

V.7 N.1 [2023]

DeCiência

EM FOCO

*A equidade como
instrumento de
promoção da
Justiça Social*



DÊCIÊNCIA EM FOCO: revista de Publicação Científica da UNINORTE e UNIRON – V.6 N.1 (Jan/Jun 2023). – Rio Branco, Acre, Brasil.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Dirigentes Institucionais

Renato Barcelo

Reitor

Ailton Martins Melo

Vice-Reitor

Juliano Raimundo Cavalcante

Pró- Reitor Acadêmico

André Mejia Camêlo

Pró-Reitor de Relacionamento de Mercado

Lucinéia Scramin Alves

Secretária Geral

UNIRON

André Mejia Camêlo

Diretor Administrativo

Sandra Maria Carvalho Barcelos

Diretora de Acadêmica

Campus Cidade Universitária

BR 364, Km 02, Alameda Hungria, 200 - bairro: Jardim Europa II
CEP: 69.915-497 - Rio Branco - Acre

Editora Geral:

Eufrasia Santos Cadorin

Editores de Seção:

Douglas José Angel

Editor de Layout:

Vander Magalhães Nicacio

Editora de Sistema:

Érica Cristine de Oliveira Carvalho Wertz

Revisor:

João Batista de Souza

Corpo Editorial:

Adônidias Feitosa Rodrigues Junior

Adriano dos Santos Iurconvite

Bernardo Iago Cardoso Bezerra

Cleber Ronald Inácio dos Santos

Daniela Silva Tawing

Danilo Scramin Alves

Douglas Jose Angel

Fabio Reis Ferreira

Glauco Ferreira de Souza Ribeiro

Karina Rodrigues da Silva

Lucyana Oliveira de Melo

Matheus Pereira Lima

Mediã Barbosa Figueiredo

Monica Carvalho Fabrino

Pablo José Custódio

Ruth Silva Lima da Costa

Simmel Sheldon de Almeida Lopes

Vanessa Velasco

A INCIDÊNCIA DA DEPRESSÃO E A IDENTIFICAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DO SOFRIMENTO MENTAL EM IDOSOS

THE INCIDENCE OF DEPRESSION AND THE IDENTIFICATION OF MENTAL SUFFERING IN THE ELDERLY IN PRIMARY CARE

Elissandra da Silva Lima Linhares^{1*}; Eliete Pimenta da Costa¹; Silvana Capiche²

1. Enfermagem. Faculdade Interamericana de Porto Velho – UNIRON. RO, Brasil.

2. Professora. Faculdade Interamericana de Porto Velho – UNIRON. RO, Brasil.

***Autor correspondente:** elissandra.silva.lims@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção da equipe de saúde da família sobre o seu papel na abordagem ao usuário idoso relacionado à depressão na atenção primária em saúde em um município de Rondônia.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva de caráter exploratório, a partir da técnica de entrevista com roteiro semiestruturado aplicado a equipe da estratégia de saúde da família (enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, dentista, Auxiliar de dentista e agente comunitário de saúde) em duas Unidades Básicas de Saúde de um município de Rondônia.

Resultados: Participaram do estudo 15 profissionais da equipe de saúde da família, com predomínio da faixa etária de 44 a 49 anos, sendo a maioria do sexo feminino, com tempo de atuação entre 6 a 11 anos. A partir das falas dos entrevistados, emergiu três grupos temáticos, intitulados: “A equipe de saúde da família na Identificação dos sinais e sintomas de depressão do idoso e na prevenção da depressão no idoso”; “A ESF e seu papel no cuidado do idoso com depressão” e “A importância das ESF no acompanhamento familiar de idosos com depressão”.

Conclusão: Há a necessidade de intervenções para melhoria do atendimento a pacientes idosos com depressão, que vão desde a capacitação dos profissionais sobre a temática “saúde mental na Atenção Básica”, para que os mesmos possam desempenhar suas respectivas funções de forma que consigam identificar precocemente e a prevenir a depressão.

Palavras-chave: Atenção básica. Depressão. Equipe. Idoso.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of the family health team about its approach to the user approach related to the role in primary health care in a municipality of Rondônia.

Methods: A qualitative, descriptive, exploratory research was carried out, based on interviews with semi-structured materials applied to the family health strategy team (nurse, nursing technician, doctor, dentist, dental assistant) and community health agent) in two Basic Health Units in a city in Rondônia.

Results: Fifteen professionals from the family health team participated in the study, with a predominance of the age group of 44 to 49 years old, the majority of whom were female, with experience between 6 and 11 years. From the interviewees' statements, three thematic groups emerged, entitled: "The family health team in identifying signs and symptoms of depression in the elderly and preventing depression in the elderly"; "The ESF and its role in the care of elderly people with depression" and "The importance of the ESF in family support for elderly people with depression".

Conclusion: the need for interventions to improve the care of elderly patients with Primary Care, who go to a training of professionals on a theme "mental health in early childhood", which they can perform their functions in a way that they can identify early and the prevent depression.

Keywords: Primary care. Depression. Team. Elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma fase em que ocorre algumas mudanças, sendo um processo natural do ciclo da vida que requer uma atenção especial. Por não conseguir realizar suas atividades como antes, o idoso é rejeitado, desprezado e muitos idosos apresentam algumas doenças, necessitando de cuidados da família e da sociedade em geral.¹ No Brasil é considerada idosa a pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade². A Organização Mundial da Saúde³, os classifica por estágios, sendo considerados idosos pessoas com 60 a 74 anos.

O envelhecimento é um fenômeno universal que acomete na vida de todo ser humano. Durante esse processo ocorrem mudanças morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas com o aparecimento de diversas doenças. As alterações mais comuns entre os idosos são as neuropsiquiátricas, destacando-se a depressão, que constitui uma síndrome

psiquiátrica multifatorial, com sintomas psicológicos, comportamentais e físicos. Pode-se afirmar que essa patologia é uma alteração emocional que eleva o índice de morbidade e mortalidade entre a população idosa.⁴

Segundo a OMS, a depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimento de culpa e baixa autoestima; além de distúrbios do sono ou apetite, a depressão acarreta prejuízos sociais e psicológicos, que afetam a autonomia, liberdade e modo de vida, afetando o rendimento físico, mental e convívio social.⁴

A depressão é doença complexa, difícil de ser diagnosticada e pode ser confundida com outras doenças emocionais, com várias maneiras e formas de se manifestar. Os pacientes chegam à emergência em crise, buscando atenção e ajuda para solução

de seu problema. É um problema de saúde crescente e que tem acometidos os indivíduos, independente de raça, credo, idade, questões financeiras e outras condições.⁵

É considerada como um problema social contemporâneo de grande importância, sendo necessário discutir e refletir a partir das diferentes óticas conceituais, no intuito de obter conhecimento e compreensão ampliados capazes de nortear a tomada de decisão na prática clínica.⁶

O alto índice de depressão vem causando preocupação da saúde pública por se tratar de uma patologia que impede o idoso de ter uma vida saudável, independente e pelos riscos os quais estão expostos. Assim, a contribuição da equipe de saúde da família nesse contexto é fundamental, uma vez que tem papel decisivo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado dos indivíduos, bem como na promoção e proteção da saúde. Logo, o presente estudo pode contribuir para complementar outra pesquisa existentes sobre a referida temática, contribuindo para implementação de políticas públicas de saúde voltadas aos idosos e fomentar o desenvolvimento de ações preventivas e de detecção precoce da depressão.

Nesta perspectiva o objetivo do estudo é analisar a percepção da equipe de

saúde da família sobre o seu papel na abordagem ao usuário idoso relacionado à depressão na atenção primária em saúde em um município do Estado de Rondônia, buscando conhecer as formas de abordagem e as ações realizadas pela Equipe de Saúde da Família para a prevenção e cuidado na depressão do idoso, bem como descrever como a ESF percebe a participação família do idoso com depressão e quais orientações são prestadas aos pacientes e familiares.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, descritiva com a abordagem qualitativa, realizada com a equipe de saúde da família (enfermeiro, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, médicos generalistas) em duas Unidades Básicas de Saúde, em um Município de Rondônia no Norte do Brasil.

A pesquisa exploratória busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestações desse objeto.⁷ A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados:

questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento.⁸

Os estudos qualitativos quase sempre usam amostras pequenas e não randômicas. Isso não significa que os pesquisadores qualitativos ignoram a qualidade de suas amostras, mas fazem considerações diferentes ao selecionar os participantes. Os pesquisadores qualitativos usam demandas conceituais de estudo para selecionar informantes articulados e ponderados, capitalizando o aprendizado prévio para orientar as decisões de amostragem subsequentes.⁷

A Estratégia de Saúde da Família como orientadora da Atenção Básica e potencializar a ampliação do acesso a partir das necessidades das pessoas. Mantêm as equipes de saúde da família existentes com composição mínima de 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar/técnico de saúde bucal, 6 agentes comunitários de saúde.⁹

Ambas as UBS têm 2 equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Na Unidade Básica de Saúde “X”, a equipe da ESF é composta por 23 profissionais, assim distribuídos: agente comunitário de saúde (15), médico (2), enfermeiro (2) e técnico em enfermagem (3).¹⁰

Na Unidade Básica de Saúde “Y”, a equipe da ESF é composta por 24 funcionários, entre agente comunitário de saúde (13), médico (2), auxiliar em saúde bucal (1), enfermeiro (2), técnico de enfermagem (3), auxiliar de enfermagem (2) e cirurgião dentista (1).¹⁰ A população pesquisada foram integrantes da equipe ESF (eSF) que constam no Cadastro do CNES da Equipe Saúde da Família das UBS.

A amostra foi selecionada de forma não probabilística por conveniência, foram convidados a participar voluntariamente, os profissionais que integram a equipe da ESF nos dois turnos de funcionamento de UBS: matutino e vespertino, totalizando 15 profissionais de saúde das duas UBS.

Para o desenvolvimento deste estudo foi observada e adotada os procedimentos éticos preconizado pela Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da União Educacional do Norte - UNINORTE, sob o número do parecer 5.172.652, número do CAAE 52255621.0.0000.8028, em 16 de dezembro de 2021.

Foram incluídos na pesquisa, os integrantes da equipe ESF que constam no Cadastro do CNES da Equipe Saúde da Família das UBS e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em relação aos critérios de exclusão: não participaram do estudo aqueles profissionais estavam ausentes na unidade por motivo de férias ou licenças, que não faziam parte da eSF os que não constam no Cadastro do CNES.

A coleta de dados iniciou após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) da Diretoria da unidade de saúde e aprovação do CEP, se divide em V etapas:

Etapa I – Fase inicial com pesquisas referente a temática para formar o embasamento teórico utilizando artigos científicos publicados, livros, referenciais bibliográficos, metodológicos e pesquisas realizadas nas bases de dados Scielo, Google acadêmico, BIREME, Ministério da Saúde.

Etapa II – A pesquisa iniciou após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) através do Núcleo de Educação Permanente (NEP), após enviado o projeto ao CEP para aprovação.

Etapa III – Após aprovação do CEP houve contato prévio com os diretores das UBS, no intuito programar os melhores

dias e horário para iniciarmos a coleta de dados.

Etapa IV – Iniciou após orientação aos profissionais da ESF sobre a pesquisa, onde foram narrados os objetivos da pesquisa, esclarecidas possíveis dúvidas. Foi formalizado o convite, mediante o aceite, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a leitura, foram assinados em duas vias: sendo uma do participante da pesquisa e pelo arquivo do pesquisador.

Etapa V – Mediante a aprovação foram realizadas a aplicação do questionário individualmente, constituído por 7 questões elaboradas pelas pesquisadoras, sendo 1 questão para a caracterização dos participantes da pesquisa e 6 para responder os objetivos específicos da pesquisa.

Para manter o sigilo e privacidade das participantes após a coleta de dados e tabulação dos resultados, foram utilizados pseudônimos com letras, conforme descrito a seguir: agente comunitário (A), enfermeiros (E), técnicos de enfermagem (T) para médicos (M), preservando sua identidade e mantida a confidencialidade dos dados coletados.

O período da coleta de dados foi no mês de janeiro de 2022, sendo agendado previamente com a equipe da saúde da

família, em um local reservado da UBS, onde foi aplicado o questionário com um tempo aproximado de resposta de 15 minutos, respeitando-se completamente o seu anonimato.

Nesta pesquisa, os dados foram analisados qualitativamente, os participantes responderam às perguntas do questionário elaboradas pelas pesquisadoras, sendo 1 questão para a caracterização dos participantes da pesquisa e 6 para responder os objetivos específicos da pesquisa. Dessa forma as pesquisadoras puderam desenvolver conceitos, opiniões a partir da análise de conteúdo encontradas nas respostas dadas pelos participantes da pesquisa, conforme os passos a seguir:

Pré-Análise: estabeleceu-se uma organização do material, a partir da escolha de documentos/informações relevantes, permitindo-se uma “leitura flutuante” do material até que a decisão sobre quais informações devem ser consideradas na análise fique mais clara.

Exploração do material: ressalta que a análise do material exige sua codificação, ou seja, sua transformação de dados brutos dos textos por recortes, agregação ou enumeração, até que sua codificação atinja a representação do conteúdo ou sua expressão. Para codificação, podem-se usar palavras, temas, contextos, relações, personagens,

etc., até se chegar à categorização dos mesmos.

Resultados: a inferência e a interpretação: o pesquisador realizou as interpretações dos dados a partir da teoria escolhida. Como já foi abordada, essa interpretação fez uso de quantificações e análises qualitativas.

Assim, Minayo (2019), segundo o qual as pesquisas qualitativas se ocupam de um nível de realidade tratado por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes e manejam técnicas variadas para o trabalho empírico.¹¹

Os questionários foram transcritos na íntegra pelas pesquisadoras, sendo as falas agrupadas em categorias, conforme os temas convergentes. Os dados coletados foram analisados com base no método de análise de conteúdo e comparados com os achados da literatura. Os participantes da pesquisa foram identificados pelas siglas e número: para os enfermeiros (E1, E2...), para os técnicos de enfermagem (TE1, TE2...) para Médicos (M1, M2...), para Dentista (D1, D2...), para Auxiliar de Dentista (AD1, AD2...) e para agente comunitário (AG1, AG2...) e assim por diante, no qual a letra representa o profissional e o numeral a ordem em que forem

realizadas as entrevistas, de modo a preservar o anonimato das participantes. As bases de dados para busca dos achados científicos foram as seguintes: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); bem como na literatura impressa, teses e dissertações.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 15 profissionais ESF que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os dados coletados foram dos profissionais das 2 equipes de saúde da unidade básica de saúde que estavam presentes na unidade, no momento da abordagem onde foram apresentados os objetivos da pesquisa.

Dos entrevistados na Unidade Básica de Saúde “X” foram entrevistados um total de 9 pessoas sendo eles (1) enfermeiros, (3) técnicas em enfermagem, (4) agente comunitário de saúde, (1) médico. As respostas foram transcritas pelas pesquisadoras, onde foi feita a leitura

detalhada e pausada do questionário para que os mesmos possam responder, após a leitura e seleção de trechos para discussão com literatura pertinente.

A análise das entrevistas permitiu verificar que dos entrevistados na Unidade Básica de Saúde “Y” foram entrevistados um total de 6 pessoas sendo eles (1) enfermeira, (3) agente comunitário de saúde, (2) técnico de enfermagem.

De acordo com o quadro 1, a seguir apresentado, a maioria dos participantes desta pesquisa são mulheres e tem entre 44 a 49 anos. Em relação à função dos mesmos, a maioria (7) são agentes Comunitários de Saúde, seguidos de Técnicos (as) de Enfermagem (4), Enfermeiras (3) e Médico (1). Quanto ao tempo de formação na área, a maioria varia entre 6 a 11 anos e com relação ao tempo de atuação na equipe de saúde da família, a maioria varia entre 1 a 5 anos.

Tabela 1: Perfil das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Rondônia, 2022.

Variável	Número
Faixa etária	
20 a 25 anos	01
26 a 31 anos	01
32 a 37 anos	02
38 a 43 anos	03
44 a 49 anos	07
50 anos ou mais	01

Sexo

Masculino	03
Feminino	12

Função

Agente Comunitário de Saúde	07
Técnico (a) de Enfermagem	04
Enfermeiro (a)	03
Médico (a)	01

Tempo de formação na área que atua

1 a 5 anos	04
6 a 11 anos	05
12 a 17 anos	01
18 a 23 anos	03
24 a 29 anos	02

Tempo que atua na ESF

1 a 5 anos	07
6 a 11 anos	05
12 a 17 anos	01
18 a 23 anos	01
24 a 29 anos	01

A partir das falas dos entrevistados, emergiram três grupos temáticos, intitulados: “A equipe de saúde da família na identificação dos sinais e sintomas de depressão do idoso e na prevenção da depressão no idoso”; “A ESF e seu papel no cuidado do idoso com depressão” e “A importância das ESF no acompanhamento familiar de idosos com depressão”. Os resultados seguem confrontando a literatura consultada sobre a temática.

A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS E NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO DO IDOSO

Os profissionais de saúde, principalmente os que compõem a equipe de Saúde da Família, devem investigar a presença de sintomas depressivos nas

pessoas de sua área adstrita, além de ser de incumbência da equipe, desenvolver ações integrais de saúde, criar condições para que o idoso tenha autonomia, se integre e participe efetivamente na sociedade, conforme preconiza a Política Nacional do Idoso.¹¹

Ao serem interpelados sobre a maneira como a equipe de saúde da família identifica os sinais da depressão, os participantes responderam que:

“Geralmente a pessoa só que ficar sozinha, isolada em um quarto ou que se encontram com menor energia no dia a dia, com maior dificuldade de locomoção, sono prejudicado.” (AG 1)

“Através da visita no domicílio percebemos os sinais de depressão como tristeza e solidão.” (AG6)

“Nas visitas domiciliares ao perceber tristeza profunda, estão sempre sozinhos, articula-se que o idoso se

isole por sentir-se desprezados no âmbito familiar.” (AG7)

“Nas visitas podemos verificar que muitos vivem sozinhos sem família, sem parceiros, com sinais de tristeza, desânimo, sem cuidados consigo mesmo.” (AG5)

“Através de visitas domiciliares, onde se encontra um idoso abandonado pela família, buscando analisar as variáveis que possam desencadear a depressão, como seu estado social, condições de moradia, escolaridade, aposentadoria.” (E2)

Portanto, evidencia-se que a equipe de saúde da família identifica os sinais da depressão, sendo que grande parte respondeu por meio de visitas domiciliares, em especial a idosos solitários.

Os profissionais da equipe de saúde da família têm um papel muito importante no acolhimento da pessoa idosa, pois, tem o primeiro contato com a população adstrita e seus componentes estão diretamente vinculados a comunidade, exercendo um elo de aproximação entre a unidade de saúde e os usuários.¹²

Questionados sobre os sintomas e sinais da depressão identificados, os participantes responderam que observam:

“Falta de prazer em realizar atividades que antes gostava (anedonia), sensação de não querer mais viver.” (M1)

“Sinais de isolamento, alterações de humor, tristeza, insônia, dispersos.” (TE5)

“Identificamos através de sinais de tristeza profunda, solidão, até mesmo abandono familiar.” (AG4)

A maioria dos entrevistados relatam que a equipe de saúde da família observa o dia a dia dos idosos, se estão tristes, desanimados, se estão abandonados, desprezados. Geralmente os casos são passados para a equipe, que em conjunto, busca meios de intervir.

Destaca-se a aproximação do agente comunitário de saúde com os idosos em processo de depressão como importantes instrumentos para a saúde mental uma vez que, por meio de suas ações, eles podem identificar pessoas com sofrimento psíquico.¹³

Ao serem questionados acerca do papel da ESF na identificação da depressão do idoso, os profissionais das UBS assim se expressaram:

“Acho primordial, pois muitos pacientes não tem condições de se locomover e os profissionais in loco ajudam muito.” (TE1)

“Importante para rastreio e identificação da população idosa, dos que moram sozinhos ou com uma pessoa.” (M1).

“De suma importância para que esse quadro não se eleve e promova a qualidade de vida, observar se participam de atividades no seu dia a dia de maneira relativamente assídua e se frequentam o centro de saúde.” (TE5).

A entrevista trouxe alguns entendimentos sobre qual o papel da equipe de saúde da família na identificação da depressão no idoso, destacou-se nas falas a necessidade de

observação e atenção aos sinais de depressão em idosos.

As falas apontam para a importância do acompanhamento da Equipe de Saúde da família, uma vez que os mesmos têm acesso as casas, podendo *in loco*, detectar situações que em consultas na UBS não identificariam. A literatura, confirma a importância dessa ligação entre a equipe com as famílias e seu papel estratégico, porém, também aponta críticas, ao afirmar que há necessidade de treinamento e capacitações para esses profissionais no sentido de não deixar passar despercebido um idoso com sinais e sintomas de depressão.

Para que esses profissionais possam contribuir de maneira efetiva para o cuidado da pessoa em sofrimento mental, se faz necessário que os ACS recebam o preparo adequado, por meio de programas de capacitação, para conseguirem abordar e atender usuários que se encontram nessa situação, já que esses profissionais são o elo entre o paciente e a equipe de APS por manterem maior contato com a comunidade.¹³

Afirma-se que a ESF tem grande importância no auxílio para o diagnóstico dessa enfermidade pelo conhecimento dos principais sinais e sintomas da doença, a falta de atualização da equipe sobre o tema é um dos fatores

responsáveis pela deficiência na identificação e no cuidado da equipe aos pacientes deprimidos.¹⁴

Nesse sentido destaca-se que a atuação do técnico de enfermagem, enfermeiro e do médico na ESF, pois, durante a triagem e a consulta, é possível que, em uma anamnese detalhada consiga identificar sintomas e possíveis fatores causais e outros agravos de saúde.¹⁵

Outras falas apontam para a necessidade de encaminhar ao atendimento psicológico junto a equipe multidisciplinar.

“Encaminhar para o psicólogo e continuar dando suporte, ao que cabe a equipe fazer.” (E1).

“Muito importante onde levamos até o idoso ao acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, com psicólogo, em casos de acamados ou com problemas de saúde com incapacidades funcionais.” (E2).

“Infelizmente depende da cidade mais próxima, pois em nossa UBS não temos especialista.” (AG3).

Na última fala, é explicado que esse acompanhamento especializado às pessoas com depressão não existe na ESF e nem no Município pesquisado, logo os pacientes precisam ser encaminhados para a cidade mais próxima.

