar quando o certo seria promover práticas a fim de fortalecer vínculos, ao contrário disso, o que salta aos olhos são famílias totalmente desamparadas e desorientadas no que diz respeito ao seu protagonismo e a omissão do Estado no que diz respeito à proteção, que só entra em cena quando a situação já se tornou caso de polícia.

Entendemos ainda, que a falta de acesso ou a precarização das políticas e programas repercurtem de maneira direta na vida dos adolescentes, muitos vêm na criminalidade um caminho fácil para conseguirem sua auto afirmação, buscando dessa forma a satisfação de suas necessidades e desejos.

Assim sendo, é extremamente urgente pensar e articular propostas específicas para cada realidade, que possam de alguma forma fazer com que esses adolescentes e suas famílias tenham acesso a políticas de prevenção, tais como, uso de álcool e outras drogas; de educação ressaltando a importância da educação no processo emancipatório; de saúde, esporte e cultura no intuito de valorizar as potencialidades e de promoção da dignidade humana em suas várias fases, considerando as necessidades e particularidades de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Keilla Israely Fernandes de. **Família e medidas socioeducativas: a importância do acompanhamento familiar.** VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão, Agosto, 2013

AZÔR, A. M. G. C. V., & Vectore, C. (2008). **Abrigar/ desabrigar: Conhecendo o papel das famílias nesse processo.** Estudos de Psicologia Campinas, SP. 25(1), 77-89.

BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome.** Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, DF. 2005.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei nº 8069/90. Brasília, DF, 1990.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.** Plano Nacional de Promoção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, DF: Conanda, 2006.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** Brasil: Promulgada em 05 de outubro de 1988.

CONANDA. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo SINASE,** Brasília, DF, junho de 2006, p. 55.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas.** Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200013>

IAMAMOTO. Marilda Vilela. **A questão social no capitalismo.** Temporalis Revista da Associação Brasileira de Ensino Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, Brasília, DF. nº 3, p. 9-32, jan/junh, 2001..

PAULA, Liana de. **A família e as medidas socioeducativas**: a inserção da família na socioeducação dos adolescentes autores de ato infracional. São Paulo, 2004.

SARTÓRIO. Alexssandra Tomazelli. **O Contexto do Adolescente em Conflito com a Lei: expressão da Questão Social**. Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS. Recife- PE, 04 a 08 de dezembro de 2006.

SARTI, Cynthia A. Famílias enredadas. In: **Família: Redes, laços e políticas públicas**. Ana Rojas Acosta, Maria Amalia Faller (org). 4 ed. Cortez, 2008.

RISCOS OCUPACIONAIS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA SUA OCORRÊNCIA EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

ÁVILA, Fernanda da Costa Pereira¹⁴

RESUMO: Os profissionais de enfermagem ao desenvolver suas atividades diárias estão expostos a vários riscos ocupacionais que se originam de atividades insalubres proporcionando efeitos adversos à saúde destes trabalhadores, acarretando o aparecimento de doenças e acidentes de trabalho. **Objetivos:** Caracterizar os principais riscos ocupacionais a que são submetidos os profissionais de enfermagem e identificar os fatores que contribuem para sua ocorrência no ambiente hospitalar. **Metodologia:** Realizamos uma Revisão Bibliográfica da literatura do tipo Revisão Integrativa nas bases de dados BDEF e LILACS e SciELO entre os anos de 2005 a 2015 e posteriormente procedemos um processo sistemático e rigoroso de seleção e análise dos artigos encontrados. **Resultados:** Através do método de pesquisa empregado, foram identificados 45 artigos nas bases de dados selecionadas, sendo destes, 11 artigos incluídos nesta revisão. **Discussão:** Com esta revisão foi-nos possível constatar que o número insuficiente de funcionários, o acúmulo de funções, a sobrecarga de trabalho, execução das atividades de enfermagem durante o período noturno, uso inadequado ou resistência ao uso de equipamentos de proteção individual, exposição dos profissionais a substâncias tóxicas, fluídos e secreções são fatores de riscos que contribuem para a ocorrência de acidentes do trabalho nos profissionais de enfermagem. **Conclusão:** As exposições constantes aos riscos ocupacionais podem comprometer o desenvolvimento das ações laborativas. Desta forma, torna-se necessário o desenvolvimento de medidas preventivas e educativas para que sejam colocadas em prática durante o desenvolvimento das atividades de enfermagem no contexto hospitalar.

Palavras-Chave: Enfermagem. Riscos Ocupacionais. Saúde do Trabalhador. Acidentes do Trabalho. Fatores de risco.

1 INTRODUÇÃO

No cenário mundial os enfermeiros constituem a categoria profissional mais numerosa e diversificada centralizando suas atividades na promoção, prevenção e recuperação da saúde de um grande quantitativo de pessoas (SILVA E ZEITOUNE, 2009; SILVA E PINTO, 2012). Com o decorrer dos anos, muitos profissionais de saúde concentram a atenção em assuntos relacionados ao aperfeiçoamento de sua atividade, para adquirir novos conhecimentos técnicos, uso de novos equipamentos e fármacos, entre outros, visando à

¹⁴ Enfermeira. Bacharel e Licenciada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde de UNAI – FACISA UNAI. Minas Gerais- Brasil.

melhoria na assistência aos pacientes, esquecendo-se do seu próprio cuidado, principalmente em relação aos riscos, aos quais estão expostos na realização de suas ações (NUNES et al., 2010).

Nomeadamente os profissionais de enfermagem estão expostos a uma série de situações de riscos ocupacionais durante o exercício de suas atividades laborais estando desta forma, susceptíveis a acidentes do trabalho e à aquisição de doenças em razão da presença de riscos biológicos, físicos, químicos, psíquicos e ergonômicos presentes nas instituições de saúde (SANTOS & VALOIS, 2011). As atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar são caracterizadas por exigências organizacionais múltiplas, acúmulo de funções, situações desgastantes e conflitantes, estresse pessoal e situacional, levando o profissional a um desgaste físico e mental acentuado, propiciando a ocorrência de acidentes no trabalho.

Em razão do mercado de trabalho muito competitivo e às baixas remunerações, é muito comum encontrar profissionais da área da saúde, principalmente de enfermagem, acumular mais de um vínculo empregatício, resultando em uma grande sobrecarga de trabalho (SILVA et al., 2013). Em consequência, esses profissionais ficam cada vez mais expostos a pressões físicas e emocionais, baixa atenção ao trabalho, situações essas que somadas às condições de segurança inadequadas no trabalho, podem ser responsáveis por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, as quais podem levar a incapacidade temporária ou definitiva do trabalhador.

Com a identificação precoce dos riscos ocupacionais a que estão expostos à equipe de enfermagem, é possível explorar os problemas de forma integrativa, o que contribui efetivamente na prevenção e no controle dos riscos e acidentes de trabalho, reduzindo os danos à saúde do trabalhador e os prejuízos à instituição. (SILVA & PINTO, 2012).

Desta forma, este estudo é relevante pela necessidade de suscitar debates sobre os riscos ocupacionais relacionados ao trabalho dos profissionais de enfermagem, pois assim se poderão desenvolver mecanismos de controle e prevenção objetivando a redução desses riscos, a promoção da saúde dos trabalhadores e conseqüentemente redução no número de acidentes.

Diante do exposto, essa pesquisa tem como objetivo caracterizar os principais riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem e identificar os fatores que contribuem para sua ocorrência no ambiente hospitalar segundo análise de artigos científicos realizados no Brasil entre 2005 a 2015.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A iminência dos riscos ocupacionais aos profissionais de enfermagem deve-se a algumas características que lhe são próprias. Como por exemplo, os enfermeiros são o maior grupo entre os profissionais nas instituições de saúde, prestam assistência ininterrupta durante as 24 horas do dia, são responsáveis pela execução de cerca de 60% das ações de saúde e por ser a categoria que mais entra em contato físico com os pacientes, realizam procedimentos

invasivos, lidando com materiais perfuro cortantes, materiais contaminados, fluidos e secreções que podem transmitir microrganismos (SANTOS & VALOIS, 2011).

Dentre as instituições de saúde, o hospital é um local considerado tipicamente insalubre por receber um grande número de pacientes com diversas enfermidades infectocontagiosas e por disponibilizar vários procedimentos que oferecem um grande risco de acidentes e doenças para os trabalhadores da saúde.

No Brasil, há inúmeros convênios e recomendações da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificados em 32 Normas Regulamentadoras (NR) que buscam a prevenção e minimização de acidentes e riscos ocupacionais, de modo a assegurar condições ideais de trabalho.

O acidente de trabalho é classificado como sendo aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional ou doença que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Considera-se ainda como acidente de trabalho, o acidente que ocorre no trajeto entre a residência do trabalhador e o local de trabalho, a doença que é produzida ou desencadeada pelo exercício de determinado trabalho e ainda a doença adquirida ou desencadeada pelas condições de trabalho (BRASIL, 1991).

Os riscos ocupacionais são todas as situações de trabalho que podem comprometer o equilíbrio físico, mental e social do trabalhador. Consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes no ambiente de trabalho, que, dependendo da sua natureza, concentração, intensidade ou tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde dos trabalhadores (SANTOS & VALOIS, 2011).

Os agentes físicos são as diversas formas de energia a que os trabalhadores estão expostos, tais como: ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes. Os agentes químicos são os compostos, substâncias ou produtos que podem penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, névoas, fumos, neblinas, gases ou vapores, ou que podem ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão. Os agentes biológicos são as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros (BRASIL, 2001). Os riscos ergonômicos decorrem da organização e gestão do trabalho, envolvendo esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, imposição de ritmos excessivos e longas jornadas de trabalho. Riscos de acidentes envolvem o arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas de trabalho inadequadas ou defeituosas, iluminação inadequada, probabilidade de incêndio ou explosão, dentre outros (SANTOS & VALOIS, 2011).

3 METODOLOGIA

Realizamos uma Revisão Bibliográfica da Literatura do tipo Revisão Integrativa. Segundo Mendes, Silveira & Galvão (2008) a Revisão Integrativa é uma metodologia específica de pesquisa em saúde que reúne um assunto ou referencial teórico para maior compreensão e entendimento de uma questão,

possibilitando uma vasta análise da literatura, uma avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado. De modo a atingir os objetivos propostos para esta pesquisa foram realizados os seguintes passos: elaboração de uma pergunta de investigação, estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, avaliação dos artigos incluídos na revisão integrativa, análise dos dados e apresentação dos resultados. A partir disto definimos a seguinte pergunta de investigação: Quais são os riscos ocupacionais aos quais estão expostos os profissionais de enfermagem descritos em publicações científicas brasileiras? A revisão da literatura foi realizada nas bases de dados BDEF (Base de dados de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) durante os meses de agosto e setembro de 2015, utilizando as palavras-chave “enfermagem”, “riscos ocupacionais”, “saúde do trabalhador”, “acidentes no trabalho”, “fatores de risco”. Os critérios de inclusão propostos foram: acesso aos artigos em texto integral, que tratassem especificamente da temática proposta, estudos realizados no Brasil, no recorte temporal de 2005 a 2015. Buscou-se publicações que apresentassem estes descritores no título, resumo ou nas palavras-chave dos próprios artigos disponíveis nas bases de dados supracitadas. Para tal, utilizamos a seguinte frase booleana: (“enfermagem”) AND (“riscos ocupacionais”) AND (“saúde do trabalhador”) AND (“acidentes no trabalho”) AND (“fatores de risco”).

A organização, categorização e análise dos dados ocorreram através do preenchimento de um instrumento para a recolha dos dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 45 artigos, nas bases de dados selecionadas, dos quais apenas 29 estavam disponíveis na íntegra, destes, 09 estavam repetidos nas bases de dados. Oriundas dos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos, 02 artigos foram excluídos após análise criteriosa do título, 06 artigos foram excluídos após análise criteriosa do resumo e 01 artigo foi excluído após leitura integral por apresentar inconsistência com os objetivos propostos para esta pesquisa. Assim, restaram-nos 11 artigos para análise.

Através da análise dos artigos foi possível identificar e delimitar os temas relacionados aos riscos ocupacionais aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos. O reconhecimento dos fatores de riscos tem como propósito identificar e avaliar os riscos indicando maneiras de gerenciamento, buscando monitorar e diminuir a incidência de acidentes de trabalho durante o desenvolvimento de atividades laborativas.

Para Beleza et al., (2013), os profissionais de enfermagem estão expostos a uma diversidade de cargas produtoras de desgaste, devido à exposição à qual se submetem diariamente, comprometendo sua saúde e desencadeando um grande número de acidentes em serviço e doenças ocupacionais.

Dentre os fatores citados pelos artigos analisados que levam a ocorrência dos riscos ocupacionais, os principais estão descritos a seguir.

4.1 NÚMERO INSUFICIENTE DE FUNCIONÁRIOS, ACÚMULOS DE FUNÇÕES E SOBRECARGA DE TRABALHO

Para que os profissionais de enfermagem prestem uma assistência com qualidade e segurança, é necessário que os enfermeiros desenvolvam um senso de responsabilidade com relação à sua própria segurança e à segurança dos seus colegas de trabalho e pacientes. No entanto, a literatura científica considera que há vários fatores que podem favorecer a ocorrência de acidentes de trabalhos entre os profissionais de enfermagem. A escassez de trabalhadores de enfermagem qualificados, o acúmulo de tarefas e os baixos salários são fatores que levam os profissionais de enfermagem acumularem funções em mais de um emprego, aumentando a responsabilidade profissional. Para Silva & Pinto, (2012) e Nowark et al., (2013) a flexibilidade nos horários têm sido apontados como causas para que os profissionais de enfermagem acumulem funções em mais de um emprego, causar desgaste físico e psíquico destes profissionais, comprometendo a eficiência do serviço.