O tratamento realizado por uma equipe multidisciplinar confere uma abordagem integral, porque o paciente estará

envolvido com profissionais de diversas áreas que poderão fazer um trabalho integral, auxiliando nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e outros. Pode-se verificar em outros estudos, aspectos semelhantes, que há falta de uma rede estruturada de referência e contra referência e falta de apoio de gestores municipais no que se refere a tratamento especializado em saúde mental.^{13,16} Os profissionais das equipes da ESF reconhecem suas dificuldades tanto teóricas quanto práticas em lidar com portadores de depressão e outros transtornos, fazendo como que se sintam muitas vezes impotentes e reconheçam a necessidade de maior capacitação e apoio para a assistência em saúde mental por parte da equipe de ESF.¹⁶

Ao serem questionados acerca das atividades realizadas pela equipe saúde da família como meio de prevenção da depressão no idoso, os profissionais das UBS assim se expressaram:

“Por agora não estamos fazendo certos acompanhamentos, por conta da pandemia Covid 19.” (AG3)

“Neste momento de pandemia só está sendo possível orientar e realizar algumas atividades.” (E1)

“Orientações, conversas com a família e paciente. A equipe procura promover a saúde e bem estar do paciente” (TE5)

Pode-se verificar que, em grande parte das respostas, os membros da equipe da ESF afirmaram que pandemia Covid 19 e

a necessidade de distanciamento social dificultou o trabalho, uma vez que, as visitas domiciliares ficaram limitadas, de forma que o trabalho consistia apenas em ligar para os familiares para que os mesmos orientassem os idosos e para estarem atentos a possíveis quadros de depressão, sem terem um contato mais próximo dos mesmos.

Estudo corrobora com esse entendimento, ao afirmar que é por meio das visitas domiciliares que se acompanham casos de risco, incluindo os casos de idosos solitários. Estes necessitam de visita regular e a pandemia Covid limitou esse tipo de acompanhamento¹⁷.

Outras falas incentivam fazer caminhadas, praticar atividades físicas e buscarem manter-se ativos:

“Incentivar a realizar caminhadas, exercícios e tarefas diárias.” (AG4)

“Orientar os idosos para fazer caminhadas ou alguma atividade física, a alimentação também é muito importante.” (TE3)

Estudos recomendam terapia com práticas regulares de atividades físicas como caminhadas, para prevenir quadros depressivos, devendo ser benéfica e recomendada, uma vez que a literatura aponta para a prática de atividades físicas como meio eficaz para evitar depressão e aumentar a qualidade de vida,

funcionalidade e saúde mental do idoso.
18,19

Programas específicos de atividades físicas são recomendados na fala:

“Terapias, fisioterapias, programas específicos, com intuito de melhorar a qualidade de vida do idoso, de acordo com sua capacidade.” (TE1)

Indica-se que sejam elaborados programas de atividades físicas individualizados, que estejam de acordo com a capacidade física das pessoas na terceira idade, visando a melhoria da saúde e qualidade de vida, afirmando que observaram em seu estudo, melhora na sociabilidade e questão emocional (mais vontade de viver)²⁰.

Todavia, nenhum idoso pode iniciar programas de atividades físicas sem ter um parecer de um médico. Nesse sentido, é fundamental que o médico, consciente desta importância, tenha um papel ativo na promoção e estímulo para a prática do exercício.²¹

A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU PAPEL NO CUIDADO DO IDOSO COM DEPRESSÃO

Ao serem questionados acerca do tratamento do idoso com depressão na unidade básica de saúde, os profissionais das UBS assim se expressaram da seguinte forma:

“São encaminhados para o CAPS mais próximo, pois, não há este órgão em nosso Município.” (AG 2).

“Sim, ao identificar a depressão é iniciado o rastreio e acompanhamento, sendo primordial o empenho familiar para a recuperação do idoso.” (M1).

“Existem muitos casos, em especial em zona rural, onde vivem isolados e solitários, estes são os mais propensos a depressão.” (AG5).

“A equipe visa o bem estar físico, mental e social, procurando minimizar o sofrimento do paciente e familiar.” (TE5).

Pode-se verificar nas falas dos entrevistados que vem ocorrendo o atendimento a pessoas com depressão e a demanda é maior de pacientes idosos de área rural, uma vez que vivem muito isolados da sociedade, porém, são encaminhados para atendimento especializado com psicólogos na cidade vizinha.

Trata-se de uma questão de extrema relevância, sendo inclusive apontada por estudo, em que a associação de desfechos negativos como problemas de saúde mental e depressão, à maior exclusão social.²²

Neste sentido, o profissional da saúde comprometido com o seu papel deve identificar e buscar estratégias junto a equipe de ESF para auxiliar o idoso a diminuir o sofrimento psíquico pela depressão, evitando que eles recorram ao suicídio, permitindo aos idosos terem uma qualidade de vida melhor.²³

Em algumas falas afirma-se que os idosos com depressão são encaminhados aos cuidados com profissional psicólogo, mas se inicia o rastreio e faz-se o acompanhamento na UBS.

Quando do questionamento dos cuidados que a equipe de saúde da família presta a esses pacientes idosos deprimidos, os profissionais responderam que as principais ações e/ou cuidados tomados são:

“Encaminhar aos exames de rotina, verificar sinais e sintomas.” (AG 2)

“Atendimento em geral com toda a equipe da ESF, conversas e orientações a família.” (AG3)

“Visitas frequentes para saber como está o idoso. O programa saúde da família visa sempre estar interagindo com o meio, e em sua vida familiar” (TE3)

A maioria dos profissionais pesquisados afirmaram que as visitas domiciliares servem para que o profissional da saúde oriente o paciente e a família, sendo esta uma medida adotada para acompanhamento dos idosos com sinais de depressão.

As visitas domiciliares são muito importantes, pois, preza pela aproximação e criação de vínculo com o idoso. A partir do elo estabelecido, é possível utilizar da educação popular para identificar a saúde emocional do idoso e dar recomendações em saúde que contemplem o cuidado integral, que representa um dos objetivos das visitas.²⁴

O papel do enfermeiro e do médico no acompanhamento ao idoso depressivo não se baseia apenas em esclarecer as dúvidas quanto à terapia medicamentosa, mas também em ouvi-lo, compreendê-lo e realizar orientações de maneira simples sem rodeio de modo a facilitar sua compreensão.²¹

Outras falas apontam para a importância do cuidado especializado:

“O acompanhamento desde a enfermagem, médico, para ajudar no suporte clínico, encaminhando se possível para o suporte NASF.” (M1)

“Eles são encaminhados ao psicólogo e psiquiatras para cuidados mais específicos a esta questão de depressão.” (AG5)

“A equipe busca o atendimento multidisciplinar, juntamente com a psicóloga, enfermeiros, médicos, para que os pacientes e familiares entendam a necessidade de acompanhamento e percepção do quadro.” (TE5)

A equipe multidisciplinar é formada por profissionais que atuam estrategicamente na atenção à saúde do idoso. De maneira integrada os profissionais trabalham para realizar o diagnóstico, tratamento e recuperação do paciente.²¹

A IMPORTANCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO

ACOMPANHAMENTO FAMILIAR DE IDOSOS COM DEPRESSÃO

Ao serem questionados acerca da importância dos familiares em participar

das atividades realizadas juntamente com o idoso deprimido, os profissionais das UBS assim se expressaram:

“Acho fundamental o apoio da família, pois acredito que o apoio familiar é possível para vencer a depressão.” (TE1).

“Muito Importante, no suporte psicológico, na tomada das medicações, informando a equipe de saúde a evolução dos pacientes.” (M1).

Importante porque a família também pode estar precisando de ajuda psicológica.” (E2).

“De grande importância, pois, toda família tem que ter ciência de que esse quadro pode evoluir e que não depende apenas do paciente, mas ele precisa de apoio dos entes queridos para conseguir êxito no tratamento.” (TE5).

Pode-se verificar que as falas dos entrevistados quanto a importância dos familiares em participar das atividades realizadas juntamente com o idoso deprimido, consideram primordial para o êxito do tratamento. Estudo considera que a família é o principal suporte para o paciente, uma vez que podem auxiliar na adesão como na efetividade do tratamento, tanto psicológico como psicoterápico, que está geralmente associado ao uso de medicamentos.²²

A ausência de um suporte social e familiar satisfatório pode levar ao adoecimento emocional em pessoas idosas, sendo que idosos com depressão geralmente se queixam principalmente de abandono familiar, laços afetivos frágeis, conflitos no ambiente familiar, perdas (morte do cônjuge), entre outros.²⁵

Explica-se que, compete a equipe de saúde da família incentivar os familiares a realizar o acompanhamento do idoso depressivo e assim o mesmo poderá se sentir mais seguro e apresentará os resultados esperados.²⁶

É fundamental considerar o contexto psicossocial em que esses idosos estão inseridos, a fim de oferecer uma atenção mais humanizada através da capacidade do profissional de saúde na detecção das necessidades do paciente idoso e orientações aos familiares²². A orientação da equipe da família deve ser direcionada a propiciar um ambiente saudável, sem conflitos, no qual o idoso seja valorizado e interaja no grupo familiar.²⁶

A equipe de saúde, ao observar casos de depressão em idosos, deve orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis, bem como, desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças.⁹

CONCLUSÃO

Ao buscar compreender a percepção da equipe de saúde da família sobre o seu papel na abordagem ao usuário idoso relacionado à depressão na atenção primária em saúde em um Município de Rondônia, trata-se de uma realidade a demanda de idosos com

depressão nas áreas adstritas das equipes pesquisadas.

Pode-se verificar que a equipe atua buscando identificar os idosos com depressão por meio de visitas domiciliares, conversando com os mesmos e com seus familiares, bem como em consultas na UBS, por meio de entrevistas minuciosas e observação de sinais e sintomas recorrentes.

As equipes buscam trabalhar em conjunto para promover tratamento adequado, que vai desde as visitas domiciliares, orientações e devido a pandemia covid19, as práticas não tem acontecido como de costume, sendo limitado o atendimento.

Os agentes de saúde são muito importantes dentro da equipe, no rastreio e acompanhamento, pois os mesmos possuem o acesso direto a toda família, e podem estar mais atentos a mudança de rotina ou outro sinal apresentado pelos idosos.

Há falhas no momento de encaminhar o idoso ao psicólogo e outros especialistas como psiquiatras, visto que, não há CAPS no município. Este pode ser um empecilho importante na dinâmica do tratamento.

A família é percebida pelos profissionais como suporte de grande importância para a melhora do quadro do paciente. E a equipe buscar estar sempre

orientado os familiares e incentivando o acompanhamento do paciente.

Recomenda-se intervenções apropriadas para melhoria do atendimento a pacientes com depressão, fortalecendo com conhecimento os profissionais (agentes de saúde) capacitando-os sobre a temática “saúde mental na Atenção Básica”, para que os mesmos possam desempenhar suas respectivas funções de forma que consigam identificar precocemente casos de depressão e trabalhar na prevenção de forma mais eficaz.

REFERÊNCIAS

1. FEITOSA, J.P; SILVA, M.A.B; LIMA, J.G; VIEIRA, R.P. Percepções de Enfermeiros acerca da Depressão em Idosos. **Rev. Mult. Psic.** v.15, n. 55, p. 553-574, 2021. ISSN 1981-1179. Disponível em:<http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 18 de abr. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa idosa.** Saúde de A à Z, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 18 de abr. 2022
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Transtornos Mentais: Depressão.** Brasília: 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornosmentais#:~:text=A%20dep>

- ress%C3%A3o%20%C3%A9%20c
aracterizada%20por,f%
C3%ADsicas%20sem%20nenhuma
%20causa%20aparente. Acesso
em: 13 de nov. 2020.
4. SAMPAIO, E.C. **Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos**, v.1, Ed. Editora: Científica digital, 2020. DOI:10.37885/978-65-87196-38-1
 5. DANTAS, I. L. A. **Assistência ao idoso que convive com depressão na atenção básica: Revisão Narrativa de Literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao o Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG / Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF. Cajazeiras – PB 2018.
 6. ABRANTES, G.G et al. **Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. Rev. bras. geriatr. Gerontol.** v.22 n. 4, Rio de Janeiro, 2019. Epub 25-Nov2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232019000400209&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 de nov. 2019.
 7. SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24^a ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2018.
 8. GIL, C.A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6^a edição. São Paulo, Atlas, 2017.
 9. BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, (PNAB) estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 13 nov. 2022.
 10. BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta**. 2022. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_In_d_Clientela.asp. Acesso em: 09 jul. 2021.
 11. GOUVEIA, A.O.; DIAS, A.S.; MERCEDES, B.P.C et al. Detecção Precoce dos Sintomas Depressivos pela Equipe de Saúde na Atenção Básica na Região Norte do País: Revisão De Literatura. **Braz. J. of Develop.** Curitiba, v. 6, n.6, p.38093-38103 jun. 2020. ISSN 2525-8761. DOI:10.34117/bjdv6n6-378
 12. ASSIS, A.S.; CASTRO-SILVA, C.R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis**, v. 28, n. 3, e280308, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/pdwWSpcYhfkfj9qbxP3RTZr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2019.
 13. PEREIRA, I.C.V.; SOUSA, S.V. O papel do agente comunitário de saúde diante do sofrimento psíquico do idoso: barreiras em cena. 2020. 33f. Artigo (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Fametro, Fortaleza, 2020. BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE.

- Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
14. SILVA, G.R; NASCIMENTO, I. **A assistência da enfermagem no idoso com depressão**: Revisão Integrativa da Literatura. 2017. Acesso em: 13 de nov. 2020.
 15. PLACIDELI, N.P. et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Rev. Saúde Pública** vol.54 São Paulo. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102020000100204&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2020.
 16. SOUZA, J.R.; OLIVEIRA, J.T.M; CRUZ, F.M.P et al. Condutas em saúde mental na estratégia saúde da família: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e20101018360, 2021. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18360>. Acesso em: 13 nov. 2020
 17. OLIVEIRA, M.C.C.; PEREIRA, K.C.; AMORIM, A.V.B et al. Visita domiciliar em um condomínio de idosos como instrumento para atenção e cuidado integral à saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1. p. 3290-3302. 2021.
 18. CASTRO, L.F.G. **Benefícios da atividade física para pacientes diagnosticados com depressão**. Trabalho de Conclusão de Curso em Educação Física apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2018.
 19. LEVITES, M.R.; PAULA, P.S.; ALMEIDA, L.B.M. Atividade física parece reduzir o risco de depressão. **Diagn Tratamento**. 24(1):4-5.2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1005086>. Acesso em: 13 nov. 2019.
 20. MESQUITA, TB; SIQUEIRA, TDA. Musculação na terceira idade em um centro social em Manaus - AM Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF da Universidade Federal do Amazonas – UFAM. BIUS - Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia. v. 17 n. 11, 2020.
 21. PEREIRA, B.R.S et al. Atuação da enfermagem frente à depressão na população idosa. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**. v.4, n.1,2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v4n1a10.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2020.
 22. SANTOS-ORLANDI, A.A. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery** [online]. 2017, v. 21, n. 1. e20170013. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>. ISSN 2177-9465. Acesso em: 13 nov. 2020.
 23. SILVA, L.V.R et al. **Valores normativos e variabilidade de aplicação do teste *timed up and go* em idosos**. Uma Revisão de Literatura. Revista Artigos.Com | ISSN 2596-0253 | Volume 10 – 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.ph>

- p/artigos/article/view/2324. Acesso em: 13 nov. 2020.
24. OLIVEIRA, D. et al. Depressão, autoestima e motivação de idosos para a prática de exercícios físicos. **Psic., Saúde & Doenças** vol.20 no.3 Lisboa dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862019000300019. Acesso em: 13 nov. 2020.
25. GOMES, E.A.P; VASCONCELOS, F.G.; CARVALHO, J.F. Psicoterapia com Idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 41, e224368, 1-17.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/wMCftqbhmv3RFfvmnCTyByB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.
26. SILVA, B.C.M, et al. Importância da identificação do diagnóstico de enfermagem ao paciente com depressão senil na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n.2, e53510212770, 2021.

ABORTO NO DIREITO COMPARADO: ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO ACERCA DO ABORTO NO BRASIL E NOS ESTADOS UNIDOS

ABORTION IN COMPARATIVE LAW: ANALYSIS OF ABORTION LEGISLATION IN BRAZIL AND THE UNITED STATES

Helena Moreira de Souza^{1*}, Kevin Oliveira Mendonça²

1. Direito. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Direito. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** moreiradesouzahelena@gmail.com

RESUMO

Objetivo: apresentar os aspectos mais significantes da legislação sobre o aborto no Brasil e nos Estados Unidos.

Método: Trata de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado a partir de uma revisão bibliográfica, levantamento e análise de dados acerca do aborto.

Resultados: O aborto é objeto de controvérsia mundial e a legislação a respeito deste varia significativamente entre os países. No Brasil, o aborto é considerado crime, exceto em casos específicos como risco de morte para a mãe, estupro ou anencefalia fetal; nos Estados Unidos, a criminalização do aborto varia de acordo com cada Estado, sendo que em alguns casos pode ser permitido durante qualquer momento da gestação, e em outros apenas em hipóteses específicas.

Conclusão: Com base em dados, fatos teóricos e nas leis do Direito Civil, Direito Constitucional e no Direito Penal, foi possível discorrer acerca da importância do tema, analisando os fatores históricos a fim de compreender o direito das mulheres e do nascituro frente a dois países diferentes.

Palavras-chave: Aborto. Crime. Brasil. Legislação. Estados Unidos.

ABSTRACT

Objective: Is to present the most significant aspects of abortion legislation in Brazil and the United States.

Method: This is a descriptive study, with a qualitative and quantitative approach, based on a bibliographical review, survey and analysis of data about abortion.

Results: Abortion is the object of worldwide controversy and legislation regarding it varies significantly between countries. In Brazil, abortion is considered a crime, except in specific cases such as risk of death for the mother, rape or fetal anencephaly; in the United States, the criminalization of abortion varies according to each state, and in some cases, it may be allowed during any period of pregnancy and in others only in specific cases.

Conclusion: Based on data, theoretical facts and the laws of Civil Law, Constitutional Law and Criminal Law, it was possible to discuss the importance of the subject, analyzing historical factors in order to understand the rights of women and the unborn child in relation to two different countries.

Keywords: Abortion. Crime. Brazil. Legislation. United States.

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 5º, assegura o direito à vida, a liberdade, igualdade, segurança e à propriedade¹. Embora nas últimas décadas os avanços sociais e as conquistas em relação às mulheres sejam notáveis, a discussão gerada acerca do tema em questão é repleta de controvérsias até mesmo naqueles países onde houve a descriminalização e legalização². O procedimento, entretanto, ainda é conhecido na sociedade principalmente por se tratar de um tema polêmico do qual os indivíduos possuem opiniões divergentes tendo em vista o envolvimento de questões pessoais, políticas e religiosas.

A prática do aborto no Brasil é comum há muitos anos e, no decorrer da história, frequentemente foi alvo de regulação através de leis, preocupações médicas e intervenções do setor público. Tais fatores contribuíram para a construção da civilização brasileira, regulamentando as condutas sexuais das mulheres².

A lei não é o fator determinante exclusivo na realização do aborto, pois fatores religiosos e conservadores impactam diretamente em sua ilicitude no Brasil. Nos Estados Unidos o aborto se tornou lícito graças à decisão da

Suprema Corte no caso conhecido como *Roe vs. Wade*, posteriormente revogada, e ainda que fosse legal na maioria dos estados americanos, existiam mulheres em busca do aborto clandestino por não possuírem condições econômicas para o procedimento.

Apesar da ilegalidade no Brasil, com exceção em três casos (gravidez decorrente de estupro, risco à vida da gestante e anencefalia do feto), o aborto clandestino continua sendo uma realidade, e muitas mulheres o buscam por diversos fatores que serão discutidos posteriormente.

De acordo com Kortsmit, et al.³ estima-se que um total de 629.898 (seiscentos e vinte e nove mil oitocentos e noventa e oito) abortos foram relatados nos Estados Unidos até 2019, enquanto no Brasil foram registrados de janeiro a junho do mesmo ano, 1.024 (mil e vinte e quatro) casos permitidos por razões médicas segundo dados da plataforma DataSus do Ministério da Saúde⁴.

O objetivo deste artigo é apresentar os aspectos mais significantes da legislação sobre o aborto no Brasil e nos Estados Unidos, por meio de uma pesquisa descritiva, analisando dados qualitativos e quantitativos obtidos a partir de meios como o CDC³, *Guttmacher Institute*^{5,6}, Pesquisa

Nacional do Aborto⁷ e Ministério da Saúde⁴.

CONTEXTUALIZANDO O ABORTO

Preliminarmente, o conceito de vida pode ser definido de variadas maneiras e conta com abordagens filosóficas ou biológicas a depender do contexto, e o ser humano possui características biológicas, sociais e culturais específicas.

O direito à vida é um dos direitos humanos universais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Resolução n° 217 – A da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1948, bem como para o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966.

Vale ressaltar que a proteção à vida é um dos princípios fundamentais da Constituição, e sua violação é considerada crime, mas o Código Penal brasileiro prevê a punição específica para crimes que atentam contra tal bem jurídico logo em seu Título I da Parte especial, vedando condutas como homicídio, auxílio ou instigação ao suicídio, infanticídio e aborto⁸.

O artigo 2° do Código Civil brasileiro institui que a personalidade do indivíduo começa a partir do seu nascimento com vida, no entanto a lei resguarda os direitos daquele que foi concebido, isto é, o nascituro⁹. Existem

três correntes que decorrem do direito civil, a saber: as teorias natalista, da personalidade condicional e a concepcionista, as quais entram em divergência no que tange aos direitos do nascituro.

A teoria natalista, segundo o professor Flávio Tartuce¹⁰, não reconhece os direitos fundamentais do nascituro, incluindo o direito à vida, à investigação de paternidade, aos alimentos, ao nome e à imagem. Essa negação de direitos é um verdadeiro conflito com os dispositivos do Código Civil, que reconhecem o início de certos direitos.

A teoria da personalidade condicional compreende que o nascituro possui os seus direitos, de maneira eventual, isto é, depende da condição suspensiva do seu nascimento para que eles sejam efetivados, previsto no art. 130 do Código Civil⁹. Porém, como leciona Flávio Tartuce, “o grande problema da corrente doutrinária é que ela é apegada a questões patrimoniais, não respondendo ao apelo de direitos pessoais ou da personalidade a favor do nascituro”¹⁰.

Já a teoria concepcionista “é aquela que sustenta que o nascituro é pessoa humana, tendo direitos resguardados pela lei” desde o momento da sua concepção¹⁰, posicionamento este

também adotado pelo Supremo Tribunal Federal. A jurisprudência passou a reconhecer os direitos do nascituro à pensão alimentícia na Lei nº 11.804, de 5 de novembro de 2008¹¹, em favor da mulher grávida, representando também a forma como será exercido.

A discussão sobre os direitos do nascituro é importante não só do ponto de vista teórico, mas também em relação a questões práticas, como o é em relação ao aborto. As referidas teorias divergem entre si e são muito discutidas entre os juristas. A questão, portanto, é complexa e envolve não apenas aspectos legais, mas também éticos, religiosos e sociais que geram debates entre aqueles que buscam, ou não, regulamentar a prática do aborto no Brasil.