Segundo Beleza et al., (2013); Pereira, Miranda & Passos (2009), o risco ao qual um profissional de saúde está exposto é inerente à sua atividade e à complexidade da assistência prestada. No entanto, é notório que o déficit de profissionais acarreta uma sobrecarga de trabalho, pois uma vez que há um número maior de pacientes para cada funcionário, prejudica a interação com suas funções e com o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas. Para Pio et al., 2012, tendo em vista a permanência no hospital ao final de longas horas de serviço, devido às escalas extras de plantões, aumentam significativamente o risco de acidentes com perfuro cortantes.

Monteiro, Benatti & Rodrigues (2009) argumentam que nas unidades hospitalares, o trabalho tem sido associado à sobrecarga e ao desgaste do trabalhador, em especial nos hospitais públicos, caracterizados pela elevada demanda da população. Corroboram deste pensamento, Beleza et al., (2013), ao considerarem que o trabalho dos profissionais de enfermagem é marcado pelo tempo do relógio, pelo ritmo da demanda de usuários e pela jornada de trabalho. Além da exigência de pontualidade e regularidade, há também uma pressão para rapidez na realização das atividades, não só pela alta demanda, mas também pela necessidade atuar em tempo hábil.

4.2 EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DURANTE O PERÍODO NOTURNO

Para Nunes et al., (2010) os trabalhadores de enfermagem, lidam com diversas dificuldades, destacando-se as dificuldades para suportarem as cargas pesadas de trabalho, decorrentes da proporção inadequada de pacientes por profissional, e a realização do trabalho em turnos rotativos. De acordo com Nowark et al., (2013) as jornadas rotativas causam alterações do sono, distúrbios nervosos e digestivos, além de desorganizarem a vida familiar e social dos trabalhadores.

No cotidiano de trabalho nas instituições de saúde, principalmente em hospitais, vê-se uma grande procura dos profissionais de enfermagem que buscam exercer suas funções nos plantões noturnos, o que pode ser justificado por interesses financeiros devido ao acréscimo do adicional noturno, ou pela necessidade de conciliar atividades de ensino e vida pessoal, como por possuir outros empregos (BELEZA et al., 2013).

Contudo, o trabalho noturno pode causar um impacto negativo à saúde dos trabalhadores, modificando os períodos de sono e vigília, alterando as regras do funcionamento fisiológico humano normal. Concomitantemente à execução das atividades de enfermagem no período noturno, podem desencadear nos profissionais, sensações de mal-estar, fadiga, alterações no humor, reduções no desempenho devido ao déficit de atenção, concentração e dificuldades no relacionamento familiar e social (SILVA & PINTO, 2012).

O desgaste emocional, em consequência das tarefas, desencadeiam uma sobrecarga emocional muito elevada, com sentimentos de angústia, ansiedade, estresse, síndromes depressivas, e até mesmo problemas de origem gastrointestinais (BELEZA et al., 2013).

4.3 EXPOSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM A RISCOS OCUPACIONAIS

O risco de acidentes com material biológico é umas das preocupações mais antigas dos profissionais de saúde, especialmente no âmbito hospitalar (SANTOS et al., 2012). A exposição aos riscos biológicos é preocupante, uma vez que são causadores de muitos problemas de saúde dos trabalhadores, pois, ao executarem atividades que envolvem o cuidado direto e indireto aos pacientes, estão frequentemente expostos às infecções transmitidas por microrganismos como bactérias, vírus, fungos, dentre outros, presentes no sangue ou outros fluidos orgânicos (SILVA & ZEITONE, 2009; SIMÃO et al., 2010; NUNES et al., 2013).

A exposição ocupacional é caracterizada pelo contato, no ambiente de trabalho, com sangue ou outro material biológico, potencialmente infeccioso, seja por meio de exposição percutânea, com lesões provocadas por instrumentos perfurantes e cortantes, como agulhas e lâminas de bisturis contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos; seja por meio da exposição muco cutânea, quando há contato com respingos na face, envolvendo boca, olhos e nariz; ou ainda por exposições cutâneas, quando há contato da pele com dermatites ou feridas abertas ou por mordeduras humanas, consideradas como exposição de riscos quando há sangue envolvido (PIO et al., 2012).

A contaminação por material biológico representa maior risco ao profissional de enfermagem devido a sua constante exposição durante seu processo de trabalho, dentre elas, as infecções de maior preocupação são as causadas pelos vírus do HIV e as hepatites B e C (NEVES et al., 2011).

De acordo com Nowak et al., (2013) os acidentes com agulhas constituem a principal forma de exposição percutânea acidental dos profissionais de saúde às infecções como HIV/AIDS, hepatites B e C. Os acidentes ocasionados com agulhas são responsáveis por 80 a 90% das

transmissões de doenças infecciosas entre trabalhadores de saúde (Simão et al., 2010).

Outro agravante do risco entre trabalhadores da área da saúde é o contato direto com microrganismos, transmitidos a partir de fontes de infecção não identificadas, como pacientes com diagnósticos não definidos (Pio et al., 2012).

4.4 NÃO UTILIZAÇÃO E USO INCORRETO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Por serem os maiores prestadores de cuidados no âmbito da saúde, os profissionais de enfermagem são os que mais permanecem em contato físico com os pacientes, sendo os materiais biológicos o principal risco aos quais estão expostos.

Segundo Giomo et al., (2009) ainda é possível verificar na prática de cuidados, profissionais de enfermagem realizando suas tarefas sem proteção adequada, tais como: não uso de luvas, encape de agulhas, manuseio e o descarte inadequado de pérfuro cortantes. Para Nowak et al., (2013) estes fatores são negligenciados pela equipe de enfermagem, revelando a continuidade de uma prática de risco entre os trabalhadores. Algumas instituições utilizam caixas inadequadas para o descarte de perfuro cortantes, ou não respeitam o limite recomendado pela biossegurança, deixando agulhas expostas, sujeitando trabalhadores ao risco de se acidentarem ao descartar os objetos. Santos et al., (2012) consideram que o uso inadequado ou resistência ao uso de EPI, a sobrecarga de trabalho e a autoconfiança são os principais fatores relacionados à ocorrência desses acidentes.

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) têm como função proteger a pele, as mucosas e roupas do profissional do contato com materiais biológicos, o qual pode veicular microrganismos patogênicos. Assim, o uso dos EPIs constitui uma prevenção primária da exposição a materiais biológicos, sendo considerada uma maneira segura de reduzir a exposição ocupacional a sangue e outros fluidos orgânicos (NOWAK et al., 2013).

4.5 EXPOSIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ÀS SUBSTÂNCIAS TÓXICAS

A exposição às substâncias tóxicas está entre os riscos químicos que são encontrados na forma sólida, líquida ou gasosa. Os elementos tóxicos são utilizados, na maioria das vezes, com a finalidade de higienização do local de trabalho, desinfecção e esterilização. As vias de entrada destas substâncias ao organismo podem ser através da inalação, absorção pela via cutânea ou ingestão acidental, além da manipulação de medicamentos como os quimioterápicos sem a devida proteção. A exposição a estas substâncias sem as devidas precauções podem ocasionar efeitos irritantes, anestésicos, sistêmicos, cancerígenos, inflamáveis, explosivos e corrosivos (RIBEIRO, CHRSTINNE & ESPÍNDULA, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições hospitalares são consideradas locais tipicamente insalubres na medida em que propiciam a exposição dos trabalhadores da área da saúde a inúmeros riscos, os quais apresentam riscos de acidentes de trabalho e ameaça para a saúde dos profissionais de enfermagem.

Através da análise dos artigos selecionados observamos que o número insuficiente de funcionários, o acúmulo de funções, a sobrecarga de trabalho, execução das atividades de enfermagem durante o período noturno, uso inadequado ou resistência ao uso de EPIs são fatores de riscos que contribuem para a ocorrência de acidentes do trabalho nos profissionais de enfermagem nas publicações brasileiras analisadas.

A gerência e administração dos serviços de saúde são responsáveis por desenvolver medidas estruturais, organizacionais e estabelecer uma política permanente de educação e capacitação de seus funcionários de modo que tornem as condições de trabalho mais seguras, expondo os profissionais aos mínimos riscos. Para isto, é também exigido mudanças de comportamento dos profissionais de enfermagem visando à prevenção de acidentes durante suas atividades laborais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, E.C.S.R., RIBEIRO, R.C., BRASILEIRO, M.E. (2010). Identificação dos riscos institucionais em profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. 1(1), 1-16. Acesso em: 13 set. 2015. Disponível em: <http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Riscos/Seguran%C3%A7a%20e%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos.pdf>. 2010.

BRASIL (2001). Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 20021

GIOMO, D.B., FREITAS, F.C.T., ALVES, L.A., ROBAZZI, M.L.C.C. (2009). Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem UERJ**. 17(1), 24-29. 2009.

MENDES, K.D.S., SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. 17(4), 758-764. 2008.

Michel, O. (2001). **Acidentes do Trabalho e Doenças Ocupacionais**. 2. ed. São Paulo: LTR. 2001.

- MONTEIRO, C.M., BENATTI, M.C.C., RODRIGUES, R.C.M. (2009). Acidente do trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde: um estudo em três hospitais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**.17(1). 2009.
- NEVES, H. C. C., SOUZA, A.C.S., MEDEIROS, M., MUNARI, D.B., RIBERIRO, L.C.M., TIPPLE, AFV. (2011). Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. **Revista Latino Americana de Enfermagem**.19(2),2-8. 2011.
- NOWAK, N.L., CAMPOS, G.A., BORBA, E.O., Ulbrich, L., NEVES, E.B. (2013). Fatores de risco para acidentes com materiais perfuro cortantes. **Revista o Mundo da Saúde**, 37(4),419-426. 2013.
- NUNES, M.B.G., ROBAZZI, M.L.C.C., TERRA, F.S., Mauro, M.Y.C., ZEITONE, R.C.G., SECCO, I.A.O. (2010). Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**. 18 (2), 204-209.2010.
- PEREIRA, C.A., MIRANDA, L.C.S., PASSOS, J.P. (2009). O estresse ocupacional da equipe de enfermagem em setor fechado. **Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**,1(2),196-202. 2009.
- PIO, D.P.M., OLIVEIRA, L.G.P., ERANI, F.B., FERREIRA, O.S., TOFANNO, S.E.M., Gir, E. (2012). Escores do Audit de profissionais de enfermagem acometidos por acidentes com material biológico. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**,2(1),93-98. 2012.
- SANTOS, E.I., & VALOIS, B.R.G. (2011). Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de enfermagem: revisão integrativa de literatura. **Revista Augustus**. 16 (32), 78-89. ISSN 1415-398X. 2011.
- SANTOS, J.L.G., VIEIRA, M., ASSUITI, L.F.C., GOMES, D., MEIRELES, B.H.S. (2012). Santos, SMA. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**.33 (2),205-212.2012.
- SIMÃO, S.A.F., Souza, V., BORGES, R.A.A., SOARES, C.R.G., CORTEZ, L.A. (2010) Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**.15(1),87-91. 2010.
- SILVA, A.R.S., SOUZA, K.R.F., SILVA, I.C.P., SILVA, J.G., **Oliveira**, J.M.S. (2013). Meio ambiente hospitalar e o risco ocupacional da equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde** Facipe.1(1),11-20. 2013.
- SILVA, C.D.L., & PINTO, W.M. (2012). Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúde Coletiva em Debate**.2(1),62-29. 2012.

SILVA, M.K.D., & ZEITOUNE, R.C.G. (2009). Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**.13 (2),279- 286. 2009.

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DA MASTITE SUBCLÍNICA E SEUS IMPACTOS ECONÔMICOS EM PROPRIEDADES LEITEIRAS – REVISÃO DE LITERATURA

RAMOS, Fernando Silva¹⁵
GRANDE, Andreia¹⁶
OLIVEIRA, Bruno Santiago Alves de¹⁷
POLL, Paula Suzana Elisa Maciell¹⁸

RESUMO: Mundialmente, a mastite é a doença que exerce maior importância sobre a qualidade do leite, pois provoca diminuição na produção, perda da qualidade do leite e da função do parênquima glandular. A forma subclínica determina as maiores perdas econômicas devido à elevada prevalência (44,9% a 97%) e redução da produção de leite entre 25,4 e 43%, sendo de 15 a 40 vezes mais frequente que a forma clínica, a maioria das estimativas indica que, em média, um quarto acometido resulta em 30% de redução em sua produtividade, e uma vaca acometida perde 15% da sua produção na lactação. Os prejuízos podem ser expressos pela diminuição na produção, na alteração dos componentes que interferem no processo de fabricação dos subprodutos lácteos, taxas de descarte e reposição de animais, e tratamentos de vacas afetadas. A mastite subclínica não apresenta alterações visíveis na glândula mamária ou leite, mas a composição deste produto sofre mudanças consideráveis nos seus elementos, tais como aumento ou diminuição dos íons de cloro (Cl), sódio (Na). Os principais métodos de diagnóstico da mastite subclínica são: o Califórnia Mastitis Test (CMT) e a Contagem de Células Somáticas (CCS) dos quartos mamários individuais, métodos que permitem a tomada de decisões do produtor, tais como estabelecimento de uma linha de ordenha ou medidas profiláticas que impeçam a disseminação pelo rebanho.