No que concerne ao aborto, este é definido pelo Ministério da Saúde como a interrupção da gravidez até completar 20 semanas de gestação ou com peso fetal igual ou inferior a 500g. Se ocorrer até 12 semanas e 6 dias, é considerado precoce ou de primeiro trimestre. Quando há a ocorrência de aborto após um teste urinário ou beta-hCG, sem diagnóstico ultrassonográfico ou histológico, considera-se uma perda bioquímica. O termo “abortamento clínico” é utilizado quando a ultrassonografia ou a histologia

confirmam que houve uma gravidez intrauterina⁴.

Passando para a perspectiva histórica, encontramos o seu surgimento ainda na Grécia e Roma antiga, encontrado, inclusive, em documentos antigos da China nos quais entre 2737 e 2696 a.C. o imperador chinês Shen Nung expõe uma receita de abortífero oral¹², ou seja, diversos métodos eram utilizados e realizados pelas próprias mulheres ou por parteiras com o objetivo de interromper a gravidez de maneira provocada ou espontânea.

Já na Grécia o aborto era indicado por Aristóteles com o objetivo de estabilizar as populações das cidades gregas, enquanto Platão recomendava a obrigatoriedade do aborto por questões genéticas, para aquelas mulheres que possuíam mais de 40 anos de idade e como forma de resguardar a raça dos guerreiros¹².

Segundo Schor et al.¹², em seu artigo sobre o contexto histórico do aborto, após a Segunda Guerra Mundial as leis sobre o aborto permaneceram bastante restritivas até os anos 60, com exceção de alguns países socialistas, escandinavos e o Japão, países estes que já tinham leis favoráveis ao aborto desde a década de 40. A partir dos anos 60, devido à evolução dos costumes sexuais, à nova posição da mulher na

sociedade moderna e a outros interesses político-econômicos, houve uma tendência crescente de liberalização da prática. Essa tendência se acentuou na década de 70, e as estatísticas mostram que em 1976 mais de dois terços da população mundial já viviam em países com leis mais liberais, mas a maioria dessas normas foram aprovadas na última década precedente.

Beauvoir¹³ escreveu de forma obstinada suas percepções acerca do aborto, alegando que na França, nos anos 60, o número de abortos era igual ao número de nascimentos por ano, o que demonstra que esse é um fenômeno bastante difundido e que deve ser considerado como um dos riscos comuns da condição feminina. No entanto, apesar disso, as leis francesas tratavam o aborto como um delito, obrigando as mulheres a recorrer a procedimentos clandestinos e perigosos para interromper a gestação.

POR QUE AS MULHERES BUSCAM O ABORTO?

São vários os fatores que influenciam na escolha da mulher em recorrer ao procedimento de abortar, mas entre os mais citados nos Estados Unidos estão o despreparo para ter um filho ou outra criança, medo de ser mãe solteira, problemas de relacionamentos, relatos de que uma criança interferiria na

escola ou na carreira, preocupações com a própria saúde, possíveis problemas que afetam a saúde do feto e questões financeiras, a responsabilidade emocional ou até mesmo privar os filhos que já tinham de viver de maneira digna⁵.

O procedimento em questão resulta em um problema de saúde pública complexo no Brasil em decorrência da ilegalidade, porque, quando o aborto é realizado de forma insegura, impacta diretamente na sociedade. Isso ocorre uma vez que a prática compromete a saúde da mulher, elevando a taxa de mortalidade em hipóteses tais. Além disso, a realização de abortos inseguros sobrecarrega o sistema de saúde, resulta em custos, diminui a produtividade e gera inúmeras repercussões familiares. Do mesmo modo, a mulher acaba sendo estigmatizada ao optar por realizar o procedimento em condições inadequadas¹⁴.

Os dados em relação ao procedimento são incertos em razão de sua ilegalidade e por tal razão as complicações causadas pelo aborto no Brasil e até mesmo mortes são divulgadas por meio da incidência de internações no Sistema Público de Saúde¹⁵.

Em seu artigo sobre aborto e saúde pública no Brasil, Anjos. et al.¹⁶

expressam que, apesar das melhorias na saúde da mulher no Brasil, percebe-se que o direito ao aborto induzido não é respeitado, uma vez que é ilegal na maioria das situações. Como resultado, muitas mulheres optam por práticas clandestinas e/ou inseguras, colocando em risco suas próprias vidas. Essa situação representa uma violação dos direitos humanos e é um problema de saúde pública em razão de sua magnitude e às inúmeras consequências biopsicossociais que afetam as mulheres que recorrem ao abortamento.

Isso ocorre porque o aborto é um assunto altamente controverso e político no país, com diferentes visões ideológicas e religiosas em conflito. Apesar disso, é importante lembrar que a criminalização do aborto não impede sua prática, mas sim a torna mais perigosa e inacessível para as mulheres que optam por interromper uma gravidez indesejada. É necessário avançar no debate e na construção de políticas públicas que garantam o acesso à saúde e aos direitos reprodutivos das mulheres, incluindo o direito ao aborto seguro e legal em determinadas situações¹⁷.

Para Pimentel¹⁸, o aborto clandestino causa o aumento do número de mortalidade materna porque traz perigo à saúde da mãe, principalmente mulheres de baixa renda, que não têm

acesso médico adequado. Logo, não restam dúvidas de que a proibição legal não é suficiente para atingir o resultado desejado de diminuir ou cessar a prática do abortamento.

DADOS ACERCA DO ABORTO NO BRASIL E NOS ESTADOS UNIDOS

A maneira como os Estados Unidos vem tratando o aborto impacta de forma distinta em relação ao Brasil. A legalização nos Estados Unidos, com a decisão *Roe vs. Wade*, diminuiu a mortalidade materna, mas aumentou o número de procedimentos realizados resultando em aproximadamente 612.719 (seiscentos e doze mil setecentos e dezenove)³ casos em 2017, em razão de as mulheres conseguirem realizar abortos em instalações médicas seguras e regulamentadas. Até o ano de 2019 houve 629.898 (seiscentos e vinte e nove mil oitocentos e noventa e oito) casos reportados ao *Centers for Disease Control and Prevention*³.

No Brasil, todavia, a falta de acesso seguro aos serviços médicos implica uma alta taxa de óbitos ao precisarem recorrer a abortos ilegais realizados em condições precárias, mas ainda assim os dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA)⁷ de 2016 estimam que em 2015 houve cerca de

meio milhão de abortos realizados no país.

São vários os motivos para o aumento do procedimento, entre eles: a) O aumento na cobertura médica em alguns Estados para assistência ao aborto, o que possibilitou que mulheres pobres ou de baixa renda pudessem fazer o procedimento; b) aumento nos fundos de programas pró-aborto ampliou a possibilidade de ajudar para custear o procedimento; c) durante a pandemia de Covid-19, alguns estados tentaram proibir a execução do aborto, alegando que não se tratava de cuidados essenciais, contudo outros Estados mantiveram o procedimento estável, possibilitando-o, inclusive, para a população daquelas cidades que proibiram o acesso; e d) alguns Estados possibilitaram o uso de planos de saúde privado para o abortamento⁶.

No geral, as proibições durante a pandemia de Covid -19 aconteceram em estados cujo o procedimento já não contava com anuência estatal, não demonstrando números relevantes ao seu aumento ou diminuição.

Os dados da pesquisa do *Guttmacher Institute*⁶ demonstraram que aproximadamente 1.687 unidades de saúde realizaram abortos entre 2019 e 2020. A pesquisa foi realizada entrando em contato com os responsáveis pelo

telefone e por e-mail, porém a contagem é referente apenas a procedimentos realizados por médicos, sem contar com abortos espontâneos. Apesar de todo os dados apresentados, recentemente a Suprema Corte dos Estados Unidos revogou a decisão *Roe vs. Wade*, que garantia os direitos no aborto em todo o país.

No Brasil os números no que concerne a abortos induzidos são incertos, e os dados disponíveis são referentes à quantidade de mulheres que são internadas em hospitais públicos para fazer a curetagem pós-aborto¹⁵. Levando em consideração que o aborto induzido no Brasil ocorre de forma clandestina, não é possível ter acesso aos dados reais sobre o tema porque fazem parte da cifra negra. De acordo com o que preceitua a ciência Criminologia, cifra negra são aqueles delitos que ocorrem, mas não são informados às autoridades competentes, não sendo punidos ou registrados os dados necessários.

Conforme os dados apresentados pelo Ministério da Saúde⁴ no manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento, os casos mais comuns de mortalidade materna são por hemorragia, hipertensão e infecção. Nos últimos sete anos o número disponível

em que houve morte materna é de 411 (quatrocentos e onze) casos.

Ainda com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde⁴ entre os anos de 2015 a 2021, são demonstradas as seguintes situações: a) 130 óbitos por abortamento causados por infecção do trato genitourinário por órgãos pélvicos; b) 35 complicações hemorrágicas excessivas ou tardias; c) 83 formas não especificadas sem complicações; d) 7 gravidezes ectópicas e molares; e) 139 por formas não especificadas com complicações; f) 15 casos de complicações por embolia; g) 2 razões médicas.

Mesmo com todas as proibições sobre esse tipo de procedimento no país, ainda que na prática seja difícil, os serviços de saúde brasileiros tentam motivar o acolhimento das mulheres que passam por um abortamento para priorizar sua saúde física, mental e social.

Embora a humanidade tenha passado por vários avanços ao longo dos anos, o tema que norteia a saúde sexual e reprodutiva feminina, ainda há muito o que ser discutido. Contudo, o Ministério da Saúde⁴ tem buscado abordar de forma ética o acesso das mulheres à assistência à saúde, visto que é fundamental garantir a elas o

acesso aos mais recentes avanços em termos de promoção da saúde, especialmente nas áreas de sexualidade responsável e planejamento familiar. Essa abordagem não só ajuda a prevenir gestações de risco e partos complicados, mas também maximiza as chances de ter crianças saudáveis, sem a necessidade de recorrer à interrupção da gravidez como método de planejamento familiar.

DIREITO E ABORTO

O Direito define e protege os direitos e deveres dos indivíduos, bem como estabelece as regras para resolver conflitos e disputas entre eles, sendo fundamental para garantir a justiça, a igualdade e a proteção dos direitos humanos em uma sociedade.

O direito ao aborto é determinado pela legislação de cada país, variando de forma significativa entre cada um deles, sendo uma questão de direitos reprodutivos, autonomia e privacidade da mulher.

TRATADOS INTERNACIONAIS

Os tratados internacionais são espécies de acordos entre dois ou mais países que estabelecem regras e obrigações em relação a questões específicas, como por exemplo: comércio, direitos humanos e segurança pública. Quando acordados, devem ser

ratificados pelos governos dos países envolvidos para que se tornem vinculativos.

Estes tratados internacionais podem ser criados por organizações internacionais, como as Nações Unidas, ou por acordos diretos entre os países. Existem alguns tratados internacionais que visam aos direitos das mulheres e podem ter algumas interpretações acerca do direito ao aborto, como veremos a seguir:

a) Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos: adotado em 1966 pela Assembleia Geral das Nações Unidas e, apesar de não mencionar diretamente o aborto, o Comitê dos Direitos Humanos da Nações Unidas entende que as leis que proíbem ou restringem o acesso ao aborto podem violar os direitos das mulheres à vida, à saúde e à igualdade.

b) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW): Tratado Internacional reconhecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1979 e reconhece o direito das mulheres à igualdade de gênero e à autonomia em relação a sua saúde reprodutiva. O Comitê da referida convenção entende que as leis que criminalizam ou restringem o acesso ao aborto podem violar a Convenção.

c) Protocolo de San Salvador: Adotado pela Organização dos Estados Americanos em 1988, reconhece o direito à vida desde a concepção, no entanto também reconhece o direito à saúde reprodutiva e exige que os Estados membros adotem medidas para proteger esses direitos.

d) Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará): Adotada pela Organização dos Estados Americanos em 1994 reconhecendo que “a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente a observância, gozo e exercício de tais direitos e liberdades” e estabelece medidas para prevenir e combater essas violências, de maneira que o comitê de monitoramento da convenção compreende que as leis que proíbem ou restringem o acesso ao aborto podem ser consideradas uma forma de violência contra a mulher.

Ocorre que cada país possui sua própria legislação em relação ao aborto, e as interpretações de cada tratado internacional variam de acordo com cada autoridade competente ao assunto.

A CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

O Código Penal brasileiro trata do aborto, estabelecendo as penas para quem o pratica ou consente com sua prática nos artigos 124 a 127. O Artigo 124 determina detenção de um a três anos para a gestante que provoca o aborto em si mesma ou consente que outrem o faça. Já o Artigo 125 prevê reclusão de três a dez anos para quem provoca aborto sem o consentimento da gestante. No Artigo 126, a pena é de reclusão de um a quatro anos para quem provoca aborto com o consentimento da gestante, desde que esta seja maior de quatorze anos e não seja alienada ou débil mental, e que o consentimento não tenha sido obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência. Se o aborto resultar em lesão corporal grave à gestante, as penas dos Artigos 124 e 126 são aumentadas em um terço. Se a gestante morrer em decorrência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, as penas são duplicadas⁸.

Além disso, prevê duas situações em que o aborto não é considerado crime. A primeira é o chamado aborto necessário que ocorre quando não há outra forma de salvar a vida da gestante. Já o segundo caso é quando a gravidez é resultante de estupro e o aborto é realizado com o consentimento da gestante ou, no caso dela ser incapaz, de seu representante legal. Nestes casos

específicos, a prática do aborto por um médico não é punida pela lei e está prevista no artigo 128, incisos I e II do Código Penal⁸.

O primeiro inciso se trata de necessidade (aborto necessário ou terapêutico) quando a única alternativa para salvar a vida da gestante é o procedimento, enquanto no segundo inciso, com a comprovação do estupro, a gestante precisa apenas ter o discernimento para consentir com a execução do aborto, ou de seu representante legal quando se tratar de incapaz (aborto humanitário ou sentimental).

Nos Estados Unidos, atualmente, em razão do modelo de federalismo americano, com a derrubada da Decisão *Roe vs. Wade*, cada Estado pode ter suas próprias leis acerca do aborto, resultando em uma série de leis estaduais mais restritivas que o torna inacessível em muitos Estados.

Vale salientar que as condutas típicas referentes ao aborto no Código Penal Brasileiro são dolosas, ou seja, os abortos natural e acidental não são punidos por atipicidade da conduta.

O Ministério da Saúde⁴ em sua atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento, aponta que o Estado só pode recorrer ao Direito Penal para coibir

um comportamento se for razoável exigir uma conduta diferente. No caso da anencefalia, que inviabiliza a vida extrauterina, é caracterizada a inexigibilidade de conduta diversa da interrupção da gravidez. Em nenhuma dessas hipóteses, porém, a gestante estará obrigada a abortar, sendo imprescindível o seu consentimento. Mesmo em casos em que a mãe corre risco de vida, a sua vontade deve ser levada em consideração.

Em casos de gravidez decorrente de estupro, a equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento da vítima deve informar sobre a possibilidade de entrega legal ou voluntária para que a mulher possa concluir a gestação e entregar a criança para adoção após o nascimento.

Ocorre que é possível verificar algumas contrariedades na jurisprudência brasileira ao artigo 196 da Constituição Federal¹, que prevê a saúde como um direito que pertence a todas as pessoas e que cabe ao Estado prover políticas sociais e econômicas que possibilitem a redução de riscos de doenças e outros problemas de saúde. Assim, é fundamental que haja acesso universal e igualitário a ações e serviços que promovam, protejam e recuperem a saúde da população.

Em resumo, a saúde é um direito

básico e essencial, que deve ser garantido pelo Estado por meio de ações e políticas voltadas para a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos. Quando o abortamento é tratado como um problema de saúde pública e que a saúde é direito de todos, garantido pelo Estado, devemos refletir até que ponto a proibição faz sentido, razão pela qual iremos analisar a jurisprudência que se segue.

JURISPRUDÊNCIA COMPARADA

Para o Ministro Luís Roberto Barroso¹⁹, relator do Habeas Corpus 124.306, a criminalização causa discriminação social e impacta mulheres pobres, pois afeta desproporcionalmente mulheres que não têm acesso a serviços médicos particulares e não podem recorrer ao sistema público de saúde para realizar o procedimento abortivo de forma segura. Isso retira das mulheres a possibilidade de buscar um procedimento médico adequado e as força a recorrer a clínicas clandestinas sem infraestrutura adequada ou a métodos precários e perigosos, aumentando significativamente o risco de lesões, mutilações e óbito.

Por outro lado, a criminalização do aborto promove um grau reduzido de proteção dos direitos do feto, uma vez que não tem sido capaz de reduzir suas

ocorrências. Portanto, sopesando-se os custos e benefícios da criminalização, é evidente a ilegitimidade constitucional da tipificação penal da interrupção voluntária da gestação. Essa visão é compartilhada por diversos países democráticos e desenvolvidos, que não tratam a interrupção da gestação durante a fase inicial como crime.

Para a Ministra Rosa Weber¹⁹ o cerne da questão da descriminalização do aborto no caso da interrupção voluntária da gravidez no primeiro trimestre é a colisão entre dois direitos fundamentais: o direito à vida, que visa proteger o nascituro, e o direito à liberdade e autonomia reprodutiva da mulher, que busca garantir a igualdade de gênero na prática. Dessa maneira verificamos os conflitos entre os direitos fundamentais da mulher, do nascituro, do direito à vida e da Constituição Federal de 1988.

No que diz respeito ao direito comparado entre a legislação brasileira e a americana, fundamentada no direito da mulher em optar pela continuidade ou interrupção da gravidez, a Ministra Rosa Weber¹⁹ entende que, de acordo com a jurisdição comparada, o caso mais conhecido de legalização do aborto é o julgamento da Suprema Corte Americana em *Roe vs. Wade*, em 1973. Neste caso, a maioria dos votos entendeu que a

disposição legal do Estado do Texas, que apenas permitia o aborto em caso de risco à vida da mãe, era inconstitucional. A maioria se fundamentou no direito à privacidade da mulher em decidir pela continuidade ou não da gravidez, em detrimento do interesse do Estado na proteção dos direitos constitucionais do feto como pessoa. A questão central do aborto envolveu a ponderação entre o direito da mulher à privacidade pessoal e o direito à vida do feto, e a preocupação do Estado com a saúde da mãe. A Suprema Corte estabeleceu critérios para a disciplina legislativa do aborto pelos Estados: no primeiro trimestre de gestação, o aborto deveria ser de livre escolha da mulher; no segundo trimestre, o aborto seria permitido, porém o Estado poderia regulamentar o exercício deste direito, como forma de proteger a saúde da mulher gestante; no terceiro e último trimestre da gestação, o aborto seria proibido, salvo na situação de intervenção para preservação da saúde da mulher.

Em síntese, é pertinente analisar até que ponto a criminalização do aborto no Brasil e nos Estados Unidos impacta na vida das mulheres, na vulnerabilidade social, saúde pública, nas diversas religiões e no âmbito socioeconômico, tendo em vista que os direitos pessoais

de cada indivíduo e o poder de escolha destes devem ser resguardados.

No Habeas Corpus nº 124.306-RJ/STF, 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal (STF)¹⁹, julgado em 29 de novembro de 2016, que teve como redator do Acórdão o Min. Luís Roberto Barroso e como relator o Min. Marco Aurélio, há um crime praticado nos termos dos artigos 126 e 288 do Código Penal, nos quais temos o raciocínio de que o aborto é uma prática que deve ser evitada devido às complexidades físicas, psicológicas e morais que os envolvem, visto que o papel do Estado e da sociedade é atuar para evitar o aborto fornecendo educação sexual, distribuindo contraceptivos e prestando apoio às mulheres que desejam ter um filho, mas estão em circunstâncias adversas.

Portanto, afirmar a incompatibilidade da criminalização do aborto com a Constituição não significa defender a disseminação do procedimento, mas sim garantir que ele seja raro e seguro. A partir disso, verifica-se a existência de conflitos aparentes entre a jurisprudência, o entendimento pessoal dos julgadores e a realidade social do país, onde o aborto é legalmente proibido.

Existem diversos casos de aborto que possuem previsão legal, e seu

julgamento foi favorável ao pedido da gestante, o que veremos a seguir. Primeiramente, em caso de anencefalia fetal, temos a apelação criminal nº 70040663163 do Rio Grande do Sul, julgada pelo relator Nereu José Giacomolli²⁰, situação na qual entendeu comprovada com base em vários exames médicos a anencefalia e as múltiplas malformações congênicas do feto, tornando inviável a vida extrauterina do nascituro, posto que os órgãos vitais do feto estivessem em contato com o líquido amniótico fora da caixa torácica.

Embora não seja expressamente autorizado pelo Código Penal, o aborto eugênico pode ser judicialmente permitido nas hipóteses em que se comprova a inviabilidade da vida extrauterina, independentemente do risco de morte da gestante, pois a sua saúde psíquica é tutelada pelo ordenamento jurídico. A imposição de uma gestação comprovadamente inviável fere os direitos da gestante. O Ministério Público em ambas as instâncias se manifestou favorável ao parecer, e o recurso foi provido.

O relator Luiz Mello Guimarães²¹ analisou o mandado de segurança nº 70073322927, que trata da concessão de aborto em caso de estupro alegado pela gestante e confirmado por junta médica durante internação psiquiátrica

após tentativa de suicídio. Sabe-se que em crimes contra a dignidade sexual a palavra do ofendido é um dos principais meios probatórios, uma vez que geralmente ocorrem em locais ermos, distantes de testemunhas presenciais, e as vítimas podem sentir vergonha ou repulsa, deixando de noticiar o abuso logo após ocorrido. Nesse caso, a vítima informou sobre o estupro e uma junta médica, incluindo um psiquiatra respeitável, atestou que a gestação era decorrente de abuso sexual. Além disso, exames médicos demonstraram hidranencefalia no feto. Diante disso, em um juízo de proporcionalidade, é preciso priorizar a dignidade humana, o livre arbítrio e a saúde mental da gestante, especialmente quando a vida do feto é mera expectativa de uma sobrevivida. Assim, foi concedida a segurança por maioria.

E em caso de risco à vida da gestante, interrupção terapêutica, o acórdão nº 70009075086 julgado pela Segunda Câmara Criminal da comarca de São Leopoldo, pelo redator José Antônio Cidade Pitrez²², foi concedida autorização judicial para a interrupção terapêutica da gravidez (fetotomia), mesmo que o caso não se enquadrasse nas hipóteses previstas pelo artigo 128 do Código Penal. Isso porque a vida da gestante estava seriamente em risco, e a

anencefalia diagnosticada tornava nula a possibilidade de sobrevivência do feto. Embora o voto do relator tenha sido vencido, a apelação foi provida por maioria pela Segunda Câmara Criminal do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

A anencefalia é uma condição na qual o feto não desenvolve seu cérebro e crânio corretamente, com problema no tubo neural, não há chances de viver plenamente, e nesta linha de raciocínio o feto anencéfalo é considerado, em sua maioria, natimorto cerebral, portanto não é possível falar em interrupção de vida. Além disso, a gestação de um feto com essa condição pode acarretar sérios riscos e prejuízos físicos ou psicológicos para a vida da mãe²³.