Palavras-chave: Diagnóstico. Mastite. Subclínica. Impactos econômicos

1 INTRODUÇÃO

O leite e seus derivados vêm desempenhando, cada vez mais, um papel de destaque no suprimento de alimentos e na geração de emprego e renda para a população brasileira, é uma mistura complexa, nutritiva e estável de gordura, proteínas e outros elementos sólidos, que se encontram suspensos em água e constituem o parâmetro de composição que define a qualidade do leite. Nesse contexto destaca-se a mastite bovina que é a doença de maior

¹⁵Acadêmico do Curso de Medicina Veterinária Da FACISA Unai* Email: fernandoramosunai@hotmail.com

¹⁶Acadêmica do Curso de Medicina Veterinária Da FACISA Unai* andreia-grandi@hotmail.com

¹⁷Acadêmico do Curso de Medicina Veterinária Da FACISA Unai*brunosantiagodeoliveira@yahoo.com.br

¹⁸Docente do Curso de Medicina Veterinária Da FACISA Unai *paulaelisapoll@gmail.com

prevalência nos rebanhos leiteiros, capaz de comprometer a qualidade do leite, impactar a saúde pública e causar sérios prejuízos econômicos.

A mastite é a denominação do processo inflamatório na glândula mamária (COSTA, 1998), que ocorre quando um agente infeccioso, químico, mecânico ou térmico agride a glândula mamária, produzindo uma reação inflamatória e danos ao epitélio glandular, caracterizando o quadro de mastite.

A mastite bovina tem sido apontada como a principal doença que afeta os rebanhos leiteiros no mundo, causando sérios prejuízos econômicos tanto ao produtor de leite quanto à indústria de laticínios. Estudos confirmam a sua importância econômica e a relevância do impacto econômico da presença da doença nos rebanhos, as principais perdas associadas à presença da mastite no rebanho são a redução na produção de leite, descarte do leite, custo do tratamento dos casos clínicos, aumento do custo com mão de obra, diminuição do preço de venda do leite e descarte de animais. A perda com a redução na produção de leite tem sido apontada como a de maior impacto econômico, no entanto, a percepção dessa perda é a mais difícil de ser enxergada pelo produtor de leite. Para Dias (2007) o controle da mastite nos rebanhos leiteiros constitui um importante passo para a elaboração de produtos de boa qualidade e diminuição dos riscos à população.

Tendo em vista a importância da mastite subclínica para a bovinocultura leiteira o trabalho objetiva apontar os impactos dessa enfermidade na produção leiteira e na sanidade de fêmeas bovinas em lactação, além de demonstrar a relevância do diagnóstico da mastite subclínica, suas implicações na produtividade e sanidade do rebanho e apontar as perdas econômicas em decorrências do descarte de leite e eventualmente de animais.

Trata-se de uma revisão bibliográfica em artigos científicos atualizados e publicados em revistas de grande relevância no campo de conhecimento veterinário.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 MASTITE BOVINA E SEUS IMPACTOS ECONÔMICOS

A mastite caracteriza-se por um processo de inflamação da glândula mamária promovida por diferentes fatores, sendo as principais causadas por bactérias, cerca de 90% dos casos. Representa um dos principais entraves para a bovinocultura leiteira, devido aos severos prejuízos econômicos que acarreta. Segundo TOZZETTI (2008). Pode ser dividida de duas formas clínicas, que são achados comuns dor, rubor e calor e subclínicas que também são comuns e podem ser detectados através de simples exames no leite.

A enfermidade tem sido apontada como a principal doença que afeta os rebanhos leiteiros no mundo inteiro, causando sérios prejuízos econômicos tanto ao produtor de leite quanto à indústria de laticínios (*NATIONAL MASTITIS COUNCIL*, 1987). A enfermidade provoca perdas elevadas e também o descarte do leite e, gastos com medicamentos, perda funcional de glândulas e até por morte do animal. (EMBRAPA 2012). Tal enfermidade acarreta alterações no

tecido glandular mamário e diminuição da secreção láctea, ou sua perda total (LANGONI, 2000).

A forma subclínica determina as maiores perdas econômicas devido à elevada prevalência (44,9% a 97%) e redução da produção de leite entre 25,4 e 43% (BRANT; FIGUEIREDO, 1994), sendo de 15 a 40 vezes mais frequente que a forma clínica (BRITO; BRITO 1998; FONSECA; SANTOS, 2001, 2002; RIBEIRO et al., 2003).

Casos de mastite subclínica resultam em grandes perdas na produtividade, a maioria das estimativas indica que, em média, um quarto acometido resulta em 30% de redução em sua produtividade, e uma vaca acometida perde 15% da sua produção na lactação. Os prejuízos podem ser expressos pela diminuição na produção, na alteração dos componentes que interferem no processo de fabricação dos subprodutos lácteos, taxas de descarte e reposição de animais e tratamentos de vacas acometidas (RADOSTISTIS et al, 2002).

Além das perdas econômicas resultantes da mastite em vacas em lactação seu efeito é notado, principalmente, pela redução na produção e as alterações na composição do leite. Ao mesmo tempo, representa um risco potencial à saúde pública, em decorrência da eliminação de patógenos causadores de zoonoses e toxinas produzidas pelos microrganismos do leite. Para o produtor, as perdas são de grande magnitude. Elas são reflexos de maior descarte de animais, gastos com medicamentos, redução na produção e descarte de leite. (EMBRAPA ,2012).

Vários microrganismos estão associados ao desenvolvimento da mastite as bactérias são os principais microrganismos causadores da mastite, porém outros microrganismos como fungos, leveduras, algas e micoplasmas podem estar envolvidos. (SILVA 2006). Embora mais de 137 espécies e sorotipos de microrganismos já tenham sido isolados de infecções da glândula mamária bovina a maioria das infecções é cauda por bactérias (WATTS, 1988).

Epidemiologicamente, a mastite bovina divide-se em mastite contagiosa e ambiental. A mastite contagiosa é definida pela forma de transmissão de animal para animal, possui como reservatório o próprio animal e sua localização é intramamária enquanto a mastite ambiental caracteriza-se pelo fato do reservatório do patógeno estar localizado no próprio ambiente das vacas leiteiras (S.B.C PEDRINI, 2003).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DA MASTITE

Conforme a manifestação clínica da doença a mastite é dividida em dois grupos, a mastite clínica e a mastite subclínica. Entretanto há o aparecimento de pus, grumos e outras alterações nas características físicas do leite. O quadro pode apresentar outras alterações significativas como febre, queda na produção de leite e diminuição no consumo de alimentos (EMBRAPA, 2012).

A mastite clínica pode ser classificada em superaguda, aguda, subaguda crônica e gangrenosa (FONSECA, 2007). Casos superagudos geralmente estão associados com a infestação por agentes ambientais do grupo dos coliformes se caracterizando por inflamação muito intensa, com a presença de

sinais sistêmicos, tais como febre, dispneia, prostração e anorexia dentre outros. Na forma aguda estes sinais estão presentes, mas a evolução é mais lenta e os sinais sistêmicos são mais discretos (BURVENIC et al. 2003).

A forma subaguda se caracteriza pela presença de grumos no teste da caneca, sendo mais discretos os sinais inflamatórios. A forma crônica se caracteriza por infecção persistente do úbere, que pode perdurar dias meses ou anos, podendo ocorrer fibrose nos quartos acometidos em alguns casos acompanhados de atrofia deste e presença de fístula (HILLERTON, 1996). A forma gangrenosa da mastite se caracteriza pela apresentação do quarto mamário, com cor alterada, variando do escuro ao púrpuro-azulado e sem sensibilidade. O quarto acometido pode apresentar-se úmido com gotejamento constante de soro atingido de sangue (EMBRAPA, 2012).