O Ministro Marco Aurélio Bellizze²⁴ interpreta que, quando o trabalho de parto é iniciado, não há que se falar em crime de aborto, mas sim dos crimes de homicídio ou infanticídio, a depender da situação. Além disso, os batimentos cardíacos e a respiração já são suficientes para demonstrar a vida do ser nascente e configurar crime.

Nos Estados Unidos, o aborto foi legalizado no ano de 1973, com a decisão da Suprema Corte que ficou conhecida como *Roe vs. Wade*. Norma L. McCorvey (Jane Roe), estava grávida, quando, por intermédio de duas

advogadas, procurou mover uma ação no Texas, em que alegava que a lei do estado violava os seus direitos constitucionais, pois esta seria sua terceira gravidez e ela desejava fazer um aborto, mas naquele período só era permitido em caso de estupro, incesto e para salvar a vida da mãe. Henry Wade, Fiscal do Distrito do Condado de Dallas na época era contra a legalização do aborto, no entanto, o Tribunal do Distrito foi favorável à *Roe*, mas optou por não o legalizar.

Em seu processo, alegou que, embora sua vida não estivesse em perigo, ela teria o direito de realizar um aborto, desde que em ambiente médico seguro dentro do Estado. Após diversas apelações, o Tribunal Distrital dos EUA concordou que a lei violou o direito de *McCorvey* à privacidade, tornando a Nona Emenda inconstitucional²⁵.

O Estado do Texas recorreu da decisão e o caso chegou à Suprema Corte em 1970, mas em 1973, após várias movimentações do caso e o bebê de *McCorvey* ser encaminhado para adoção, o juiz da Suprema Corte, Harry Blackmun, no relatório final da decisão, decidiu que as leis contra o aborto de fato violavam o direito constitucional à privacidade, fazendo com que as leis estaduais e federais fossem modificadas a favor do aborto em 50 Estados da

União, posteriormente, a decisão foi revogada, porque não estava prevista em lei.

A REVOGAÇÃO DA DECISÃO *ROE VS. WADE* E O FEDERALISMO

No dia 24 de junho de 2022 a Suprema Corte dos Estados Unidos, agora em sua maioria conservadora, decidiu pela revogação da decisão conhecida como *Roe vs. Wade* que legalizou o aborto até a vigésima quarta semana de gestação e, com isso, o país passou por uma mudança histórica ao restringir a prática.

A mudança veio graças ao entendimento da Suprema Corte de que o direito ao aborto não está resguardado na Constituição. Apesar de não proibir o aborto em todo o território americano, a legislação daquele país autoriza cada Estado a legislar sobre o procedimento da forma como preferir, possibilitando a existência de leis mais restritivas acerca do tema²⁶.

Diferentemente do que ocorre nos Estados Unidos, onde constantemente esse tema domina debates acalorados, o Brasil ainda possui a mesma legislação do Código Penal do ano de 1940, proibindo tal prática.

O renomado jornal *The New York Times* exemplificou a forma de funcionamento de cada Estado com a

revogação da decisão *Roe vs. Wade*, que passou a permitir que cada um deles tenha suas próprias leis sobre o abortamento²⁷.

Estados como o *Alabama*, *Arkansas*, *Kentucky*, *Luisiana*, *Mississippi*, *Missouri*, *Dakota do Sul*, *Tennessee* e *Texas* decretaram a proibição até mesmo em casos de estupro ou incesto. Enquanto a Geórgia, Arizona, Flórida, Utá e Carolina do Norte possuem limite gestacional para o procedimento.

Os Estados de Indiana, *Lowa*, Dakota do Norte, *Michigan*, Montana, *Ohio*, Carolina do Sul e *Wyoming* possuem determinados bloqueios realizados por juízes acerca da realização do aborto, mas em determinados Estados o aborto permaneceu legalizado, com algumas limitações, dentre elas o limite gestacional e o entendimento do judiciário local em cidades como a Califórnia, Nova Iorque, Maine e Alasca.

A décima emenda da Constituição dos Estados Unidos protege o poder e a autonomia dos Estados em relação ao governo federal e é um tema muito discutido em debates políticos porque varia o entendimento sobre governo federal e governo estadual²⁸. Essa emenda defende a ideia de que todos os poderes que não são claramente concedidos ao governo federal pela

Constituição são reservados para cada estado, ou seja, quando a Constituição não concede autoridade direta ao governo federal acerca de determinado assunto, este poder cabe ao Estado, e foi assim que os juízes da Suprema Corte decidiram em junho de 2022 que cada Estado deverá ter autonomia para regular ou restringir o direito ao procedimento.

Ocorre que, no Brasil, apesar de seguir a mesma ideia do Federalismo dos Estados Unidos, a estrutura orgânica é diferente. No Brasil temos um movimento centrífugo, isto é, por desagregação, no qual há uma forte centralização de poder da União em face dos Estados, e a Constituição Federal de 1988 prevê que a União tem competência privativa em várias áreas, entre elas a competência exclusiva para legislar sobre o direito penal, ou seja, em razão deste definir o aborto como crime, não é possível que essa legislação seja alterada por leis estaduais.

Nos Estados Unidos, há o federalismo por agregação, de forma mais descentralizada, no qual os poderes que não estão devidamente previstos na Constituição Federal como sendo de competência ao Governo Federal, serão reservados aos Estados. Sendo assim, como o aborto não está previsto na Constituição e a decisão *Roe vs. Wade*

foi posteriormente derrubada, a competência para decidir pela proibição ou legalidade do procedimento cabe a cada Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração todas as informações apresentadas, é possível afirmar que se trata de uma questão complexa que está diretamente ligada a questões sociais e econômicas. A falta de acesso à educação, a pobreza e falta de assistência médica de qualidade são alguns dos fatores que impactam diretamente na incidência de abortamentos. Além disso, a ausência de dados confiáveis sobre abortos provocados no Brasil dificulta a compreensão e o desenvolvimento de políticas públicas efetivas para lidar com o problema.

Também, deve ser ressaltado que grande parte dos problemas relativos à ausência de dados se dá em razão de que tais situações derivam diretamente da clandestinidade, não sendo possível ao Estado efetivamente mensurar a dimensão do impacto que tais crimes, incluídos na supracitada “cifra negra”, causam no meio social.

Quanto a pesquisa em questão, não há dúvidas das grandes diferenças entre o Brasil e os Estados Unidos sobre o tema. Enquanto no Brasil o

abortamento é proibido em todo o país, sem leis estaduais específicas, com poucas exceções e situações concretas analisadas de forma vinculante pela jurisprudência pátria, nos Estados Unidos após a revogação da decisão *Roe vs. Wade*, cada Estado pode decidir por sua regulamentação.

Para regular a incidência de abortos, é fundamental que haja um esforço conjunto entre governos e profissionais de saúde para garantir o acesso à educação acerca da saúde reprodutiva, serviços de saúde e políticas públicas efetivas. A educação é um elemento chave para informar as pessoas sobre os riscos e consequências do aborto, bem como fornecer informações sobre contracepção e planejamento familiar¹⁴.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao. Acesso em: 07 de mar. 2023.
2. BELINE, Silvana. A Ortodoxia e a Questão do Aborto: Um Olhar Necessário. **Rev. de Gênero, Sexualidade e Direito**. Goiânia, v. 5, n. 1, p. 119-136. Jan/Jun. 2019.
3. KORTSMIT K, MANDEL MG, REEVES JA, et al. **Abortion**

- Surveillance – United States**, 2019. MMWR Surveill Summ 2021; 70 (Nº SS-9): 1–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss7009a1>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil 2. ed. – Brasília. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_avaliacao_conduta_a_bortamento_2ed.pdf. Acesso em: 05 nov. 2022.
 5. FINER, B. Lawrence et al. **Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives**. GUTTMACHER INSTITUTE. Setembro. 2005. <https://www.guttmacher.org/journals/prsh/2005/reasons-us-women-have-abortionsquantitative-and-qualitative-perspectives>. Acesso em: 12 mai. 2022.
 6. JONES, R. K. et al. **Long-term decline in US abortions reverses, showing rising need for abortion as Supreme Court is poised to overturn Roe v. Wade**. Instituto Guttmacher, 2022. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/article/2022/06/long-term-decline-us-abortionsreverses-showing-rising-need-abortion-supreme-court>. Acesso em: 06 nov. 2022.
 7. DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgS>
 8. BRASIL. **Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dcreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 05 ago. 2022
 9. BRASIL. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/lcis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 07 mar. 2023.
 10. TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil: volume único**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Método, 2023.
 11. BRASIL. **Lei nº 11.804 de 05 de novembro de 2008**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/111804.htm. Acesso em: 21 jun. 2023.
 12. SCHOR, N.; ALVARENGA, A. T. O Aborto: Um Resgate Histórico e Outros Dados. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento humano**. São Paulo, IV (2), 1994. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/articula/view/38134>. Acesso em: 05 nov. 2022
 13. BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. v. 2. 2. ed. São Paulo: Divisão Europeia do Livro, 1967.
 14. SEDGH, Gilda et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 258-267, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lan/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/fulltext?width=921.6&height=7289.1](https://www.thelancet.com/journals/lan/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/fulltext?width=921.6&height=7289.1)

- &code=lancet-site&TB_iframe=true.
Acesso em: 09 mar. 2023.
15. CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**. 2020. V.36, n. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Acesso em: 7 mai. 2022.
16. ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B. G. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul/set 2013. <https://scielosp.org/article/sdeb/2013.v37n98/504-515/>. Acesso em: 12 mai. 2022.
17. BIGGS, M.A., GOULD, H. & FOSTER, D.G. **Understanding why women seek abortions in the US**. BMC Women's Health 13, 29 (2013). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-29>. Acesso em: 6 mai. 2022.
18. PIMENTEL, D. E. **Direito Hoje | Direito ao aborto no Brasil: discussão teórica e prática**. Portal Unificado da Justiça da 4ª Região Fevereiro. 2022. Disponível em: https://www.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=pagina_visualizar&id_pagina=2276#_ftn49. Acesso em: 04 nov. 2022.
19. BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **HC 124.306**. Rel. Min. Marco Aurélio. Voto do Ministro Luís Roberto Barroso, 1ª Turma, j. 9-8-2016, DJe 2017. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12580345>. Acesso em: 05 nov. 2022.
20. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Criminal. ACR: 70040663163 RS. Terceira Câmara Criminal. Relator Nereu José Giacomolli. Julgado em: 30 dezembro. 2010. **Jusbrasil**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tjrs/907256687>. Acesso em: 05 nov. 2022.
21. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. MS: 70073322927 RS. Relator: Luiz Mello Guimarães. Segunda Câmara Criminal. Julgado em: 27 abril. 2022. **Jusbrasil**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rs/909092659/inteiro-teor909092688>. Acesso em: 05 nov. 2022.
22. RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. Apelação Crime Nº 70009075086. Relator Vencido: Marco Aurélio de Oliveira Canosa. Redator para Acórdão: José Antônio Cidade Pitrez. Segunda Câmara Criminal. Julgado em 01/07/2004. **Jusbrasil**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rs/5555153/inteiro-teor101915468>. Acesso em: 05 nov. 2022.
23. PATRÍCIA, Fernanda. **Aborto: Liberdade de Escolha ou Crime?** Monografia. Curso de Direito, Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena, 2011.
24. BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA. HC 228.998/MG. Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze. 5ª Turma. DJe 2012. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28HC.clas.+e+%40num%3D%22228998%22%29+ou+%28HC+adj+%22228998%22%29.suce>. Acesso em: 07 mar. 2023.

25. STRAUSS, Valerie. **A brief lesson on Roe vs. Wade.** The Washington Post. 03 maio. 2022. <https://www.washingtonpost.com/education/2022/05/03/brief-lesson-roe-v-wade/>. Acesso em: 12 mai. 2022.
26. TEMME, Laura. **Roe v. Wade Case Summary: What You Need to Know.** FindLaw. 2022. Disponível em: <https://supreme.findlaw.com/supreme-court-insights/roe-v--wade-case-summary--what-you-need-to-know.html>. Acesso em: 21 jun. 2022.
27. **TRACKING THE STATES WHERE ABORTION IS NOW BANNED.** The New York Times. Disponível em: <https://www.nytimes.com/interactive/2022/us/abortion-laws-roe-vwade.html>. Acesso em: 25 de out. 2022.
28. **THE TENTH AMENDMENT - RESERVING POWER FOR THE STATES.** FindLaw. Disponível em: <https://constitution.findlaw.com/amendment10.html>. Acesso em: 09 mar. 2023.

A CONSTITUCIONALIDADE DA CONFISSÃO COMO REQUISITO PARA O ACORDO DE NÃO PERSECUÇÃO PENAL FRENTE AO PRINCÍPIO DA NÃO AUTOINCRIMINAÇÃO.

THE CONSTITUTIONALITY OF THE CONFESSION REQUIREMENT IN THE NON PROSECUTION AGREEMENT ACCORDING TO THE PRINCIPLE OF SELF-INCRIMINATION.

Kevin Oliveira Mendonça¹, Henrique Araújo Figueiredo²

1. Especialista em Direito Civil e Direito Tributário, Docente no Curso de Direito. Centro Universitário Uninorte. AC, Brasil.
2. Acadêmico do do Curso de Direito. Centro Universitário Uninorte. AC, Brasil.

***Autor correspondente:** drkevinoliveira@gmail.com

RESUMO

Objetivo: O presente estudo buscou examinar a legitimidade de utilizar a confissão como requisito para propor o Acordo de Não Persecução Penal (ANPP), visando provar a constitucionalidade deste requisito.

Método: Para isso, o estudo apresenta uma revisão histórica dos fundamentos que levaram à formação do acordo, seguida de uma análise mais detalhada do acordo em si, incluindo seu conceito, terminologia, objeto e requisitos.

Resultados: A propositura não se trata de um direito subjetivo do acusado, mas de uma faculdade do *parquet*, concluiu também que o defensor tem um papel ativo na elaboração da confissão, mas que é livre escolha do acusado optar por confessar ou não. Portanto, não há violação de nenhum direito, incluindo o direito à presunção de inocência e o princípio da não autoincriminação.

Conclusão: Com base nisso, o estudo conclui que a exigência de confissão como requisito para propor um acordo é plenamente possível e constitucional.

Palavras-chave: Acordo de não persecução penal. Confissão. Pacote anticrime. Não autoincriminação.

ABSTRACT

Objective: The present study sought to examine the legitimacy of using confession as a requirement for proposing the Non-Prosecution Agreement, aiming to prove the constitutionality of this requirement.

Method: For this purpose, the study presents a historical review of the foundations that led to the formation of the agreement, followed by a more detailed analysis of the agreement itself, including its concept, terminology, object, and requirements.

Results: The proposal is not a subjective right of the accused, but a faculty of the prosecution, and also concluded that the defender has an active role in the elaboration of the confession, but it is the accused's free choice to confess or not. Therefore, there is no

violation of any rights, including the right to presumption of innocence and the principle of non-self-incrimination.

Conclusion: Based on this, the study concludes that the requirement of confession as a prerequisite for proposing an agreement is fully possible and constitutional.

Keywords: Anticrime project. Criminal non-prosecution agreement. Confession. Self-incrimination.

INTRODUÇÃO

O presente apresenta um debate acerca da constitucionalidade do requisito da confissão como exigência para a celebração do acordo de não persecução penal. Mais adiante, este instituto de justiça negocial foi aprovado no final do ano de 2019, portanto presenciando uma novidade jurídica, motivo pelo qual abre portas para inúmeros debates, dúvidas e questionamentos quanto ao tema. Nesse sentido, é constitucional exigir que o investigado confesse a autoria e materialidade de determinado crime, ou esta exigência lesionaria o princípio da não autoincriminação?

Desse modo, tem-se como objetivo analisar a constitucionalidade do requisito da confissão à luz do princípio da não autoincriminação, conceituar a confissão formal e circunstanciada, examinar o princípio da não autoincriminação, de mesmo modo, analisar as consequências de uma possível não homologação do acordo, bem como a hipótese de descumprimento do mesmo.

É um estudo necessário para comprovar a eficácia das garantias

constitucionais dos cidadãos brasileiros que vierem a ocupar o polo passivo em eventual ação penal. A escolha do tema deu-se em razão do interesse na pesquisa sobre o instituto despenalizador, bem como sua atuação na prática.

O artigo será baseado em pesquisa bibliográfica, uma vez que se pretende analisar os posicionamentos referentes à constitucionalidade do tema. Os capítulos abordarão a origem do Acordo de Não Persecução Penal, a definição e a classificação do instituto da confissão, também abordará o conceito do princípio da não autoincriminação e sua compatibilidade com o requisito da confissão para a homologação do acordo, por fim, retornará à abordagem dos objetivos gerais e específicos com intuito de responder à abordagem do tema proposto.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ACORDO DE NÃO PERSECUÇÃO PENAL

De acordo com os registros históricos citados por Cunha¹, o Acordo de Não Persecução Penal foi criado pelo

Conselho Nacional do Ministério Público, através da resolução 181/2017², tendo seus requisitos elencados no art. 18, sendo, após, alterada pela Resolução 183/2018³.

Hodiernamente, através da vigência do Pacote Anticrime, encontra-se positivado no art. 28-A do Código de Processo Penal⁴, o acordo de não persecução penal trata-se de um instituto negocial realizado entre o Ministério Público e o investigado para infrações penais cuja pena mínima seja inferior a 4 (quatro) anos e não envolva violência ou grave ameaça, desde que devidamente confessada a autoria e materialidade da conduta criminosa descrita nos autos, bem como o cumprimento de condições impostas, sendo menos custosas do que a sanção penal aplicável ao fato praticado.

Assim, conforme mencionado no dispositivo legal, é do Ministério Público a iniciativa do acordo, sendo indiferente se o crime investigado é de ação penal pública incondicionada ou condicionada apesar de ser evidente, neste último caso, a existência de prévia representação do ofendido ou requisição do Ministro da Justiça, mesmo porque sem essas formalidades nem sequer poderia a infração ter sido investigada, mais ainda, pouco importaria, inclusive, se a ação penal fosse privada.

Mas, tratando o crime de ação penal privada, não existe previsão legal de propositura do ANPP pelo ofendido e demais legitimados do art. 31 do CPP⁴. A título de breve explanação, por não se tratar de tema a ser aprofundado, existem posições que sustentam que, diante da ausência de previsão legal, é possível utilizar-se da analogia para a viabilização e formalização deste instituto, a partir dos critérios da isonomia e proporcionalidade.

Outra cadeia doutrinária, entretanto, é contrária a este tipo de pensamento, entendendo que, diante da ausência de estipulação legal, descabe o uso da analogia para fim de viabilizar a formalização do acordo.

A previsão legal do acordo de não persecução penal importa em notória mitigação ao princípio da obrigatoriedade da ação penal, tal como ocorre com a transação penal no âmbito dos Juizados Especiais Criminais (art. 76 da Lei 9.099/1995)⁵ e com as hipóteses de colaboração premiada que autorizam o Ministério Público a deixar de oferecer denúncia.

É de suma importância ressaltar que, além das outras espécies de benefícios despenalizadores, pode-se destacar a suspensão condicional do processo, instituto previsto no art. 89 da

Lei n. 9.099/95⁵, cabível em crimes de menor potencial ofensivo.

Todavia, mais benéfica é a aplicação do acordo de não persecução penal frente a suspensão condicional do processo, tendo em vista que neste último há a exigência da primariedade do agente, além da ausência de processo por outro crime. Mais ainda, a pena deverá ser igual ou inferior a 1 (um) ano.

Nessa senda, Junior⁶ aduz que o acordo de não persecução penal é um poderoso instrumento de negociação processual penal, uma vez que seus requisitos proporcionam a abrangência de inúmeros crimes, em função do limite como parâmetro ser o mínimo cominado em abstrato.

Para Nucci⁷, a finalidade do ANPP é concretizar, por meio de mais um instituto consensual, uma espécie de justiça restaurativa, evitando o acúmulo de processos criminais, relativos a infrações penais cometidas sem violência ou grave ameaça à pessoa, para permitir uma atuação mais eficiente por parte da polícia, do Ministério Público e do Judiciário nas infrações penais efetivamente mais graves.

Dessa forma, recomenda-se que antecedente à confissão de fato, expressa, minuciosa, que o Parquet informe ao possível beneficiário do ANPP quais bens serão perdidos. De forma

que, caso não seja favorável ao agente, é melhor não confessar, (haja vista ser um ato facultativo) e por assim não realizar acordo de não persecução penal.

DA JUSTIÇA CONSENSUAL E *PLEA BARGAINING*

Nas últimas décadas, surgiram inúmeras leis contendo disposições alinhadas à justiça consensual no Brasil, no âmbito do direito penal, assim, faz-se necessário traçar um breve panorama dessa evolução legislativa.

De início, verifica-se que, hodiernamente, a colaboração premiada aparece na Lei dos Crimes Hediondos (Lei 8.072/1990)⁸, fornecendo a possibilidade de um envolvido em atividades criminosas denunciar à autoridade, associação criminosa voltada à prática de crimes de mesma natureza, obtendo como recompensa, caso possibilite o seu desmantelamento, a redução da pena de um a dois terços.

A Lei de Lavagem de Capitais (Lei 9.613/1998)⁹ consagrou a colaboração premiada, no art. 1º, § 5º. Esse dispositivo foi modificado pela Lei 12.683/2012, embora mantida a possibilidade de colaboração.

A Lei de Drogas (Lei 11.343/2006)¹⁰ prevê, no art. 41, a possibilidade de mitigação da pena daquele que,

voluntariamente, contribuir com a investigação e o processo criminal.

Já de acordo com a Lei nº 12.529/2001¹¹, que regula o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) pode celebrar um acordo de leniência, o qual impede que o agente beneficiário seja denunciado. Se o acordo for cumprido, a punibilidade é extinta, conforme previsto no artigo 87 da lei.

Mais recentemente, a Lei 12.850/2013¹² (Lei das Organizações Criminosas) contemplou e disciplinou detalhadamente a colaboração premiada, em seu art. 4º disciplina que o juiz poderá, a requerimento das partes, conceder o perdão judicial, reduzir em até 2/3 (dois terços) a pena privativa de liberdade ou substituí-la por restritiva de direitos daquele que tenha colaborado efetiva e voluntariamente com a investigação e com o processo criminal.

É oportuno, neste momento, traçar uma linha de pensamento no que tange à colaboração premiada, tendo em vista que seu dispositivo legal, tal qual o acordo de não persecução penal, elenca as espécies e requisitos para a propositura do benefício.

Assim, tem-se que existem as seguintes espécies de colaboração premiada, sendo: delação premiada,

revelação da estrutura, colaboração preventiva, recuperação de ativos e a localização da vítima.

Diz-se Delação Premiada, prevista no inciso I do art. 4º da Lei de Organizações Criminosas, aquela que pressupõe a incriminação de terceiros, ou seja a identificação de coautores e partícipes da organização criminosa. Por Revelação da Estrutura (inciso II da mesma lei¹²) entende-se como a demonstração de divisão de tarefas da Organização Criminosa. Mais a mais, a Colaboração Preventiva, inciso III, consiste em evitar ou prevenir crimes que seriam praticados pela organização criminosa, através da prestação de informações pertinentes. Por fim, o inciso IV agrega a recuperação, total ou parcial, do produto ou proveito das infrações praticadas pela organização criminosa, enquanto o inciso V inclui o elemento da localização e integridade física da vítima.

Assim, percebe-se que esse instituto trazido pela Lei das Organizações Criminosas¹² também necessita de requisitos, restando claro em seu dispositivo legal, quando este impõe que a concessão do perdão judicial ou redução da pena, que deverá preceder de uma colaboração preventiva e voluntária.

Dessa forma, fato é que o processo penal brasileiro, nos últimos anos, tem

sido receptivo à incorporação de institutos próprios do sistema de justiça criminal norte-americano, inclusive permitindo a renúncia ao processo mediante a aplicação de penas restritivas de direito, inspirado no *plea bargaining* americano (transação penal).

A teoria do *Plea bargaining* trata-se do acordo realizado entre a acusação e o réu num processo criminal, na qual este concorda em se declarar culpado, admitindo a realização de infração penal (*guilty plea*) em troca de uma pena reduzida ou de uma acusação menos gravosa, ou deixa de contestá-la (*plea of nolo contendere*). Tal teoria baseia-se na ideia de que a justiça criminal é um sistema limitado de tempo e recursos, sendo mais eficiente lidar com casos tidos como de “menor gravidade” através de acordos e negociações, dessa forma, apresentando um aumento na eficiência da justiça criminal.

Mais adiante em âmbito doutrinário, este novo instituto de medida consensual encontra, inclusive, amparo no entendimento trazido por Silva Sánchez¹³, chamado de teoria das velocidades do direito penal.

Brevemente, as velocidades do direito penal referem-se à forma na qual o sistema penal atua em relação aos casos criminais, desde o momento em que o fato tido como crime é cometido

até o momento em que o réu é julgado e punido (caso seja). Segundo Silva Sánchez¹³, existem três velocidades no direito penal, de modo na primeira, velocidade repressiva, o Estado atuaria de forma mais rápida quando o crime é grave ou quando há uma enorme pressão da opinião pública para que haja a resolução do caso; a velocidade processual envolve a realização das audiências, julgamentos e recursos, sendo assim influenciada pela complexidade do caso em análise e pelo volume de casos que o sistema jurídico tem de lidar. Percebe-se que o acordo de não persecução penal poderia facilmente integrar a velocidade processual, haja vista a realização de audiências para tanto e os requisitos elencados pela legislação penal. Por fim, Silva Sánchez¹³ integrou o fenômeno do Direito penal do inimigo como sendo a terceira velocidade do direito penal, de forma que esta velocidade, executória, envolve a prisão do condenado, a duração da pena e sua forma de execução.

REQUISITOS PARA O ACORDO

De acordo com a redação do art. 28-A do Código de Processo Penal⁴, percebe-se que o legislador infraconstitucional fixou alguns requisitos e restrições a serem impostas cumulativa

e alternativamente para fins de propositura do ANPP. Vejamos:

Art. 28-A. Não sendo caso de arquivamento e tendo o investigado confessado formal e circunstancialmente a prática de infração penal sem violência ou grave ameaça e com pena mínima inferior a 4 (quatro) anos, o Ministério Público poderá propor acordo de não persecução penal, desde que necessário e suficiente para reprovação e prevenção do crime, mediante as seguintes condições ajustadas cumulativa e alternativamente:

I - reparar o dano ou restituir a coisa à vítima, exceto na impossibilidade de fazê-lo;

II - renunciar voluntariamente a bens e direitos indicados pelo Ministério Público como instrumentos, produto ou proveito do crime;

III - prestar serviço à comunidade ou a entidades públicas por período correspondente à pena mínima cominada ao delito diminuída de um a dois terços, em local a ser indicado pelo juízo da execução, na forma do art. 46 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal);

IV - pagar prestação pecuniária, a ser estipulada nos termos do art. 45 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a entidade pública ou de interesse social, a ser indicada pelo juízo da execução, que tenha, preferencialmente, como função proteger bens jurídicos iguais ou semelhantes aos aparentemente lesados pelo delito; ou

V - cumprir, por prazo determinado, outra condição indicada pelo Ministério Público, desde que proporcional e compatível com a infração penal imputada.

[...]

§ 2º O disposto no **caput** deste artigo não se aplica nas seguintes hipóteses:

I - se for cabível transação penal de competência dos Juizados Especiais Criminais, nos termos da lei;

II - se o investigado for reincidente ou se houver elementos probatórios que indiquem conduta criminal habitual, reiterada ou profissional, exceto se

insignificantes as infrações penais pretéritas;

III - ter sido o agente beneficiado nos 5 (cinco) anos anteriores ao cometimento da infração, em acordo de não persecução penal, transação penal ou suspensão condicional do processo; e

IV - nos crimes praticados no âmbito de violência doméstica ou familiar, ou praticados contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, em favor do agressor.

[...]

Passo que se torna necessário o estudo acerca destes elementos permissivos e impeditivos.

Requisitos permissivos: 1) não ser caso de arquivamento da investigação; 2) o acusado deve confessar formal e circunstancialmente a prática do crime; 3) infração penal com pena mínima inferior a 4 anos; 4) não seja crime praticado com violência ou grave ameaça à pessoa.

Restrições: 5) não seja crime de violência doméstica ou familiar, ou crime de gênero menosprezo ou discriminação à condição de mulher; 6) não seja o agente reincidente, criminoso habitual ou profissional; 7) não seja cabível transação penal; e; 8) não ter sido o acusado beneficiado nos últimos 5 anos com ANPP, transação ou sursis processual.

Passando agora à análise individual de cada um destes elementos temos que:

1) Não seja caso de arquivamento da investigação:

Para Junqueira (2020)¹⁴ a proposta de ANPP pressupõe a presença de justa causa para o oferecimento de denúncia consubstanciada em indícios de autoria e prova da existência da infração penal.

2) Confissão formal e circunstancial do acusado:

Por ser um requisito de grandiosa relevância para uma maior compreensão acerca do ANPP, este tema será abordado de forma minuciosa no discorrer do item 2 deste artigo.

3) Infração penal com pena mínima cominada inferior a 4 anos:

É de suma importância destacar que para a concretização do requisito de pena inferior a (4) quatro anos, serão consideradas as causas de aumento e diminuição aplicáveis ao caso concreto (art. 28-A, §1º, CPP). Com isso, a projeção da pena fica mais próxima da realidade e adequada (CABRAL, 2020)¹⁵.

4) Ausência de violência ou grave ameaça contra a pessoa:

De mesmo modo, para a propositura do ANPP, o investigado, além da pena mínima inferior a 4 anos citada acima, não poderá ter cometido crime com violência ou grave ameaça, mais ainda, o delito não poderá ser hediondo ou equiparado, conforme Orientação Conjunta nº 03/2018 do MPF¹⁶.

Todavia, mister destacar neste momento, a existência dos crimes culposos violentos, que, brevemente, trata-se daqueles em que a violência, nestes casos, decorre da inobservância do dever de cuidado, ou seja, de um comportamento negligente ou imprudente da pessoa que os cometeu. Na prática destes tipos de crimes, o Estado entende que a conduta possui um menor grau de reprovabilidade.

Diante do exposto, comprovando distintos os efeitos entre crimes dolosos e culposos, em sendo praticados os crimes culposos violentos, mostra-se possível a propositura de acordo de não persecução penal (ANPP).

Desse modo, verifica-se que alguns crimes, como apropriação indébita (art. 168 CP), estelionato (art. 171 do CP), associação criminosa (art. 288 do CP), peculato (art. 312 do CP), descaminho (art. 334 –do CP), contrabando (art. 334-A do CP), posse e porte de arma (art. 12 e 14 da Lei 10.826/03), além de quase a totalidade de crimes eleitorais, são passíveis de propositura de acordo.

5) Não seja o crime de violência doméstica ou familiar, ou crime de gênero, menosprezo ou discriminação à condição de mulher:

Como causa impeditiva para a propositura do ANPP, há os crimes

praticados no âmbito de violência doméstica ou familiar, ou praticados contra mulher por razões da condição de sexo feminino, que tem relação com a norma penal explicativa do §2º do art. 121 do Código Penal.

6) Não seja reincidente, criminoso habitual ou profissional:

Haverá a impossibilidade de estabelecimento do benefício consensual nas hipóteses em que o investigado seja reincidente, exceto se forem consideradas insignificantes as infrações penais pretéritas, bem como praticar o crime habitual ou profissionalmente.

7) Não seja cabível transação penal:

Nos casos de crime cuja competência seja dos Juizados Especiais Criminais, o art. 28-A, I do CPP⁴, menciona a preferência da aplicação do instituto da transação penal, por ser mecanismo mais adequado para tais procedimentos. A título de comparação, o ANPP requer confissão prévia, de modo que este requisito não é exigível para a transação penal.

8) Não ter sido o acusado beneficiado nos últimos 5 anos com ANPP, transação ou sursis processual.

Diz que o investigado ou acusado estará legalmente impedido de celebrar novo acordo no caso de, nos últimos

cinco anos, ter sido beneficiado por um dos institutos consensuais acima.

Diante de todo o exposto, pode-se, portanto, criar-se o questionamento quanto ao fato de o acusado ou investigado tomar as rédeas de iniciar a proposta de acordo de não persecução penal.

Nesse sentido, oportuno se faz analisar o recente julgado do Superior Tribunal de Justiça¹⁷, que assim encontra-se:

PROCESSUAL PENAL. AGRAVO REGIMENTAL NO HABEAS CORPUS. FURTO. NEGATIVA DE OFERECIMENTO DE ACORDO DE NÃO PERSECUÇÃO PENAL JUSTIFICADA. PLEITO DE DETERMINAÇÃO AO MINISTÉRIO PÚBLICO PARA QUE FAÇA A PROPOSTA. IMPOSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE DIREITO SUBJETIVO DO RÉU. ILEGALIDADE NÃO VERIFICADA. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO.

1. O acordo de não persecução penal é fase prévia e alternativa à propositura de ação penal, que exige, dentre outros requisitos, aqueles previstos no caput do artigo 28-A do Código de Processo Penal: 1) delito sem violência ou grave ameaça com pena mínima inferior a 4 anos; 2) ter o investigado confessado formal e circunstancialmente a infração; e 3) suficiência e necessidade da medida para reprovação e prevenção do crime. Além disso, extrai-se do §2º, inciso II, que a reincidência ou a conduta criminal habitual, reiterada ou profissional afasta a possibilidade da proposta.

2. O pretendido acordo deixou de ser ofertado em razão do Ministério Público ter considerado estarem ausentes os requisitos objetivos e subjetivos para a proposição, tendo sido destacado que os réus, de origem estrangeira, já estavam com passagens compradas para se evadirem do distrito da culpa. Pontuou que a ausência de residência fixa no local do crime dificultaria o

cumprimento de eventual acordo. Considerou, o parquet, portanto, que eventual acordo não seria suficiente para a reprovação e prevenção do crime.

3. A possibilidade de oferecimento do acordo de não persecução penal é conferida exclusivamente ao Ministério Público, não constituindo direito subjetivo do investigado.

Desse modo, cuidando-se de faculdade do parquet, a partir da ponderação da discricionariedade da propositura do acordo, mitigada pela devida observância do cumprimento dos requisitos legais, estando devidamente fundamentado o não oferecimento do acordo de não persecução penal, não cabe ao Poder Judiciário determinar ao Ministério Público que ofereça o acordo de não persecução penal.

4. Agravo regimental desprovido. (grifo nosso).

Dessa forma, entendeu a quinta turma do Superior Tribunal de Justiça que o Acordo de Não Persecução Penal não é um direito subjetivo do réu, mas sim um poder-dever do Ministério Público, que entendendo estarem presentes os requisitos legais, e sendo o acordo necessário e suficiente para a repreensão e prevenção do crime, poderá decidir pela proposta do acordo.

Após exposta a ausência de situações que impedem a concretização do acordo, passa-se à formalização dele.

FORMALIZAÇÃO E HOMOLOGAÇÃO DO ACORDO.

A formalização, no ANPP, está positivada no art. 28-A, § 3º do Código de Processo Penal, trata-se de uma parte fundamental na propositura deste instrumento, tendo em vista que é neste

momento que haverá a confissão do investigado e as tratativas do acordo. Mais ainda, visando a uma maior fidelidade das informações, a formalização poderá ser registrada por meio de gravação audiovisual.

Avena¹⁸, disciplina que o instituto será formalizado por escrito, nele constando a subscrição do membro do Ministério Público, do investigado e de seu defensor. No termo de acordo, além das condições que vinculam a sua celebração, deverá constar, de modo expresse, o compromisso do investigado no sentido da comprovação do seu cumprimento, da apresentação de justificativa para hipótese de não adimplemento das obrigações estabelecidas e das consequências de assim não proceder: rescisão do ANPP e oferecimento de denúncia.

No entendimento de Nucci⁷ “o acordo será feito por escrito e assinado pelo membro do MP, pelo investigado e pelo defensor.” Extraíndo tal análise, entende-se que a homologação do ANPP deve ocorrer em audiência, prevalecendo a oralidade, e devendo o magistrado apurar a voluntariedade da declaração do acusado, na presença de seu defensor. Caso o juiz julgue imprópria, inadequada ou abusiva alguma disposição, deverá devolver os autos ao Ministério Público para que este reformule a recomendação

e esta seja acatada pelo investigado e sua defesa.

Formalizado o acordo, será este enviado ao juiz competente para efeito de homologação. Com vista a essa finalidade, deverá o juiz aprazar audiência, na qual, a partir da oitiva do investigado na presença de seu defensor, será constatada a voluntariedade do ajuste e a sua legalidade, muito especialmente o preenchimento dos requisitos que condicionam a celebração prevista no art. 28-A, *caput*, e a inoccorrência das causas que obstem esta celebração¹⁸.

Em caso de homologação, serão os autos restituídos ao Ministério Público, que os distribuirá perante o juízo da execução penal, que é aquele junto ao qual deverá ser comprovado pelo investigado o cumprimento das obrigações ajustadas, sempre com a devida intervenção do Ministério Público, logicamente. Da homologação do acordo, deverá ser intimada a vítima.

A celebração e o cumprimento da ANPP não constarão da certidão de antecedentes criminais, exceto para o fim previsto no § 2º, inciso III deste artigo, que impedirá a celebração de ANPP. Em caso de descumprimento de qualquer das condições nele previstas, o Ministério Público deverá informar o juízo para o arquivamento do benefício e ulterior

oferecimento de denúncia. Entretanto, no caso de cumprido integralmente o ANPP, o juízo competente decretará a extinção da punibilidade (art. 28-A, §§ 10, 12 e 13, da Lei n. 13.964/2019).

DA NÃO HOMOLOGAÇÃO DO ACORDO

Para que não haja a homologação do ANPP, o juiz a recusará, caso entenda que são inadequadas, insuficientes ou abusivas as condições fixadas no acordo de não persecução penal, caso este em que serão os autos devolvidos ao Ministério Público para reformulação da proposta, com a concordância do investigado e do seu defensor.

Ou, mais ainda, no caso em que considere ilegal o ajuste em face da inobservância das condições que, previstas em lei, autorizam a sua celebração, hipótese em que também devolverá os autos ao Ministério Público para as providências que entender cabíveis.

Em caso de não homologação, fica a critério do Ministério Público, inclusive, oferecer denúncia em face do investigado, entretanto, não poderá o *parquet* utilizar-se da confissão realizada no Acordo, no processo criminal.

Cabral¹⁵ aduz: “Na hipótese de o acordo não ser homologado, volta-se ao *status quo ante*, não sendo possível, por

força do princípio da lealdade e da moralidade administrativa, o seu uso em prejuízo do investigado”.

Assim, pode-se criar um questionamento a respeito do que acontecerá com a confissão exarada. Nesse sentido, por força do princípio da boa-fé e da lealdade processual, é indicado que em casos de não homologação do ANPP, a confissão do investigado seja removida dos autos, não podendo, portanto, que a confissão ao Ministério Público seja usada em prejuízo do investigado.

A CONFISSÃO

Como explanado brevemente, entre inúmeros outros requisitos para a celebração, mister destacar a exigência de confissão formal e circunstanciada prevista no caput do artigo 28-A do CPP.

Entretanto, de antemão, faz-se necessário entender o que consiste ser confissão no processo penal brasileiro.

Lima¹⁹ conceitua a confissão como sendo a aceitação por parte do acusado de infração penal a ele imputada, perante a autoridade judiciária ou policial competente, admitindo a veracidade dos fatos atribuídos.

Já Nucci⁷ aduz ser confissão apenas o ato voluntário e pessoal praticado pelo agente, porquanto que não

existe confissão feita por preposto ou mandatário, tampouco mediante coação.

Passando agora ao entendimento de confissão formal e circunstancial, entende-se como formal a confissão preferencialmente gravada em áudio e vídeo (art. 18, § 2º, da Resolução 181/2017 do CNMP²) ou reduzida a termo, realizada na presença do Ministério Público e do defensor do investigado. Seu objetivo, portanto, seria coibir a confissão oral e sem registros.

A lei ainda fala que o investigado deverá confessar circunstancialmente, ou seja, completa, minuciosa, com todos os detalhes e particularidades da prática delituosa, inclusive com relato de eventual participação de terceiro no delito. Portanto, sua finalidade é a de fazer constar detalhes suficientes para que se possa aferir judicialmente sua consistência e verossimilhança.

Nesse sentido, Cheker²⁰ ensina que caberá ao investigado confessar todos os elementos da prática criminosa de forma detalhada e minuciosa. Não se trata, assim, de uma confissão genérica, mas sim de um reconhecimento da prática do ato criminoso em todas as suas circunstâncias, entre elas a atuação do beneficiário no concurso de agentes, conforme exposto.

Portanto, caso o investigado opte pelo seu direito constitucional de manter-

se em silêncio (CF, art. 5º, LXIII), não será prejudicado pelo mesmo, todavia, não haverá acordo de não persecução penal.

A CONSTITUCIONALIDADE DA CONFISSÃO

Para Cunha¹, a confissão, no Acordo de Não Persecução Penal representa uma admissão de culpa sem implicações jurídicas, de modo que não pode ser levada em conta em eventual sentença condenatória, no caso de não homologação do acordo. Trata-se exclusivamente de pressuposto de existência e requisito de validade do acordo.

Posto ainda o posicionamento doutrinário, é importante destacar que a confissão deve ser feita na presença do órgão ministerial e que é essencial que o investigado esteja acompanhado por um defensor. Assim, se o investigado vier a confessar o crime durante o inquérito policial, essa confissão não terá valor probatório, pois deverá ocorrer no momento da oferta do acordo.

Mais ainda, tendo em vista que esta condição se trata de benefício ao réu, ao mesmo passo, é desnecessária a confissão perante a autoridade policial, sendo necessária apenas ao representante do *parquet*.

Inclusive, a não confissão perante o delegado de polícia, no curso do inquérito policial, não impossibilita a formalização do acordo *a posteriori*, conforme o seguinte julgado da Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ):

HABEAS CORPUS. TRÁFICO DE DROGAS. ACORDO DE NÃO PERSECUÇÃO PENAL. PODER-DEVER DO MINISTÉRIO PÚBLICO. AUSÊNCIA DE CONFISSÃO NO INQUÉRITO POLICIAL. NÃO IMPEDIMENTO. REMESSA DOS AUTOS À PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA. INTELIGÊNCIA DO ART. 28-A, § 14, DO CPP. NECESSIDADE. ORDEM CONCEDIDA. 1. O acordo de não persecução penal, de modo semelhante ao que ocorre com a transação penal ou com a suspensão condicional do processo, introduziu, no sistema processual, mais uma forma de justiça penal negociada. Se, por um lado, não se trata de direito subjetivo do réu, por outro, também não é mera faculdade a ser exercida ao alvedrio do Parquet. O ANPP é um poder-dever do Ministério Público, negócio jurídico pré-processual entre o órgão (consoante sua discricionariedade regrada) e o averiguado, com o fim de evitar a judicialização criminal, e que culmina na assunção de obrigações por ajuste voluntário entre os envolvidos. Como poder-dever, portanto, observa o princípio da supremacia do interesse-público – consistente na criação de mais um instituto despenalizador em prol da otimização do sistema de justiça criminal – e não pode ser renunciado, tampouco deixar de ser exercido sem fundamentação idônea, pautada pelas balizas legais estabelecidas no art. 28-A do CPP. 2. A ausência de confissão, como requisito objetivo, ao menos em tese, pode ser aferida pelo Juiz de direito para negar a remessa dos autos à PGJ nos termos do art. 28, § 14, do CPP. **Todavia, ao exigir a existência de confissão formal e circunstanciada do crime, o novel art. 28-A do CPP não impõe que tal ato ocorra necessariamente no inquérito, sobretudo quando não consta que o acusado – o qual estava desacompanhado de defesa técnica e**

ficou em silêncio ao ser interrogado perante a autoridade policial – haja sido informado sobre a possibilidade de celebrar a avença com o Parquet caso admitisse a prática da conduta apurada. 3. Não há como simplesmente considerar ausente o requisito objetivo da confissão sem que, no mínimo, o investigado tenha ciência sobre a existência do novo instituto legal (ANPP) e possa, uma vez equilibrada a assimetria técnico-informacional, refletir sobre o custo-benefício da proposta, razão pela qual “o fato de o investigado não ter confessado na fase investigatória, obviamente, não quer significar o descabimento do acordo de não persecução” (CABRAL, Rodrigo Leite Ferreira. Manual do Acordo de Não Persecução Penal à luz da Lei 13.963/2019 (Pacote Anticrime). Salvador: JusPodivm, 2020, p. 112). 4. É também nessa linha o Enunciado n. 13, aprovado durante a I Jornada de Direito Penal e Processo Penal do CJF/STJ: “A inexistência de confissão do investigado antes da formação da opinio delicti do Ministério Público não pode ser interpretada como desinteresse em entabular eventual acordo de não persecução penal”. 5. A exigência de que a confissão ocorra no inquérito para que o Ministério Público ofereça o acordo de não persecução penal traz, ainda, alguns inconvenientes que evidenciam a impossibilidade de se obrigar que ela aconteça necessariamente naquele momento. Deveras, além de, na enorme maioria dos casos, o investigado ser ouvido pela autoridade policial sem a presença de defesa técnica e sem que tenha conhecimento sobre a existência do benefício legal, não há como ele saber, já naquela oportunidade, se o representante do Ministério Público efetivamente oferecerá a proposta de ANPP ao receber o inquérito relatado. Isso poderia levar a uma autoincriminação antecipada realizada apenas com base na esperança de ser agraciado com o acordo, o qual poderá não ser oferecido pela ausência, por exemplo, de requisitos subjetivos a serem avaliados pelo membro do Parquet. 6. No caso, porque foi negada a remessa dos autos à Procuradoria-Geral de Justiça (art. 28-A, § 14, do CPP) pela ausência de confissão do réu no inquérito, oportunidade em que ele

estava desacompanhado de defesa técnica, ficou em silêncio e não tinha conhecimento sobre a possibilidade de eventualmente vir a receber a proposta de acordo, a concessão da ordem é medida que se impõe. 7. Ordem concedida, para anular a decisão que recusou a remessa dos autos à Procuradoria Geral de Justiça – bem como todos os atos processuais a ela posteriores – e determinar que os autos sejam remetidos à instância revisora do Ministério Público nos termos do art. 28-A, § 14, do CPP e a tramitação do processo fique suspensa até a apreciação da matéria pela referida instituição. (grifo nosso).