A mastite subclínica não apresenta alterações visíveis na glândula mamária e no leite, mas a composição deste produto sofre mudanças consideráveis nos seus elementos, tais como aumento nos íons de cloro (CL) sódio (NA) e diminuição da concentração de caseína, gordura, sólidos totais e lactose do leite (BRITO et al., 2007).

Para Andrade (2001) o quadro subclínica que é mais incidente em rebanhos leiteiros, não se observa alterações macroscópicas no leite e sinais de inflamação no úbere, é de difícil detecção, longa duração e cerca de 40% dos casos evoluem para a forma clínica.

A enfermidade determina mudanças na concentração dos principais componentes do leite, como: proteína, gordura, lactose, minerais e enzimas. Os principais fatores relacionados com a alteração dos componentes do leite são as lesões das células produtoras de leite, que podem resultar em alterações da concentração de lactose, proteína e gordura, e aumento da permeabilidade vascular, que determina o aumento da passagem de substâncias do sangue para o leite, tais como sódio, cloro, imunoglobulinas e outras proteínas séricas (STEFFERT, 1993)

2.3 DIAGNÓSTICO

A forma clínica da mastite apresenta sinais evidentes tais como: edema aumento da temperatura, edema, endurecimento, dor na glândula mamária, grumos, pus ou qualquer alteração característica do leite (RIBEIRO, 2003). O diagnóstico da mastite clínica é possível pela avaliação do aspecto do leite, quanto às características peculiares desse produto, à existência de grumos e às alterações do parênquima glandular, como o aumento de temperatura, vermelhidão local e consistência enrijecida da glândula (FONSECA & SANTOS, 2001).

De acordo com Peres (2011) o diagnóstico da mastite clínica é facilmente realizado por meio de exames da glândula, visualizando-se as características do processo inflamatório - o aumento de volume, os ferimentos, os nódulos, a vermelhidão e outro e mediante a palpação do úbere, visando verificar a textura, a presença de áreas de endurecimento (fibrose), o calor, a dor, o edema, os nódulos, os abscessos e as alterações do leite. A visualização da glândula mamária deve ser feita antes e após a ordenha e a palpação imediatamente após a ordenha, com o úbere vazio.

A presença de pequenos grumos de coágulos, sangue, pus e ou leite aquoso revela a presença de mastite aguda em sua fase inicial. O leite normal coa-se totalmente, não ocorrendo formação de grumos. É importante fazer comparações de amostras dos quatro quartos. Esta prova é principalmente importante na identificação rápida da mastite sem, no entanto, identificar o agente etiológico (FEITOSA, 2004).

Para Dias(2007) a mastite subclínica por não apresentar sinais visíveis e passar despercebida pelos proprietários e pelos empregados, a mastite clínica pode alastrar-se no rebanho, infectando outras vacas. Além disso, pode ocorrer destruição da capacidade funcional da glândula mamária, causando diminuição da produção leiteira e prejuízos à saúde do animal.

O Califórnia Mastitis Test (CMT) é usado mundialmente para diagnóstico da mastite subclínica, tendo como vantagens ser uma prova rápida, de fácil execução e de baixo custo que pode ser empregada no momento da ordenha (RADOSTITS; BLOOD; GAY, 2002). É um método de contagem indireta de células somáticas no leite, a partir de reação química entre amostra de leite e o reagente (Lauril sulfato de sódio 3% e Bromocresol púrpura), em bandeja apropriada. O reagente rompe a membrana das células que liberam o material nucléico (DNA), resultando em graus de coloração e viscosidade, provocado pela aglutinação das proteínas (MADALENA; MATOS; HOLANDA JR., 2001).

O CMT é realizado com auxílio de um reagente próprio e uma raquete contendo quatro compartimentos onde se colhe diretamente cerca de 2 ml de leite de cada teta. A mesma quantidade do reagente é adicionada em seguida, misturando-o com o leite por movimentos brandos circulares (EMBRAPA, 2012). Segundo Veiga (2009) o reagente para o CMT é preparado misturando-se 300 ml de detergente aniônico com 600 ml de água destilada. Ajusta-se o pH para 8 e acrescentam-se 15 ml de púrpura de bromo cresol e 5 ml de verde de bromo cresol (ambas as soluções a 0,5%). O pH final deve ser 7,5. O reagente em contato com o ácido desoxirribonucleico das células somáticas presentes no leite, em quantidades anormais, causa precipitação e formação de gel. Os indicadores evidenciam mudanças de pH do leite. O resultado é dado em cinco escores que variam de negativo (-), suspeito (traços), fracamente positivo (+), positivo (++) e fortemente positivo (+++). (POLL,2012).

Outra técnica eficiente no diagnóstico da mastite subclínica é contagem eletrônica de células somáticas no leite, é uma forma moderna de diagnóstico de mastite aceita internacionalmente como critério de avaliação da sanidade da glândula mamária da vaca e, conseqüentemente qualidade do leite, individualmente por ela produzido ou pelo rebanho, através do exame do tanque de expansão (COSTA, 2010). A CCS pode ser determinada utilizando-se o contador eletrônico de células somáticas em que as amostras de leite têm os núcleos das células coradas e expostas a um raio laser, refletindo luz vermelha (fluorescência) e os sinais são transformados em impulsos elétricos detectados por um fotomultiplicador e transformados em número de células/mL (BRASIL, 2003).

Além dos métodos citados Costa(2010) recomendam utilizar métodos microbiológicos para a identificação dos agentes etiológicos envolvidos, para a implantação de procedimentos terapêuticos e estratégias de controle e profilaxia adequados. O exame microbiológico de amostras de leite coletadas assepticamente é considerado o método padrão para determinação da saúde

do úbere e para o diagnóstico definitivo da mastite bovina, de modo que medidas de controle possam ser implementadas com maior eficiência.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mastite subclínica é uma doença silenciosa e dispendiosa no rebanho leiteiro nacional, a qual não apresenta sintomatologia inflamatória na glândula mamária tão poucas alterações macroscópicas a nível da matéria prima no entanto os prejuízos econômicos em decorrência da enfermidade se dão pela diminuição da produtividade na alteração da composição química do leite e em quadros de evolução da forma subclínica para a forma clínica. Além das alterações do leite outro fator preocupante se deve ao descarte de vacas quando a enfermidade se torna crônica e não responde ao tratamento realizado no período de secagem.

Segundo Cunha (2008) vacas múltiparas sofrem maiores perdas, como resultado dos danos permanentes à glândula mamária por infecções prévias, além de apresentarem infecções mais prolongadas, que resultam em maiores danos ao tecido mamário. Assim, a ocorrência de mastite pode resultar em perdas de produção não só na lactação atual, mas também na lactação seguinte, comprometendo a produção total do animal.

O controle da mastite bovina inclui a desinfecção dos tetos antes e após a ordenha, a terapia da vaca seca, o adequado funcionamento do equipamento de ordenha, o tratamento de todos os casos clínicos, o descarte/segregação das vacas cronicamente infectadas e proporcionar um ambiente limpo, seco e confortável aos animais (SANTOS e FONSECA, 2007).

A identificação dos animais positivos possibilita estabelecer uma ordem na linha de ordenha de modo que vacas positivas sejam ordenhadas por último e também possibilita aumentar os cuidados higiênico-sanitários que impeçam a disseminação de patógenos e contaminação das vacas sadias. O diagnóstico ainda possibilita que na secagem seja realizado o tratamento efetivo da mastite subclínica em vacas portadoras da enfermidade.

A mastite subclínica se apresenta para os rebanhos leiteiros como uma enfermidade preocupante por ser altamente contagiosa e apresentar danos significativos a atividade leiteira, o diagnóstico possibilita ao produtor o conhecimento dos animais doentes e se torna ferramenta chave na tomada de decisões em relação aos animais doentes como o descarte do leite de vacas positivas, ou submeter o animais a secagem para realização de um tratamento efetivo da enfermidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BURVENICH, C.; MERRIS, V. van; MEHRZAD, J.; DIEZ-FRAILE, A.; DUCHATEAU, L. Severity of *E. coli mastitis* is mainly determined by cow factors. *Veterinary Research*, Les Ulis, v.34, p.521-564, 2003.

BUENO, V.F.F.; NICOLAU, E.S.; MESQUITA, A.J.; RIBEIRO, A.R.; SILVA, J.A.B.; COSTA, E.O.; COELHO, K.O.; COUTO, D.V. Etiologia e suscetibilidade a antimicrobianos dos agentes da mastite bovina isolados na região de Pirassununga-SP-Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, v.32, n.1, p.33-44, 2003.

BRANT, M. C.; FIGUEIREDO, J. B. Prevalência da mastite subclínica e perdas de produção em vacas leiteiras. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia** Belo Horizonte, v. 46, p. 595-606. 1994.

BRASIL. Ministério da Agricultura e Abastecimento. Instrução Normativa n.9 de 27 de junho de 2003. Dispõe sobre a proibição de fabricação, a manipulação, o fracionamento, a comercialização, a importação e o uso dos princípios ativos cloranfenicol e nitrofuranos e os produtos que contenham estes princípios ativos, para uso veterinário e susceptível de emprego na alimentação de todos os animais e insetos. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 30 jun. 03. Seção 1, p.1-2, 2003.

BRITO, J. R.; BRITO, M. A. V. P. **Programas de Controle das mastites causadas por microrganismos contagiosos e do ambiente**. n.71. Juiz de Fora: Embrapa Gado de Leite, 1998. 25p. Disponível em: <<http://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/593442/1/Programasdecontrole%20dasmastites.pdf>>. Acessado em: 09/04/2014.

BRITO, L. G.; SALMAN, A. K. D.; GONÇALES, M. A. R.; FIGUEIRÓ, M. R. **Cartilha para o produtor de leite de Rondônia**. Porto Velho: Embrapa Rondônia, 2007.40 p. (Embrapa Rondônia. Documentos, 116)

COSTA, E. O. Importância da mastite na produção leiteira do país. **Revista da Educação Continuada do CRMV-SP**, São Paulo, v. 1, p. 3-7, 1998

COSTA, A. C. **Mastite subclínica: patógenos isolados e respectiva sensibilidade antimicrobiana, variação da contagem de células somáticas e fatores de risco**. 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal). Universidade Federal de Goiás. Goiânia.

CUNHA, B.A. Sepsis and septic shock. **Critical Care Clinics**, v.24, p.1-17, 2008.

DIAS, R. V. da C. Principais métodos de diagnóstico e controle da mastite bovina. **Acta Veterinaria Brasilica, Mossoró**, v. 1, n. 1, p. 3-27, 2007. Disponível em: . Acesso em: 15 dez. 2009.

SANTOS, M. V.; FONSECA, L. F. L. **Estratégias para o controle da mastite e melhoria da qualidade do leite**. Barueri. Manole, 2007. p.314.

FONSECA, L.F.L.; SANTOS, M.V. **Qualidade do leite e controle da mastite**. São Paulo: Lemos, 2001. 175p.

FEITOSA, F.L.F. **Semiologia Veterinária a Arte do Diagnóstico**. São Paulo: Rca, 2004. p.353 a 398.

HILLERTON, J.E. **Controle da mastite bovina. In: workshop sobre programa de controle integrado da mastite bovina**, 1996, Juiz de Fora. Anais. Juiz de Fora, MG: Embrapa, 1996. CD-ROM

LANGONI, H. Tendências de modernização do setor lácteo: monitoramento da qualidade do leite pela contagem de células somáticas. **Revista de Educação Continuada do CRMV-SP**, São Paulo, v.3, p.57-64, 2000.

MADALENA F.E.; MATOS L. L.; HOLANDA JR. E.V. **Produção de Leite e Sociedade: Uma Análise Crítica da Cadeia do Leite no Brasil**, Belo Horizonte: FEPMVZ, p.61-74, 2001

NATIONAL MASTITIS COUNCIL. **Current Conceptson Bovine Mastitis**. 3.ed. Arlington, 1987. p.5-46.

PEDRINI, S. C. B.; MARGATHO, L. F. F. Sensibilidade de microrganismos patogênicos isolados de casos de mastite clínica em bovinos frente a diferentes tipos de desinfetantes. **Arquivo do Instituto Biológico**, São Paulo, v.70, n.4, p.391–395, 2003.

PERES NETO, F.; ZAPPA, V. Mastite em vacas leiteiras – Revisão de Literatura, **Rev. Cientif. Eletrônica de Med.Veterinária**, Garça – SP, ano IX, n.16, 2011.

POLL, Paula Suzana Eliza Maciel. **Qualidade do Leite, Mastite e Sensibilidade a Antimicrobianos em Unidade de Produção de Leite com altas Contagens de Células Somáticas**. Dissertação (Medicina Veterinária) Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro UFRRJ, 2012.

RADOSTITS, O. M. et al. Mastite. In: **Clínica veterinária: um tratado de doenças dos bovinos, ovinos, caprinos e equinos**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 15, p. 541-629

RADOSTITS, O. M., BloodD.C.; Gay, C.C. **Clínica Veterinária. Um tratado de doenças dos bovinos, ovinos, suínos, caprinos e eqüinos**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1737 p. 2002.

SILVA, B. O. **Rebanhos leiteiros com mastite causada por staphylococcus aureus: diagnóstico e controle**. 2006. 137p. Tese (Doutorado em Produção Animal) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte- MG.