Portanto, não há necessidade de confissão perante a autoridade policial, mas imprescindível é a presença de um defensor, dessa forma, possibilitando mais segurança à celebração do acordo, é que se mostra constitucional a confissão presente no Acordo de Não Persecução Penal.

Nesse sentido, Cabral¹⁵ denota o seguinte:

Diante disso, é possível concluir que o estabelecimento, pelo art. 28-A do Código de Processo Penal, da confissão como requisito para a celebração do acordo de não persecução penal não parece violar o direito de ficar calado, mesmo porque a decisão de confessar decorre de uma opção legítima e importante para a defesa do investigado, além de ser necessariamente orientada pelo defensor¹⁵.

Ou seja, a confissão não demonstra resquícios de ilegalidade, tampouco inconstitucionalidade processual, de modo que ela não foi obtida por meio clandestino ou forçado, sem seguir o rito constitucional, respeitando de forma

concreta as garantias constitucionais do investigado.

Do mesmo pensamento, posiciona-se Cabral¹⁵, ao dizer que confissão do investigado só terá validade se for realizada sem qualquer tipo de lesão, coação ou ameaça. Sendo assim a exigência desta para a propositura do ANPP não viola as garantias fundamentais do investigado, ora:

Diante desse contexto, pode-se indagar se o art. 28-A do Código de Processo Penal, ao estabelecer como requisito para a celebração do acordo de não persecução penal a confissão circunstanciada dos fatos, padeceria de inconstitucionalidade, uma vez que poderia menoscabar o direito ao silêncio. Para responder a essa pergunta, é importante assentar uma premissa. Não se admite o emprego série de medidas que visem forçar o investigado ou acusado a confessar a prática do delito, existindo um grande consenso no sentido de que, nos interrogatórios, é vedada: (I) a tortura física ou psicológica; (II) o uso de qualquer intervenção corporal contra o imputado; (III) o emprego de medidas que afetem a memória ou a capacidade de compreensão do interrogado; (IV) o uso de hipnose; (V) o uso de métodos de interrogatório durante a fadiga; (VI) a administração de medicação ou narcoanálise (seja por injeção, inalação, contato com a pele, ingestão via comida ou bebida); (VII) o engano; (VIII) o ardil; (IX) as ameaças e (X) as perguntas capciosas (CABRAL, 2021, p. 133).

Ora, no ANPP não há nenhuma sentença penal condenatória, portanto o ato de confessar, por mais essencial que seja, perante o órgão ministerial não produz nenhum efeito sobre a culpabilidade do investigado.

Mais uma vez, o ANPP trata-se de um instrumento de justiça negocial, aplicando-se naquilo que é pertinente, os princípios aplicados à transação penal e à suspensão condicional do processo.

No mesmo sentido, ao confessar perante o Ministério Público, o investigado não está deixando de ser inocente, trata-se de um benefício imposto a ele para que não haja denúncia, processo, e posteriormente uma pena.

Para o *parquet*, a confissão é tida como uma essencial garantia de cumprimento do ANPP.

De acordo com Cabral¹⁵ “as medidas impostas no ANPP não têm natureza jurídica de pena propriamente dita.” Dessa forma, o ato de confessar permite que o investigado exerça seus direitos com independência, liberdade e capacidade de decisão em relação ao seu futuro no processo judicial, garantindo a preservação de seus direitos e garantias fundamentais, e sempre contando com a assistência da defesa técnica.

Assim, conclui-se que a confissão como requisito para confirmação do Acordo de Não Persecução Penal não fere o disposto no art. 11 da Declaração Universal de Direitos Humanos²¹, por dispor que todo acusado de um fato criminoso tem o direito de ser presumido

inocente, até que sua culpa seja confirmada em julgamento público, assegurando a ele todas as garantias de proteção, não fere também o princípio da não autoincriminação, com fundamento no inc. LVII do art. 5º da Constituição Federal, pelo fato de que sem denúncia, não haverá processo, e consequentemente sentença condenatória.

Desse modo, não ocorre qualquer violação de direitos constitucionais quando o investigado decide confessar para firmar o ANPP, uma vez que ele abre mão do direito ao silêncio em troca de uma opção mais favorável para si. É por isso que a exigência de confissão para a celebração do acordo de não persecução penal se limita nisso.

Ao mesmo passo, cumprido o acordo, como efeito secundário, em caso da prática de outro crime, como exposto anteriormente, não será possível formalizar um novo acordo, todavia, por ser um instrumento de excludente de punibilidade, entretanto, o investigado não poderá ser considerado reincidente pela prática deste novo delito.

PRINCÍPIO DA NÃO AUTOINCRIMINAÇÃO

Este tópico analisará, sob um preceito doutrinário, o entendimento

acerca da relação com o princípio da não autoincriminação.

Também conhecido como *Nemo tenetur se detegere* ou *Nemo tenetur se ipsum accusare*, o princípio da não autoincriminação está ligado ao direito que o indivíduo possui de não produzir provas contra si, em outras palavras, a inviabilidade de coação sofrida pelo indivíduo por qualquer autoridade ou cidadão a se autoincriminar.

De acordo com Lima⁹, este princípio, além de previsto na Constituição Federal, em seu art. 5º, inc. LXIII, também encontra fundamento no art. 14.3, al. “g” do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, bem como na Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em seu art. 8º, p.2º al. “g”.

Este princípio é uma garantia constitucional instituída com o propósito de proteger o indivíduo contra os excessos do Estado, bem como o resguarda contra eventuais violências utilizadas para compeli-lo a cooperar na investigação e apuração dos delitos.

Percebe-se que, por prever o direito ao silêncio, a Constituição Federal assegurou ao sujeito passivo que ele não poderá sofrer nenhum prejuízo jurídico por eventual omissão a colaborar na atividade probatória da educação, inexistindo presunção de culpabilidade⁶.

Conseqüentemente, entende-se que esta garantia se faz indispensável para que se possa fazer valer as diretrizes do sistema acusatório, pois as funções de investigar, acusar, defender e julgar estão devidas e amplamente separadas, não havendo o que se falar em gestão da prova na mão das partes.

O PRINCÍPIO DA NÃO AUTOINCRIMINAÇÃO E A EXIGÊNCIA DA CONFISSÃO COMO REQUISITO PARA PROPOSITURA DO ACORDO DE NÃO PERSECUÇÃO PENAL

A problemática apresentada neste artigo é aprofundada ao considerar as conseqüências que a existência de uma confissão realizada pelo investigado durante a fase pré-processual possa acarretar numa possível instauração de ação penal.

Durante uma investigação criminal, o suposto autor do fato pode adotar diversas posturas, dentre elas, o direito de se reservar em permanecer em silêncio. Essa prerrogativa decorre do art. 5º, LXIII da Constituição Federal, que consagra o direito à não autoincriminação, pelo qual o investigado não pode ser obrigado a produzir prova contra si mesmo.

Como já abordado, de forma anterior e sucinta, e defendida ainda por Lovatto e Lovatto²², a confissão

promovida pelo acordo de não persecução penal não poderá ser utilizada como meio de prova em eventual processo criminal, uma vez que é de responsabilidade do Estado a produção das provas, não podendo depender de ato pessoal praticado por aquele que possui o direito constitucional de não possuir provas contra si mesmo.

Cunha¹, concorda no fato de que a confissão do acordo de não persecução penal não pode ser tida como prova processual, porquanto esta não possui reconhecimento expreso de culpa pelo investigado, mas somente uma admissão implícita de culpa, cuja índole é puramente moral e não possui repercussão jurídica, já que para ser devidamente reconhecida, a culpa demandará do devido processo legal.

Entretanto, Poli e Vila²³ abordam as conseqüências do caso em que a confissão possa acarretar o caso da não instauração do juiz de garantias, instrumento também introduzido pelo Pacote Anticrime, mas que, até o momento, encontra-se com o dispositivo legal suspenso liminarmente, em razão de decisão do Ministro do Supremo Tribunal Federal, Luiz Fux.

Todavia, é cediço pelos doutrinadores citados que, caso não haja a implementação do juiz de garantias, o acordo poderá ser homologado pelo juiz

da vara comum, magistrado este que poderá ao mesmo passo realizar a homologação e revogação deste.

Assim, considerados direitos fundamentais, na forma de direitos individuais ou de primeira dimensão, o direito à não-autoincriminação e à presunção de inocência encontram previsão constitucional no artigo 5º da Constituição Federal, sendo possível constatar a presença de ambos no contexto de negociação do acordo de não persecução penal.

Portanto, é incoerente admitir que a confissão realizada na fase pré-processual possa ser admitida como meio de prova em uma possível ação penal, visto que, conforme abordado, a confissão não infringe os direitos constitucionais do investigado, tendo em vista a não utilização desta confissão contra o próprio, sendo obrigação estatal produzir provas das circunstâncias que atribui ao denunciado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise da constitucionalidade da exigência da confissão como requisito para a propositura do acordo de não persecução penal frente ao princípio da não autoincriminação, infere-se que não existe violação no referido princípio, visto que não existe obrigação de confissão

para a celebração do acordo, sendo facultado ao investigado confessar ou não, tudo dentro de sua autonomia de vontade e assistido pela defesa técnica, assim, a confissão acaba por ser obtida de forma completamente lícita, sendo resguardado seu direito ao silêncio.

A única exceção é no fato do descumprimento do acordo, motivo pelo qual poderá o Ministério Público instaurar ação com base na confissão, mas que, de mesmo modo, não se vislumbra inconstitucionalidade, visto que o investigado firmou acordo devidamente assistido por seu defensor, ciente das consequências do seu não cumprimento, não poderia ele, portanto, firmar o acordo sem intenso conhecimento deste. Vale destacar que a confissão é meio essencial para a propositura do acordo, e em caso de homologação, não haverá denúncia, abdicando o parquet deste ato, não se vê inconstitucionalidade neste ato. Imprescindível mencionar que, em caso de não homologação, não poderá, em hipótese alguma, ser oferecida denúncia ao investigado com base na confissão obtida pela autoridade judiciária, sendo necessária a produção de novas provas.

Assim sendo, conclui-se que o Acordo de Não Persecução Penal é um instituto válido, sendo constitucional a confissão para a celebração do mesmo, visando garantir uma celeridade

processual, de forma acessível e rápida, desfogando as inúmeras lides processuais presentes no Poder Judiciário. Mais ainda, o instituto do acordo de não persecução penal traz benefícios tanto ao investigado quanto ao Estado, sendo implícito que ambos renunciam direitos ou pretensões em troca de alguma vantagem, ora: o ente estatal renuncia obter uma condenação estatal, mas em contrapartida ganha ao economizar dos recursos financeiros de manter alguém cumprindo pena, evitando o encarceramento de quem comete infrações de menor gravidade, ganha ainda em resolver o conflito de uma forma mais célere e menos desgastante, mais ainda, possibilita ainda a efetiva reparação do dano; já o réu renuncia ao tentar provar sua inocência pelo devido processo legal, em troca de evitar o processo, e uma possível sujeição à pena privativa de liberdade.

Comprova-se, portanto, que a justiça negocial proposta pelo acordo de não persecução penal implica de forma positiva a efetividade de diversos princípios processuais.

REFERÊNCIAS

1. CUNHA, Rogério Sanches. **Pacote Anticrime – Lei n. 13.964/2019: Comentários às alterações do CP, CPP e LEP**, Salvador: Editora Juspodivm, 2020.
2. BRASIL. **Conselho Nacional do Ministério Público. Resolução n. 181** de 7 ago. 2017. Dispõe sobre instauração e tramitação do procedimento investigatório criminal a cargo do Ministério Público.
3. BRASIL. **Conselho Nacional do Ministério Público. Resolução n. 183** de 24 jan. 2018. Altera os artigos 1º, 3º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 13, 15, 16, 18, 19 e 21 da Resolução 181, de 7 de agosto de 2017, que dispõe sobre instauração e tramitação do procedimento investigatório criminal a cargo do Ministério Público.
4. BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 31 mai. 2023.
5. BRASIL. **Lei nº 9.099/95 Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais** de 26 de setembro de 1995. Código de Processo Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9099.htm Acesso em: 31 mai. 2023.
6. JUNIOR, Aury L. **Direito processual penal**. São Paulo, SP: Editora Saraiva, 2022. E-book. ISBN 9786553620520. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553620520/>. Acesso em: 13 set. 2022.
7. NUCCI, Guilherme de S. **Processo Penal e Execução Penal - Esquemas & Sistemas**. São Paulo, SP: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788530993153. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993153/>.

- Acesso em: 13 set. 2022.
8. BRASIL, **Lei N. 8.072, de 25 de julho de 1990. Lei dos crimes hediondos.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm> Acesso em 31 mai. 2023.
 9. BRASIL, **Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998. Lei de Lavagem de Capitais,** Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9613.htm. Acesso em: 31 mai. 2023.
 10. BRASIL. **Lei nº 11.343/2006, Lei de Drogas.** de 23 de agosto de 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm Acesso em: 31 mai. 2023.
 11. BRASIL. **Lei nº 12.529/2011 Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência.** de 30 de novembro de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12529.htm Acesso em: 31 mai. 2023.
 12. BRASIL. **Lei nº 12.850/2013 Lei de Organizações Criminosas.** de 2 de agosto de 2013. Código de Processo Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12850.htm Acesso em: 31 mai. 2023.
 13. SILVA SÁNCHEZ, Jesús-Maria. **A expansão do direito penal: aspectos da política criminal nas sociedades pós-industriais.** Trad. Luíz Otávio de Oliveira Rocha. São Paulo: RT, 2002.
 14. JUNQUEIRA, Gustavo et al. **Lei Anti Crime Comentada: artigo por artigo.** São Paulo: Saraiva Educação, 2020. p. 176.
 15. CABRAL, Rodrigo Leite Ferreira. **Manual do Acordo de Não Persecução Penal à luz da Lei 13.963/2019 (Pacote Anti Crime).** Salvador: JusPodivm, 2020.
 16. Orientação Conjunta nº 3/2018, Ministério Público Federal. **Acordo de não persecução penal.** 2ª, 4ª e 5ª Câmaras de Coordenação e Revisão, 2018
 17. BRASIL. **Superior Tribunal de Justiça.** Agravo Regimental. Brasília: STJ, 1989.
 18. AVENA, Norberto. **Processo Penal.** São Paulo, SP: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559645084. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559645084/>. Acesso em: 13 set. 2022.
 19. LIMA, Renato Brasileiro. **Manual de Processo Penal.** 8. Ed. rev. ampl. e atual. São Paulo, SP: Juspodivm, 2020.
 20. CHEKER, Monique. **A Confissão do Concurso de Agentes no Acordo de Não Persecução Penal.** In: WALMSLEY, Andréa; CIRENO, Lígia; BARBOZA, Márcia Noll (orgs.). Inovações da Lei no 13.964, de 24 de dezembro de 2019. Coletânea de Artigos. v. 7. 2ª Câmara de Coordenação e Revisão. Brasília: MPF, 2020. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuação-tematica/ccr2/publicacoes>.
 21. ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
 22. LOVATTO, A. C.; LOVATTO, D. C.

Confissão como (des)acordo de não persecução penal. Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n. 26, p. 65–84, 2020. Disponível em: <https://revistadpers.emnuvens.com.br/defensoria/article/view/17>. Acesso em: 13 set. 2022.

23. POLI, Camilin Marcie de; VILA, Giovani Frazão. **A disponibilidade**

do Conteúdo do Processo Penal e o Acordo de Não Persecução Penal na Lei nº 13.964/2019. In: Felix, Yuri; Carma, Rodrigo Oliveira de. (org). Pacote Anticrime Reformas Processuais: Reflexões críticas à luz da lei 13.964/2019, p.173-185. Florianópolis: EMais, 2020.

BAROTRAUMA NA COVID-19: UMA REVISÃO GERAL

BAROTRAUMA AT COVID-19: A GENERAL REVIEW

Rafael da Costa Bacelar¹, Tiago Silva Nascimento²

1. Acadêmico do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Docente. Curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** rafabacel@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Covid-19 teve início na China em dezembro de 2019, tendo 14% dos pacientes evoluindo para a forma grave da doença e necessitando de suporte avançado. Entre as sequelas, citamos o barotrauma, que se relaciona diretamente com a mortalidade e o tempo de permanência em UTI.

Objetivo: Relacionar os indicadores de barotrauma e a Covid-19.

Método: Revisão integrativa de literatura com a seleção de 20 artigos científicos.

Resultados: Entre as complicações da Covid-19 destacam-se os barotraumas, relacionados tanto com a não utilização de parâmetros protetivos como com a fragilidade pulmonar existente pela doença. Pacientes ventilados mecanicamente têm predisposição maior ainda para a incidência de barotrauma, visto que está relacionado diretamente com a progressão da doença.

Conclusão: As técnicas utilizadas durante o procedimento de intubação orotraqueal e os parâmetros utilizados na ventilação podem ser fatores de complicação, embora a utilização de medidas ventilatórias protetoras diminua esse índice e melhore a sobrevida.

Palavras-chave: Barotrauma. Covid-19. Ventilação mecânica.

ABSTRACT

Introduction: The Covid-19 started in China in December 2019, with 14% of patients evolving to the severe form of the disease and requiring advanced support. Among the sequelae, we mention barotrauma, which is directly related to mortality and length of stay in the ICU.

Objective: To relate the indicators of barotrauma and Covid-19.

Method: Integrative literature review with the selection of 20 scientific articles.

Results: Among the complications of Covid-19, barotraumas stand out, related both to the non-use of protective parameters and the pulmonary fragility that exists due to the disease. Mechanically ventilated patients are even more predisposed to the incidence of barotrauma, as it is directly related to disease progression.

Conclusion: the techniques used during the orotracheal intubation procedure and the parameters used in ventilation can be complicating factors, although the use of protective ventilatory measures reduces this index and improves survival.

Keywords: barotrauma; covid-19; mechanical ventilation.

INTRODUÇÃO

No ano de 2019, identificou-se um aumento súbito no número de casos de pneumonia causada por coronavírus na região de Wuhan, na China. A doença rapidamente foi nominada pela OMS como Covid-19 (coronavírus disease-2019).¹

Entre os infectados, a maioria desenvolve um quadro leve ou assintomático, necessitando apenas de isolamento social a fim de evitar a transmissão da doença e um tratamento sintomático com analgésicos e antitérmicos. No entanto, aproximadamente 14% evoluem com a forma grave necessitando internação e oxigenoterapia enquanto outros 5% requerem vagas em unidades de tratamento intensivo. A recuperação estimada é de 2 semanas em casos leves, variando para até 6 semanas, em média, nos casos mais graves.²

Na forma grave, uma das principais complicações conhecidas é o barotrauma, sendo definido como uma lesão induzida por pressão. Entre elas podemos citar o pneumotórax, pneumomediastino e enfisema subcutâneo. O barotrauma pode se desenvolver não somente em pacientes ventilados mecanicamente, mas em todos os pacientes com Covid-19, causando permanência prolongada em

unidades de terapia intensiva e aumentando o risco de mortalidade e morbidade nos pacientes ventilados mecanicamente.³

Essa revisão visa avaliar e relacionar a efetividade de medidas protetivas, técnicas inadequadas e sua relação com o índice de barotrauma em pacientes afetados pela Covid-19.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, com busca manual baseada em artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais e busca automática em bases de dados como e-Google Scholar, PubMed e SciELO.

Foram selecionados 20 artigos utilizando os seguintes descritores, palavras-chave e combinações para a busca dos artigos: “barotrauma”, “barotrauma covid-19”, “ventilação mecânica covid-19”, “barotraum in covid-19”, “lung injury and barotraum”.

Os critérios de inclusão foram os trabalhos em português, inglês e espanhol com relevância para o tema, sendo excluídos aqueles que não atendiam a esses critérios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No final do ano de 2019, o mundo começou a enfrentar a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador de

uma doença com manifestações sistêmicas, porém predominantemente respiratórias.⁴ Por conta de sua elevada infectividade, o número de casos tem crescimento exponencial.⁵ Cerca de 5% dos pacientes acometidos pela doença necessitam de tratamento em unidades de terapia intensiva (UTI)². Os pacientes em estado grave tendem a desenvolver a síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), com grande parte requerendo ventilação mecânica invasiva (VMI).⁶

Entre as principais complicações da VMI podemos destacar o barotrauma, definido como uma lesão pulmonar resultante das altas pressões transpulmonares, ocasionando a presença de ar extra-alveolar. O SARS-CoV-2 tende a estimular a liberação de mediadores inflamatórios, causando lesões ao endotélio pulmonar. Incluem-se como barotrauma: pneumomediastino, pneumotórax, enfisema subcutâneo, pneumoperitônio, embolia aérea e choque obstrutivo.² Nos pacientes de Covid-19, desconfiar de barotrauma mesmo quando o paciente não tiver sido submetido a ventilação não invasiva ou altos níveis de Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP), afinal o barotrauma relaciona-se diretamente com a progressão da doença e quanto antes for identificado, mais rápida a intervenção e melhor a sobrevida.⁹ Esse tipo de lesão

acaba aumentando a permanência dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de aumentar consideravelmente a morbidade e mortalidade naqueles em uso de VMI.³

Cerca de 15% dos pacientes Covid-19 tiveram complicações relacionadas ao barotrauma, com destaque para os marcadores bioquímicos em comum: leucocitose, neutrofilia e LDH (lactato desidrogenase) elevado.⁹ No pulmão, o principal achado é a presença de fibrina em pequenos vasos arteriais e a presença de trombos plaquetários, indicadores de coagulopatia.¹⁰ Ao comparar pacientes COM Covid-19 com pacientes não afetados pela doença, é possível notar uma incidência maior de pneumomediastino e enfisema subcutâneo, mesmo com a realização de ventilação com parâmetros protetores. Doenças pulmonares obstrutivas e SARA são fatores de risco para essas complicações independentemente da infecção pelo SARS-CoV-2.¹¹

Existe a hipótese de que a Covid-19 cause lesão alveolar, aumentando o risco de pneumotórax mesmo em pacientes não ventilados mecanicamente. Com relação aos parâmetros ventilatórios, não há relação com aumento de complicações quando respeitada a ventilação protetiva.¹²

Pacientes sem VMI estão sujeitos ao pneumotórax principalmente quando houver lesão pulmonar prévia ou fatores de risco para pneumotórax espontâneo.¹³ Na SARA, edema e atelectasias se relacionam com uma diminuição do volume pulmonar, sendo crucial no ajuste a fim de evitar volutrauma, atelectrauma, barotrauma e biotrauma.¹⁴

Nos ajustes ventilatórios, um volume comum de 10 a 15ml/kg costuma evoluir com barotrauma, no entanto 8ml/kg tende a causar acidose e hipóxia, tendo atenção também para as lesões ocasionadas pela desinsuflação repentina da PEEP⁸, sendo tão prejudiciais quanto a hiperinsuflação e respeitar os limites de pressão de platô (<35cmH₂O), pressão de pico (<30cm H₂O) e drive pressure (>15cmH₂O).³ Nos pacientes cursando com insuficiência respiratória aguda (IRA) leve, avaliar ventilação não invasiva como suporte respiratório a fim de utilizar pressões menores.¹⁵ Uma alternativa para a redução do volutrauma é reduzir o volume corrente, porém aumentando a PEEP, evitando acidose e preservando a saturação. No entanto, proporcionalmente à melhora na sobrevida nos pacientes SARA, também há o aumento do risco de pneumotórax e aumento da pressão de platô.¹⁶ Os parâmetros na ventilação mecânica não

necessariamente estão ligados ao aumento do risco de barotrauma, embora a PEEP se relacione.¹⁷ A PEEP alta melhora a saturação devido ao recrutamento alveolar, no entanto causa uma hiperdistensão alveolar em pacientes com baixa distensibilidade pulmonar.¹⁸

O procedimento de intubação orotraqueal também está sujeito a complicações como as estenoses traqueais e laríngeas, podendo ocorrer em até 19% dos casos.¹⁹ Muitas dessas lesões estão relacionadas com a pressão do balonete (cuff) que, idealmente, deve estar entre 20 e 30 cmH₂O. Números menores podem comprometer a oxigenação e aumentam o risco de broncoaspiração, já maiores que isso tendem a comprometer a perfusão traqueal.²⁰ Uma técnica prática e efetiva na ausência de um cuffômetro é insuflar o cuff normalmente e esvaziar de 1 em 1ml de ar até ocorrer vazamento. Após isso, inflar novamente até cessar o vazamento.¹⁹

CONCLUSÃO

Os pacientes com Covid-19 têm predisposição maior à incidência de barotraumas. Especialmente nos pacientes ventilados mecanicamente esse número é ainda maior, embora isso não se relacione diretamente com os

parâmetros ventilatórios e esteja ligado à fragilidade pulmonar por conta das lesões endoteliais causadas pela doença. Ao respeitar os valores protetivos pulmonares, diminui-se o risco de complicações e hipóxia. Técnicas durante e após a intubação orotraqueal também se relacionam com complicações, principalmente relacionadas ao cuff. Embora os estudos caminhem para um consenso entre as práticas e condutas, o tempo reduzido de observação da doença é fator limitante, sugerindo a necessidade de trabalhos aprofundados sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. DIEHL BARBOSA, L. O uso de ventiladores na pandemia do covid-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, 26 Jul. 2020.
2. SOUTO, X. M. COVID-19: aspectos gerais e implicações globais. **Recital - Revista de Educação, Ciência e Tecnologia de Almenara/MG**, v. 2, n. 3, p. 12–36.
3. EROGLU, A. Barotrauma in mechanically ventilated patients with COVID-19. **Minerva Anestesiologica**, v. 87, n. 2, fev. 2021.
4. SOUZA, A. S. R. et al. General aspects of the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. suppl 1, p. 29–45, fev. 2021.
5. GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, maio 2020.
6. HOUSMAN, B. et al. COVID-19 ventilator barotrauma management: less is more. **Annals of Translational Medicine**, v. 8, n. 23, p. 1575–1575, dez. 2020.
7. PATTUPARA, A. et al. PULMONARY BAROTRAUMA DURING NONINVASIVE VENTILATION IN PATIENTS WITH COVID-19. **Chest**, v. 158, n. 4, p. A337, out. 2020.
8. STEWART, T. E. et al. Evaluation of a Ventilation Strategy to Prevent Barotrauma in Patients at High Risk for Acute Respiratory Distress Syndrome. **New England Journal of Medicine**, v. 338, n. 6, p. 355–361, 5 fev. 1998.
9. ELSAARAN, H. et al. Prevalence and risk factors of barotrauma in Covid-19 patients admitted to an intensive care unit in Kuwait; a retrospective cohort study. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 63, p. 102141, mar. 2021.
10. REIS, P. E. O.; LIMA, M. C. B. Podemos atuar preventivamente para evitar que os pacientes portadores de COVID-19 evoluam de forma mais grave? **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 19, p. e20200057, 2020.
11. LEMMERS, D. H. L. et al. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in COVID-19: barotrauma or lung frailty? **ERJ Open Research**, v. 6, n. 4, p. 00385–02020, out. 2020.
12. ALVES, A. et al. Barotrauma may be a specially relevant concern in

- COVID-19 ventilated patients. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**, v. 29, n. 4, p. 225–228, 2020.
13. KIRCHENCHTEJN, C. et al. Pneumotórax secundário por lesão cística formada na síndrome respiratória aguda pela COVID-19 – um relato de caso. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, v. 25, n.4, p.147-151, 2020.
14. JONES, E. et al. Subcutaneous Emphysema, Pneumomediastinum, and Pneumothorax in Critically Ill Patients With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study. **Critical Care Explorations**, v. 2, n. 9, p. e0210, set. 2020.
15. BOTTI, P. Non invasive mechanical ventilation as a rare cause of pulmonary barotrauma in course of COVID 19. 16 jul. 2020.
16. ABDALLAT, M. et al. Barotrauma in COVID-19 Patients. **Journal of Lung Health and Diseases**, v. 4, n. 2, p. 8–12, 1 jun. 2020.
17. UDI, J. et al. Incidence of Barotrauma in Patients With COVID-19 Pneumonia During Prolonged Invasive Mechanical Ventilation – A Case-Control Study. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 36, n. 4, p. 477–483, abr. 2021.
18. BOLÍVAR-RODRÍGUEZ, M. A. et al. Barotrauma y ventilación mecánica en pacientes críticos COVID-19. **NCT Neumología y Cirugía de Tórax**, v. 80, n. 1, p. 62–67, 2021.
19. ARANHA, A. G. A. et al. Estudo das pressões no interior dos balonetes de tubos traqueais. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 53, n. 6, p. 728–736, dez. 2003.
20. JULIANO, S. R. R. et al. Medidas dos níveis de pressão do balonete em unidade de terapia intensiva: considerações sobre os benefícios do treinamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 3, p. 317–321, set. 2007

HÉRNIA INGUINAL: ABORDAGEM CONCEITUAL CIRURGICA. INGUINAL HERNIA: CONCEPTUAL APPROACH SURGICAL.

Alif Andrew de Souza¹, Yotaro Suzuki²

1. Acadêmico do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

Autor correspondente: alifmedicina@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever os aspectos de diagnóstico e tratamento cirúrgico das hérnias. Além de, correlacionar com os dados clínicos do paciente e discutir o conceito de classificação das hérnias inguinais.

Método: Estudo de revisão bibliográfica que teve como fonte os bancos de dados: Lilacs, BVS, Medline, Scielo e sociedade brasileira de cirurgia dentro do período de 1990 à 2020.

Resultados: Há uma variedade de técnicas cirúrgicas disponíveis, portanto o cirurgião deve escolher a melhor técnica discutindo os riscos e benefícios de cada técnica com o paciente. A escolha da técnica deve considerar diversas variáveis: taxa de recorrência, segurança (risco de complicações), recuperação pós-operatória e qualidade de vida (retorno ao trabalho), dificuldade e reprodutibilidade (curva de aprendizado) e custo (custos hospitalares e sociais). Nas análises literárias a cirurgia não é recomendada para pacientes assintomáticos, porém, não há consenso sobre a técnica cirúrgica ideal para estes pacientes assintomáticos.

Conclusão: Em consideração ao método escolhido para correção das hérnias, podemos lançar mão de várias técnicas cirúrgicas, sendo a técnica mais utilizada a técnica de Lichtenstein e videolaparoscopia. A técnica a ser empregada para correção depende da destreza do cirurgião e da disponibilidade do serviço onde o paciente se encontra hospitalizado.

Palavras-chave: Hérnia. Hérnia inguinal. Parede abdominal. Laparoscopia. Hérnia direta. Hérnia indireta. Hérnia mista.

ABSTRACT

Objective: Describe aspects of diagnosis and surgical treatment of hernias. In addition to correlating with the patient's clinical data and discussing the concept of classification of inguinal hernias.

Method: In this bibliographic review study, the following databases were used: Lilacs, BVS, Medline, Scielo and Lis within the period from 1990 to 2020.

Results: There are a variety of surgical techniques available, so the surgeon must choose the one best technique by discussing the risks and benefits of each technique with the patient. The choice of technique should consider several variables: recurrence rate, safety (risk of complications), postoperative recovery and quality of life (return to work), difficulty and reproducibility (learning curve) and cost (hospital and social costs) in the literature is that surgery is not recommended for asymptomatic patients, and there is no consensus on the ideal surgical technique for symptomatic patients.

Conclusion: In addition to the medical aspect related to the high incidence of inguinal hernias, there is an aspect related to lifestyle that directly influences the risk factors for abdominal wall hernias. The technique depends on the surgeon's skill and the availability of the service where the patient is hospitalized.

Keywords: Hernia. Inguinal hernia. Abdominal wall. Laparoscopy. Direct hernia. Indirect hernia. Mixed hernia.

INTRODUÇÃO

A parede abdominal envolve a cavidade abdominal, atua como uma cobertura flexível e protege os órgãos internos contra danos. É delimitada superiormente pelo processo xifoide e pelas bordas das costelas, posterior pela coluna vertebral e inferior pelos ossos pélvicos e ligamento inguinal. A parede abdominal pode ser dividida em duas partes: a anterolateral e a parede abdominal posterior. Essa estrutura complexa é composta por várias camadas, das superficiais às profundas: pele, fáscia superficial, músculos e suas respectivas fáscias e peritônio^{1,2}.

O reparo da hérnia inguinal tem sido uma área controversa da prática cirúrgica desde o seu início. O fato de existirem tantos procedimentos diferentes disponíveis reflete a complexidade do reparo da hérnia inguinal³.

A hérnia inguinal é uma das condições mais comuns enfrentadas pelos cirurgiões gerais. Isso geralmente é considerado leve, mas pode ser significativo em termos de interrupção da qualidade de vida diária do paciente e impacto social devido ao absenteísmo.

Os avanços no conhecimento anatômico e nas técnicas cirúrgicas expuseram os cirurgiões a diferentes técnicas, o que levanta hoje a questão da escolha da melhor técnica cirúrgica para cada paciente. Neste artigo, os autores descrevem a anatomia da região inguinal, os fatores predisponentes e desencadeantes do desenvolvimento de hérnias inguinais durante o processo de diagnóstico na intervenção desta doença com sua perspectiva de uma abordagem cirúrgica. Para sanar algumas das controvérsias atuais no tratamento desta doença alguns pesquisadores trabalharam no desenvolvimento de uma técnica mais adequada e de fácil empregabilidade. Foi Edoardo Bassini a ser nomeado o pai da herniorrafia na técnica moderna ao descobrir a relevante importância da fáscia transversalis na patofisiológica da hérnia⁴.

Os avanços tecnológicos modernos também proporcionaram o desenvolvimento de diferentes tipos de telas cirúrgicas, tais como as telas de material reabsorvível, telas adesivas autofixantes, de baixa gramatura e a

utilização de cola de fibrina para sua fixação⁵.

As hérnias inguinais são um problema rotineiro e o seu reparo sendo apontado como a cirurgia mais rotineira realizada por cirurgiões gerais. Nos últimos anos, novas técnicas, produtos e métodos têm mudado a rotina dos cirurgiões que precisam renovar conhecimentos e aperfeiçoar novas habilidades operatórias⁵.

Este estudo teve como objetivo descrever o manejo das hérnias inguinais em adultos, sendo pertinente a cada ponto abordado nesta pesquisa fatores como: distribuição anatômica das hérnias, diagnóstico clínico e por métodos complementares, técnicas utilizadas no manejo cirúrgico e materiais disponíveis para correção das hérnias.

MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se um estudo de revisão bibliográfica pelo método dedutivo de natureza básica, com objetivos exploratórios e abordagem quantitativa.

Esta pesquisa reuniu estudos semelhantes, publicados, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise referente os processos de diagnóstico e técnicas cirúrgicas utilizadas na correção das hérnias inguinais. Foram incluídos artigos publicados no período de 1998 há 2022.

Utilizados como critérios de inclusão artigos que abordaram aspectos anatômicos, diagnóstico clínico e correção cirúrgica. Para exclusão; foi levado em consideração estudos que utilizavam manejos desatualizados e materiais ultrapassados.

Estudo descritivo dos principais tratamentos para hérnia inguinal através de uma revisão da literatura por meio de pesquisas nas seguintes bases eletrônicas de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), manuais do ministério da saúde, livros e similares.

Os dados foram organizados e analisados após uma leitura analítica e orientados de forma sequencial. Os critérios utilizados para análise dos artigos foram diretamente relacionados ao conteúdo presente nos textos e sua relevância ao tema proposto. Foram selecionados 27 artigos com base no conteúdo proposto nesta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cirurgia de hérnia inguinal é tão antiga quanto a própria cirurgia e sempre foi uma preocupação para os cirurgiões devido à frequência com que pode recorrer com ou sem próteses. Novas

técnicas foram buscadas para prevenir a recidiva. As próteses têm sido utilizadas desde o início do século passado na cirurgia de hérnias da parede abdominal, principalmente as inguinais. Diversos materiais são utilizados para o reparo das hérnias, dentre eles pericárdio bovino, telas de polipropileno, mersilene e materiais biológicos. As próteses foram utilizadas para correção de hérnias ao longo do século XX, e as indicações para seu uso são: tamanho, frequência e localização da hérnia, principalmente as hérnias abdominais medianas. Alguns autores limitam a operação da hérnia inguinal ao uso de tela de polipropileno⁶.

Ao longo do tempo, muitas técnicas foram propostas e utilizadas para reparar esse tipo de hérnia, mas a absoluta superioridade de uma técnica sobre a outra é discutível. Tradicionalmente, a técnica utiliza tecido autólogo, apesar da necessidade de diminuir a dor pós-operatória. Taxa de tempo e frequência assumindo vários desenvolvimentos técnicos⁷.

Se tratando da patofisiologia das hérnias inguinais pode afirmar principalmente que a afirmação dos autores onde o aumento da pressão intra-abdominal revela, isto é, torna sintomática a hérnia inguinal, não sendo a causa em si das hérnias inguinais, mas sim, um agravante. A etiologia das

hérnias inguinais é ligada aos defeitos da sua matriz extracelular relacionada, majoritariamente, aos defeitos das fibras colagens e fibras elásticas. Pesquisas realizadas por vários autores e inclusive por nosso grupo de pesquisa identificaram ligações entre alterações de colágeno como em relação às hérnias diretas quanto em relação às hérnias indiretas, contrariando a teoria da persistência do conduto peritônio-vaginal como principal causa das hérnias inguinais⁸.

Ao se debater sobre a anatomia do canal inguinal e da patofisiologia da hérnia inguinal, deve se lançar mão do conhecimento concreto do espaço miopectineo de Fruchaud. Este espaço representa uma parte da parede abdominal anterior não muscular formada apenas pela fáscia transversalis, sendo assim torna esta região vulnerável ao aparecimento de hérnias da parede abdominais. O espaço representado por Fruchaud em 1956; o triângulo de Hasselbach é um importante dispositivo anatômico para a classificação e reparo das hérnias inguinais, e é delimitado pela borda lateral do músculo reto abdominal, pelo ligamento inguinal e pelos vasos epigástricos inferiores. O espaço miopectineo é subdividido pelo ligamento inguinal em um compartimento inferior (local mais comum de aparecimento de

hérnias femorais) e um compartimento superior que é subdividido pelos vasos epigástricos inferiores num compartimento medial ou trígono de Hesselbach (local de aparecimento de hérnias inguinais diretas) e um compartimento lateral (local de aparecimento de hérnias inguinais indiretas)⁹.

Dentre as várias classificações propostas para as hérnias, é preferível que a de Nyhus tenha sido a que mais contribuiu para o entendimento das hérnias. Ela é baseada em critérios anatômicos, tais como o tamanho do anel inguinal e a integridade da parede posterior¹⁰.

Para a empregabilidade da classificação de Nyhus como dispositivo de graduação dos subtipos de hérnias é necessário o conhecimento da área anatômica onde surgem as hérnias, sendo que poderá guiar o tipo de técnica cirúrgica praticada, pois isto pode facilitar a opção pela técnica adequada ao tipo de hérnia e favorecer o entendimento das recidivas e o acompanhamento dos pacientes. A baixo pode ser ilustrado a classificação que este artigo utiliza como base de graduação das hernias¹⁰. Desta forma a classificação de Nyhus torna-se didática e fácil, para somar e contribuir facilitando o encontro da correta opção cirúrgica para o reparo herniário, opção

esta que deve estar em algum lugar ao longo desta imensa fronteira que se tornou o mundo da cirurgia abdominal¹⁰.

A classificação mais importante quando se trata das hérnias é a classificação de Nyhus, sendo de grande importância o conhecimento e o planejamento adequado das técnicas cirúrgicas que podem ser empregadas, sendo estas: Tipo I – Hérnia indireta com anatomia normal do anel inguinal interno; Tipo II – Hérnia indireta com dilatação do anel inguinal interno (> 2cm); Tipo III – Hérnia com defeito na parede posterior (A – Direta, B – Indireta, C – Femoral); e Tipo IV – Hérnia recidivada (A – Direta, B – Indireta, C – Femoral, D – Mista)¹⁰.

O diagnóstico de hérnia inguinal é principalmente clínico e associado com a história clínica somado ao exame físico com uma sensibilidade de 74,5% e especificidade de 96% e não requer método de exame complementar. Embora ainda não haja consenso sobre qual o melhor método, exames de imagem devem ser solicitados caso haja dúvida diagnóstica ou diagnósticos diferenciais como linfonodos aumentados, hérnia incisional, hidrocele, pubite, osteíte, entre outros¹¹.

O ultrassom é considerado um teste barato, eficaz e prontamente disponível. Quando usado em conjunto com história clínica de hérnia inguinal e exame físico

abdominal apresentando sensibilidade entre 33% e 77% e especificidade entre 81% e 100%, compatível com os achados intraoperatórios¹¹.

As hérnias inguinais apresentam alta prevalência na população geral, sendo maior nos homens. Dentre as hérnias abdominais, a hérnia inguinal é a mais comum. A debilidade da parede abdominal e o aumento expressivo da pressão abdominal foram considerados os principais mecanismos etiopatogênicos e levaram à ideia de que a tosse em fumantes ou pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), história familiar e obstrução intestinal são os principais fatores de risco¹².

Para fomentar nosso estudo, outro artigo trás a informação que as hérnias possuem grande incidência na prática clínica sendo uma rotina que deve ser abordada para ciência do médico assistencial. Elas podem ser divididas em diretas e indiretas, sendo a primeira a mais comum. Acredita-se que certos fatores ambientais estejam envolvidos no desenvolvimento de uma hérnia direta, como tabagismo, idade avançada, desnutrição e área de trabalho¹³.

A única maneira eficaz de tratar uma hérnia abdominal é a cirurgia. A operação consiste em mover o órgão para o seu lugar correto (cavidade

abdominal) e fechar o defeito (fosse ou anel herniário). Esse fechamento pode ser feito com sutura (ponto cirúrgico) ou suturando e colocando malha para reforçar a área. Atualmente, existe uma tendência em recomendar a colocação de tela na maioria das operações de hérnia abdominal, pois reduz significativamente o risco de recorrência (retorno da hérnia). Em pacientes sintomáticos, a cirurgia deve ser realizada o quanto antes com objetivo de melhorar os sintomas e evitar complicações¹⁴.

Em pacientes assintomáticos, a avaliação do local da hérnia, tamanho, características do conteúdo da hérnia e quadro clínico do paciente devem ser avaliados em conjunto com o cirurgião para determinar o momento mais adequado para realizar o tratamento cirúrgico. O fato é que a maioria dos pacientes com estas hérnias apresentam sintomas ao longo do tempo e precisará de cirurgia. Sem o tratamento adequado, a doença pode progredir e exigir cirurgia de emergência em caso de aprisionamento e/ou estrangulamento, podendo até representar risco de morte¹⁵.

O termo "hernioplastia livre" foi utilizado pela primeira vez na literatura em 1986 por Lichtenstein. Ele descreveu detalhadamente uma técnica que utiliza uma tela de polipropileno suturada

através da fáschia transversalis através de uma inguilotomia, que é um verdadeiro reparo, e que é aplicada a todos os tipos de hérnias inguiniais diretas e indiretas. Essa técnica rapidamente se tornou o "padrão ouro" no tratamento da hérnia inguinal devido à sua eficácia, ampla aplicabilidade, facilidade de ensino para cirurgiões juniores, baixo custo e possibilidade de realizá-la sob anestesia local em ambiente ambulatorial¹⁶.

Para concretizar o conceito da técnica vale ressaltar que a implementação da técnica de Lichtenstein é considerada a mais adequada devido à sua eficácia e aplicabilidade em regime ambulatorial e de baixo custo. A técnica de Lichtenstein no tratamento das hérnias inguiniais primárias e recorrentes tem se mostrado de fácil aplicação, segura, eficaz, podendo ser realizada sob anestesia local e alta no mesmo dia, com baixas taxas de complicações e baixas taxas de recorrência¹⁷.

O tempo operatório para hérnia bilateral é maior do que para unilateral. Isso pode ser uma preocupação ao operar um paciente de alto risco. A evolução da anestesia e dos cuidados Peri operatórios significou que o tempo de operação não era mais um problema. Entretanto, sabe-se que quanto maior o tempo operatório, maior o trauma e maior

a inflamação local; e tempo superior a três horas é considerado fator de risco para infecção de sítio cirúrgico.¹⁸

É considerada uma técnica "livre de tensão" que reduziu as taxas de recorrência da hérnia em comparação com as técnicas que usam tecidos na área para corrigir o defeito da hérnia. O modelo proposto por Nyhus leva em consideração pontos como a localização da hérnia na região inguinofemoral, o tipo de hérnia (direta ou indireta, primária ou recorrente) e as características do assoalho do canal inguinal. No entanto, não há descrição específica na literatura para hérnias inguiniais bilaterais. A classificação dessas hérnias foi, portanto, realizada em relação a cada lado individualmente usando a classificação acima^{19,20}.

Na história da cirurgia, surgiram várias propostas para a correção das hérnias inguiniais, entre elas a técnica de Lichtenstein, introduzida em 1989 e denominada "Tension-Free", que substituiu as suturas sob tensão na região inguinal pela inserção de um fio de polipropileno prótese²¹.

No Brasil, o uso de redes mosqueteiras é autorizado e padronizado de acordo com o artigo 5º da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.036, de 24 de novembro de 2002. A anestesia local tem se destacado desde a revisão sistemática

da Biblioteca Cochrane em 2002 e nas diretrizes da European Hérnia Society para o tratamento de hérnia inguinal em adultos^{22,23}.

O tratamento cirúrgico da hérnia inguinal é um dos procedimentos médicos mais realizados com mais de 20 milhões de operações por ano no mundo, via aberta unilateral e 901 casos de laparoscopia. No entanto, dois são geralmente aceitos como os melhores: a técnica aberta livre de tensão de Lichtenstein e os procedimentos laparoscópicos²⁴.

A dor pós-operatória é considerada um dos maiores problemas relacionados ao tratamento da hérnia inguinal, pois afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, a falta de consenso na literatura sobre qual técnica utilizada para tratar hérnias inguinais representa menos dor pós-operatória. Existem estudos relatando maior dor crônica pós-operatória em pacientes tratados com a técnica aberta de Lichtenstein. Outros relataram que a técnica laparoscópica promove menor incidência de dor aguda e pós-operatória, edema e retorno mais rápido às atividades diárias²⁴.

Três técnicas cirúrgicas para procedimento cirúrgico de hérnia inguinal estão atualmente comprovadas sua eficácia. Poucos estudos compararam os

resultados entre Lichtenstein versus a abordagem laparoscópica transabdominal pré-peritoneal. Houve forte associação entre laparoscopia, menos dor pós-operatória e maior tempo operatório. Além disso, notou-se preferência pela técnica nos casos de recorrência, bilateralidade, hérnia umbilical associada ou obesidade. Nesta revisão de estudo, a técnica de Lichtenstein foi associada a um menor tempo de retorno as atividades de trabalho e foi o tratamento de escolha para pacientes mais idosos que necessitavam de procedimentos invasivos²⁵.

A herniorrafia laparoscópica transabdominal pré-peritoneal deve ser a primeira escolha em casos de bilateralidade, hérnia umbilical associada, obesidade e recorrência para reparo anterior. O risco operacional é compatível com o desempenho, mesmo nos estágios iniciais da curva de aprendizado. O advento da cirurgia minimamente invasiva e o melhor conhecimento da anatomia e fisiologia da região inguinal posterior permitiram o desenvolvimento da abordagem laparoscópica. A laparoscopia permite uma recuperação mais rápida, menor tempo de retorno ao trabalho, redução da dor e menor incidência de complicações no local da cirurgia²⁶.

É essencial que as equipes que projetam a herniorrafia selecionem o paciente mais adequado para o procedimento, principalmente para gerenciar os problemas desconhecidos que serão encontrados durante o procedimento. Idade avançada, comorbidades, defeito significativo da parede abdominal, bilateralidade, recorrência, extensão do saco herniário, cirurgia pélvica prévia e morbidades associadas devem ser devidamente consideradas e não subestimadas. Esses aspectos agregam responsabilidade pela existência de uma alternativa comprovada há décadas. Por fim, questiona-se o perfil do candidato inicial à abordagem laparoscópica, além de considerar a experiência da equipe cirúrgica²⁷.

Tanto a laparoscopia quanto Lichtenstein demonstraram ser técnicas seguras. Apenas dois pacientes do estudo tiveram sangramento intraoperatório imediatamente controlado com cliques hemostáticos. Ambos os casos eram do grupo de laparoscopia. No entanto, não houve evidência estatística de risco aumentado neste grupo. A menor experiência do cirurgião pode estar associada a um maior risco de complicações. No entanto, em mãos experientes, o TAPP e a hernioplastia endoscópica totalmente extra peritoneal

demonstraram em vários estudos técnicas seguras e práticas para o tratamento da hérnia inguinal²⁷.

Como nenhuma técnica única é amplamente indicada para todas as hérnias inguinais, o cirurgião deve considerar o reparo anterior (Lichtenstein) ou posterior (TAPP ou hernioplastia endoscópica extra peritoneal total), individualizando cada paciente. Este estudo mostra que a laparoscopia e a hérnia de Lichtenstein são técnicas seguras. Com maior cuidado, complicações intraoperatórias podem ser evitadas em TAPP²⁷.

CONCLUSÃO

A técnica de Lichtenstein no tratamento das hérnias inguinais primárias e recidivadas revelou ser de fácil aplicação, segura, eficiente, podendo ser realizada sob anestesia local e alta no mesmo dia, com baixos índices de complicações e baixa taxa de recidiva. Permitiu o ensino de alunos e residentes da técnica considerada "padrão-ouro" de tratamento, bem como atender à demanda reprimida desta doença tão frequente nos ambulatorios.

Com base nas premissas, entendemos que o ensino da técnica de Lichtenstein se faz necessário em nível de saúde pública, educação médica continuada e supervisionada, desde que

auferida através de método de ensino sistematizado e interinstitucional, oferecendo aos cirurgiões a oportunidade da aquisição de habilidades, competências e atitudes adequadas à tarefa proposta.

Conclui-se que a videolaparoscopia é a escolha em casos de recorrência, bilateralismo, hérnia umbilical associada ou obesidade. Portanto, Lichtenstein é uma escolha para os idosos. A dor é leve a moderada em ambas as técnicas, mas os pacientes submetidos à laparoscopia apresentam menos dor no pós-operatório imediato, associada à mobilidade mais precoce e possível antecipação da alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. KINGSNORTH. A.; LEBLANC, K.; HERNIAS: INGUINAL AND INCISIONAL. **LANCET**. (2003)
2. AMORIM JUNIOR. R. F. de, et al. A Arte no Ensino da Cardiologia: Relato da Experiência do Uso de Massas Moldáveis no Aprendizado da Anatomia Normal e Patológica do Coração. *Rev bras educ med* [Internet]. 2018Oct;42. **Rev. bras. educ. med.**, 2018 42(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180073>
3. MEYER, A.; DULUCQ, J-LOUIS; MAHAJNA, A. Hernioplastia laparoscópica totalmente extraperitoneal com tela 3-D sem fixação: técnica de Dulucq. **ABCD, arq bras cir dig** [Internet]. 2013 Jan;26(ABCD, arq. bras. cir. dig., 2013 26(1)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202013000100013>.
4. GOULART, André; MARTINS, Sandra. Hérnia Inguinal: Anatomia, Patofisiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, [S.l.], n. 33, p. 25-42, june 2015. ISSN 2183-1165. Disponível em: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/510>>. Acesso em: 23 feb. 2023.
5. CUNHA-E-SILVA, J. A. et al. Herniorrafia inguinal convencional com tela autofixante versus videolaparoscópica totalmente extraperitoneal com tela de polipropileno: resultados no pós-operatório precoce. **Rev Col Bras Cir** [Internet]. 2017May;44(Rev. Col. Bras. Cir., 2017 44(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017003003>.
6. LAIZO, Artur et al. Técnica operatória na correção da hérnia inguinal utilizando o saco herniário como reforço da parede. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, [S.l.], n. 33, p. 21-24, june 2015. ISSN 2183-1165. Disponível em: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/362>>. Acesso em: 23 feb. 2023.
7. COUTINHO, L. et al. Reparação de hérnias inguinais com três tipos de próteses: análise retrospectiva. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, [S.l.], n. 7, p. 17-22, dec. 2008. ISSN 2183-1165. Disponível em: <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/238>>. Acesso em: 23 feb. 2023.
8. TRINDADE, Eduardo N; TRINDADE, Manoel R. Hérnia

- inguinal: Considerações sobre a Etiologia e o Tratamento. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, [S.l.], n. 39, p. 49 - 50, dec. 2016. ISSN 2183-1165. Disponível em: <<https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/610>>. Acesso em: 23 feb. 2023.
9. LIMA NETO, E. V de. Classificação de Nyhus e a opção técnica para o reparo das hérnias inguinais: a tênue linha de fronteira entre as próteses e o reparo convencional das hérnias inguinais. *Acta Cir Bras* [Internet]. 2004Mar;19 **Acta Cir. Bras.**, 2004 19(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-86502004000200014>.
10. CLAUS, C. M. P. et al. Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos. **Rev Col Bras Cir** [Internet]. 2019;46(Rev. Col. Bras. Cir., 2019 46(4)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192226>.
11. SPERANDIO, W. T. et al. Quais os fatores de risco para hérnia inguinal em adulto?. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2008Mar;54 **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2008 54(2)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000200004>.
12. QUEROZ, T. et al. Quais os fatores de risco para hérnia inguinal em adulto?. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2008May;54. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2008 54(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302008000300004>.
13. SOUZA, S. Q. P. et al. Peculiaridades da hérnia inguinal - adventos terapêuticos e aspectos clínicos: Peculiarities of inguinal hernia - therapeutic advent and clinical aspects. **Brazilian Journal of Development**, 8(9), 60381–60393. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-003>.
14. PERES, M. A. de O., et al. A técnica de Lichtenstein nas hérnias inguinais primárias e recidivadas - cirurgia ambulatorial em hospital universitário. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 20(ABCD, **arq. bras. cir. dig.**, 2007 20(4)). <https://doi.org/10.1590/S0102-67202007000400001>.
15. MACIEL, G. S. B, et al. Resultados da herniorrafia inguinal bilateral simultânea pela técnica de Lichtenstein. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2013Sep;40(Rev. **Col. Bras. Cir.**, 2013 40(5)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000500004>.
16. ETTINGER, J. E. M. T. de M. Técnica de Lichtenstein sob anestesia local em herniorrafias inguinais. *ABCD, arq bras cir dig* [Internet]. 2007 Oct;20 (ABCD, arq. bras. cir. dig., 2007 20(4)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202007000400014>.
17. GRANDA, A. C.; CORREA-TINEO, S.; QUISPE, A. M. Herniorrafía con la técnica de Lichtenstein versus Nyhus en el manejo de las hernias inguinales y sus complicaciones postoperatorias en un hospital del Perú. **Acta méd. Peru** [online]. 2016, vol.33, n.3 [citado 2023-02-24], pp.208-216. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728591

- 72016000300007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.
18. LAZZARINI-MENDES, C. J. et al. Systematic training model for teaching, development and training of instructors in inguinal hernia treatment using the Lichtenstein technique. Hernia campaign 2014 & 2015. **Rev Col Bras Cir** [Internet]. 2016Sep;43(Rév. Col. Bras. Cir., 2016 43(5)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016005018>.
 19. ALONSO, R. Y.; LÓPEZ, M. J. E.; GIL, S. R. et al. Caracterización de los pacientes con hernia inguinal operados por la técnica de Lichtenstein. **Revista Cubana de Cirugía**. 2020;59(4):1-19.
 20. FIGUEIREDO, BERNARDO CAMPOS, et al. "Técnica de Gilbert ou Técnica de Liechtenstein para o tratamento cirúrgico de paciente com hérnia inguinal primária unilateral." COORTE - **Revista Científica do Hospital Santa Rosa** 03 (2016).
 21. OLIVEIRA, Marcos da Silva. "Análise comparativa do custo benefício das técnicas minimamente invasivas versus a técnica de lichtenstein no reparo de hérnias inguinais." (2019).
 22. MINOSSI, J. G.; MINOSSI, V. V.; Silva, A. L. da. Manejo da dor inguinal crônica pós-hernioplastia (inguinodinia). **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 38(2011).
 23. PEDROSO, L. M.; DE-MELO, R. M.; DA-SILVA-JR, N. J. Comparative Study of Postoperative Pain Between The Lichtenstein And Laparoscopy Surgical Techniques For The Treatment Of Unilateral Primary Inguinal Hernia. **ABCD, arq bras cir dig** [Internet]. 2017Jul;30(ABCD, arq. bras. cir. dig., 2017 30(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700030003>.
 24. GOMES, Carlos Augusto, et al. "Liechtenstein versus correção de hérnia laparoscópica transabdominal pré-peritoneal (tapp): um estudo comparativo prospectivo com foco nos resultados pós-operatórios em uma unidade de cirurgia geral." **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)** 34 (2022).
 25. VIANNA, José Luiz Campello de Mello, et al. "Comparação entre as técnicas de shouldice e falci-lichtenstein, no tratamento das hérnias inguinais em homens." **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões** 31 (2004): 117-123.
 26. MIRANDA, Tainara Sales, et al. "Comparação das Técnicas Lichtenstein e Reparo Assistido por Robô para Herniorrafia Inguinal: uma revisão bibliográfica." **Revista Eletrônica Acervo Científico** 20 (2021): e5907-e5907.
 27. BRENNER, Antonio Sérgio, et al. "Estudo comparativo entre herniorrafias Inguinais Lichtenstein e Videocirurgia Extraperitoneal Sem Sutura: Custos e Resultados Imediatos." **Revista Brasileira de Videocirurgia** 2.2 (2004): 63-67.

LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A ATUAÇÃO INTEGRADA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LIMITS AND POSSIBILITIES FOR THE INTEGRATED PERFORMANCE OF THE DENTAL SURGEON IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Klicia da Silva Lima¹, Thais Estefany Ferreira Barbary^{1*}, José Estevam Silva e Silva¹,
Eufrasia Santos Cadorin²

1. Acadêmicos do curso de Odontologia e Sistema de Informação. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil.

2. Docente do curso de Odontologia. Centro Universitário Uninorte e Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, AC, Brasil.

***Autor correspondente:** klicialima10@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Apresentar os limites e possibilidades do cirurgião dentista na Estratégia para a atuação integrada.

Método: Estudo de revisão integrativa, com método dedutivo, natureza básica e abordagem qualitativa. Bases de dados utilizadas: Scielo, biblioteca virtual da saúde (BVS) e portal do Ministério da Saúde. Após a leitura e organização de todos os nove artigos foi realizada a organização em dois quadros, onde inicialmente será apresentado um quadro com a relação dos títulos, autores, ano e periódico e na sequência o quadro 2 apresenta o método de estudo por artigo.

Resultados: As principais limitações do cirurgião dentista para atuar na equipe de saúde da família estão relacionadas às condições e organização do trabalho, incluindo problemas com a gestão, falta de insumos e estrutura e ausência de treinamento para atuar na atenção primária. Entre as possibilidades para atuação do cirurgião dentista na estratégia de saúde da família, está a longitudinalidade do cuidado, atuação multidisciplinar em campo, uso de tecnologias de “comunicação”, vínculo profissional usuário, afinidade do profissional com o trabalho.

Conclusão: O estudo demonstra na percepção dos profissionais de saúde, as limitações superam as facilidades, porém reconhecem que a saúde bucal na estratégia de saúde da família ressignifica as práticas de cuidado na saúde.

Descritores: Cirurgião dentista. Estratégia de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Atenção primária a saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Objective: Present the limits and possibilities of the dentist's performance in the Strategy for integrated performance.

Method: Integrative review study, with a deductive method basic nature and qualitative approach databases used: Scielo, virtual health library (VHL) and ministry of health portal: After reading and organizing all nine articles, they were organized into two tables, where a table with the list of titles will initially be presented, authors year and journal and, in sequence, table 2 presents the study method per article.

Results: The main limitations of the dental surgeon to work in the family health team are related to the conditions and of work including problems with management, lack of inputs and structure, and lack of training to work in primary care. Among the possibilities health strategy is the longitudinality of care, multidisciplinary action in the field, use of “communication” technologies, user professional affinity with work.

Conclusion: The study demonstrates, in the perception of health professionals, that the limitations outweigh the facilities, but they recognize that oral health in the family health strategy gives a new meaning to health care practices.

Descriptors: Dentist. Family Health Strategy. Health Unic System. Primary Health Care. Oral health.

INTRODUÇÃO

Antes da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à assistência odontológica pública era dado apenas aos trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social (INAMPS). Esse modelo assistencial priorizava as ações curativas, restritas e isoladas, em nível ambulatorial e de livre demanda, individualmente realizada pelo Cirurgião Dentista (CD). Com a criação do SUS, o acesso aos serviços de saúde passa a ser universal, garantido legalmente de acordo com os princípios que orientam o funcionamento e a organização desse Sistema, como regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular¹.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi concebido em 1994 pelo Ministério da Saúde, e se tornou a principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica, sendo designado como Estratégia Saúde da Família (ESF)

em 2006, a qual insere bases e critérios alternativos ao modelo tradicional de assistência. Com essa estratégia, busca-se fortalecer uma nova compreensão sobre o processo saúde doença e, conseqüentemente, uma nova função ao profissional de saúde. A Saúde da Família é tida atualmente como estratégia prioritária e alavancadora na reorganização da atenção primária no Brasil. Baseada em uma ação multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do fortalecimento da participação social e do vínculo, as potencialidades locais e as possibilidades de parcerias intersetoriais visando à integralidade da atenção¹.

Somente em 2000, através da Portaria nº 1.444, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi inserida na ESF. Como Modalidade 1, um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal (ASB), ou por um cirurgião-dentista, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB), como Modalidade 2. Quando os profissionais das modalidades 1 ou 2 operam em Unidade

Odontológica Móvel, tem-se a Modalidade 3. Em contrapartida a Portaria nº 2.488 de 2011 indica que, independentemente da modalidade adotada, é recomendado que os profissionais de Saúde Bucal estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes³.

Face ao exposto, o presente estudo busca responder à problemática relacionada ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, visando apresentar os limites e possibilidades de atuação do cirurgião dentista na Estratégia para a atuação integrada.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de revisão integrativa, com método dedutivo, natureza básica e abordagem qualitativa. Bases de dados utilizadas foram: Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e portal do Ministério da Saúde: Após selecionar 79 artigos sobre o tema e seguir alguns critérios analisados no fluxograma: figura 01, incluímos 9 artigos na revisão, foi realizada a organização em dois quadros

com os 9 artigos mais relevantes, sendo os demais excluídos pois havia ideias repetidas, o que limitou a revisão.

Para realizar a seleção foram utilizados como critérios de inclusão os artigos publicados no período de 2009 a 2020, nas línguas portuguesa e inglesa, relacionados com a temática, considerando as palavras-chave: saúde da família; cirurgião-dentista; e Sistema Único de Saúde, atenção primária à saúde e saúde bucal. Após essa seleção, foi realizada uma análise prévia dos títulos e dos resumos dos mesmos, identificando se estes respondiam à pergunta de pesquisa.

Os dados relacionados ao objeto do estudo foram organizados em dois quadros, sendo o primeiro com autores/ano de publicação, título, periódico, e na sequência, o quadro 2 com o método e conclusão de estudo por artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura e organização de nove artigos, foi realizada a organização em dois quadros, onde inicialmente será apresentado um quadro com a relação dos títulos, autores, ano e periódico e em sequência o quadro 2 apresentando o método de estudo de cada artigo bem como as conclusões principais.

Quadro 1: Artigos selecionados para o estudo. 2020.

Autor(es)	Ano	Periódico	Título do artigo
REIS, W. G.; SCHERER, M. D. dos A.; CARCERERI; D. L.;	2014	Scielo	O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real
GONÇALVES, E. R.; RAMOS F. R. S.;	2009	Scielo	O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência*
SOARES, E. F.; Sandra REIS, C. G. B.; FREIRE M. C. M.;	2013	Scielo	Características ideais do Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde Da Família
PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; MARTELLI, P.J.L.; SOUZA, W. V.; ACIOLI, R. M. L.	2011	Scielo	Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico
SCHERER C. S., SCHERER M. D. A.; CHAVES S. C. L.; MENEZES E. L. C.;	2018	Scielo	O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?
AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G.;	2015	Scielo	O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”.
ALMEIDA J. R. S.; BIZERRIL, D. O.; Kátia SALDANHA, G. H.; ALMEIDA, M. E. L.;	2016	BVS	Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho
FIGUEIREDO, R. C.; MELO, F. H. V.; RODRIGUES, M. P.; SOUZA, G. C. A.; VILAR, R. L. A.;	2020	UFRN	Experiência de atuação interprofissional do dentista na estratégia saúde da família
LEME, P. A. T.; BASTOS, R. A.; TURATO, E. R.; CASTRO, M.;	2019	Scielo	A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo

Quadro 2: Apresentação do método e conclusão dos estudos selecionados. 2020.

Autor	Método	Conclusão do Estudo
Artigo 1	Estudo de caso (YIN, 2005), com abordagem qualitativa e triangulação na coleta e na análise de dados (MINAYO, 2004)	Os achados da pesquisa indicam um grande caminho a percorrer pelo CD para se aproximar do que está prescrito pelas diretrizes nacionais.
Artigo 2	Pesquisa de campo. A coleta dos dados aconteceu em duas etapas. Primeiramente, foi aplicado um questionário em uma amostra de 40 cirurgiões-dentistas (CDs) da rede assistencial do município de Florianópolis. Considerando as respostas dos questionários, partiu-se para a segunda etapa, quando foram selecionados 25 CDs. Dos quais foram entrevistados 17.	Os principais limites, que apareceram em número consideravelmente maior que os potenciais, foram inúmeros.
Artigo 3	Estudo com abordagem qualitativa de pesquisa (Minayo, Deslandes e Gomes, 2007). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolo n. 152/2008).	Espera-se que os resultados deste estudo possam auxiliar no planejamento e na construção de processos de trabalho envolvendo a equipe de saúde bucal
Artigo 4	Pesquisa avaliativa caracterizada como estudo de corte transversal do tipo amostral, representativo para o Estado de Pernambuco.	Dessa forma, a incorporação dos pressupostos da ESF poderá ser obtida por meio do estímulo à educação permanente.
Artigo 5	Estudo multicêntrico nacional, com abordagem qualitativa, sobre a saúde bucal na ESF, sendo este um recorte dos achados no Distrito Federal (DF), um dos pioneiros na inserção da saúde	A integração da saúde bucal na ESF é incipiente.

	bucal no SUS	
Artigo 6	Trata-se de um estudo de caso análise quantitativa, para descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções dos sujeitos acerca da PNSB.	Observou-se que a questão da integração dos serviços é um dos mais graves impedimentos da integralidade na atenção à saúde.
Artigo 7	Relato de experiência. A metodologia utilizada para o desenvolvimento da atividade foi a problematização, orientando-se desta maneira o sujeito pela observação das práxis.	Portanto, a participação dos profissionais durante este curso foi construtiva, onde foi possível construí-los protocolos de acordo com as necessidades dos profissionais, gestão e usuários.
Artigo 8	Estudo exploratório, qualitativo, desenvolvido em 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) contempladas com ESF, no município de Caicó/RN, região centro-sul do estado, com uma população estimada em 67.554 para o ano de 2018.	A percepção dos dentistas acerca do CD se traduz no acompanhamento das crianças para um crescimento saudável. Compreendem que deve haver orientação aos pais e/ou responsáveis com a saúde bucal.
Artigo 9	O estudo baseou-se em abordagem qualitativa, refinada pelo Método Clínico-Qualitativo, relatos pessoais e confidenciais, o que permitiu uma íntima aproximação do contexto das consultas odontológicas.	A experiência adquirida pelos dentistas num modelo assistencial que proporciona o vínculo e o acompanhamento longitudinal junto aos usuários parece influenciar sua subjetividade sobre as práticas educativas.

De acordo com a análise dos artigos apresentados acima, os cirurgiões-dentistas na maioria deles