RIBEIRO, M. E. R., PETRINI, L. A. AITA, M. F., BALBINOTTI, M. Relação Entre Mastite Clínica, Subclínica Infeciosa e Não Infeciosa em Unidades de Produção Leiteiras na Região Sul do Rio Grande do Sul. **Revista brasileira de Agrociência**, v. 9, n. 3, p.287-290, 2003.

SANTOS, M.V.; FONSECA, L.F.L. **Estratégias para o controle da mastite e melhoria da qualidade do leite**. Barueri: Manole, 2007. 314 p.

SILVA, M. V. M.; NOGUEIRA, J. L. Mastite: Controle e profilaxia no Rebanho Bovino. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, Graça, SP, a. 8, n. 15, jul. 2010.

STEFFERT, I.J. Compositional changes in cow's milk associated with health problem. In: **Milk Fat Flavour Forum**, 1993, Palmerston North, New Zealand. Proceedings Palmerston North, New Zealand: New Zealand Dairy Research Institute, 1993. p.119-125.

TOZZETTI, D. S.; BATAIER NETO, M; ALMEIDA, L. Prevenção, controle e tratamento das mastites bovinas: revisão de literatura. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, v. 6, n. 10, jan. 2008. Disponível em: . Acesso em: 18 dez. 2009.

VEIGA.V.M.O; **Controle da mamite de bovino**

WATTS, J.L. *Etiological agents of bovine mastitis*. **Veterinary Microbiology**, v.16, p.41-68, 1988

INSTRUÇÕES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS PARA A REVISTA FACISA SAÚDE

PREPARO DOS ARTIGOS

TODOS OS ARTIGOS DEVEM INCLUIR:

- Folha de rosto

•
Título do artigo completo em Português em letras maiúsculas, negrito, centralizado; logo abaixo nome completo dos autores e um mini-currículo informando a titulação acadêmica, cargo e/ou função na instituição, e-mail, alinhado a esquerda; informação do órgão financiador (se houver); e por último o endereço postal completo do autor responsável, telefone e e-mail. Todos os artigos deverão constar o(s) nome(s) do(s) professor (es) orientador (es) obrigatoriamente.

- Resumo

Após a folha de rosto, o resumo deve ser apresentado em Português em parágrafo único, sem recuo de primeira linha, letra Arial 10, limite máximo de 250 palavras, indicando a introdução, o (s) objetivo (s), métodos, os resultados e conclusão. No final do resumo deve incluir de três a cinco palavras-chaves.

- Textos

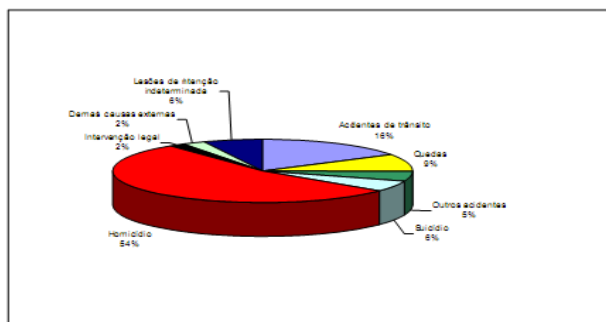
O artigo deve ser apresentado em word, folha A4 (210X297mm), fonte Arial tamanho 12, espaçamento 1,5. Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm. As páginas devem ser numeradas consecutivamente até as referências bibliográficas. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões em outro idioma. A extensão do manuscrito não deve exceder 20 folhas.

- Tabelas e figuras

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas e mencionadas no texto na ordem que são citadas. As grandezas, unidades e símbolos utilizados nas tabelas devem obedecer à nomenclatura nacional. A reprodução de figuras, quadros, gráficos e ou tabelas que não de origem do trabalho, devem mencionar a fonte de onde foram extraídas.

Modelo:

Gráfico 1: Distribuição proporcional das mortes por causas externas no município de São Paulo, ano de 2004



Fonte: (TABNET/PRO-AIM, 2005)

- **Abreviaturas e siglas**

O uso de abreviaturas deve ser evitado no título do trabalho, no resumo e no título das tabelas e figuras. Seu uso deve ser minimizado em todo o texto. Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. No rodapé das figuras e tabelas devem ser discriminados os significados das abreviaturas, símbolos e outros sinais.

- **Referências bibliográficas**

As referências bibliográficas deverão ser pertinentes ao tema abordado no artigo, atuais e deverão ser colocadas ao final do artigo, sem recuo. Utilizar como parâmetros para elaboração das referências bibliográficas o Manual de Normalização de Referências Bibliográficas adotado pela Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí – FACISA UNAI (Enviado junto a este anexo). Ou a NBR 6023 para referências bibliográficas.

FORMATO DOS ARTIGOS

ARTIGOS ORIGINAIS

São considerados artigos originais os resultados de pesquisas baseadas em métodos qualitativos ou quantitativos. Deverão conter obrigatoriamente:

- **Introdução:** incluir uma análise da pesquisa da literatura para indicar porque o estudo foi necessário e o que o estudo visa contribuir para o campo do conhecimento. Deve incluir o(s) objetivo(s) da pesquisa.
- **Método ou metodologia:** deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa devendo incluir o desenho do estudo, o cenário, o tipo de participantes ou materiais envolvidos, a clara descrição das intervenções e comparações e o tipo de análise usada.

Os autores deverão declarar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em casos de estudos envolvendo seres humanos ou que foram respeitadas as diretrizes institucionais /nacionais para pesquisa e experimentos envolvendo animais.

- **Resultados e discussão:** os resultados devem ser apresentados em sequência lógica e clara. Incluir os resultados na análise estatística. Todos os resultados do trabalho devem ser discutidos e comparados com a literatura pertinente.
- **Conclusão ou considerações finais:** deve discorrer claramente as conclusões principais da pesquisa, avaliar os objetivos (como foram alcançados) e fornecer uma clara explicação da sua importância e relevância.
- **Referências Bibliográficas:** devem limitar-se a um máximo de 40 referências.

ARTIGOS DE REVISÃO

Artigos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente e relevante a respeito de uma situação geral da qual certo tema é investigado. Deve conter as seções convencionais: Introdução, Métodos ou metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão ou considerações finais. Dentre os métodos mais utilizados estão a Revisão Sistemática e a Revisão Integrativa.

RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Caracteriza-se pela apresentação de caso ou experiência, de conteúdo inédito e relevante, devendo estar amparada por referencial teórico que dê subsídios a sua análise. Deve conter as seções convencionais: Introdução, Métodos ou metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão ou considerações finais.

ENVIO DOS ARTIGOS

Os artigos produzidos em consonância com estas normas deverão ser encaminhados para a REVISTA FACISA UNAÍ, através do endereço eletrônico napex.facisa@gmail.com

Não esquecer de enviar junto com o artigo a Declaração de Responsabilidade, o termos de Transferência dos Direitos Autorais para a REVISTA FACISA SAÚDE (Enviado junto a este anexo), e a Declaração de Conflito de Interesse (enviado junto a este anexo), devidamente assinado por todos os autores dos artigos.

Atenciosamente,

Núcleo de Apoio à Pesquisa e Extensão da Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí.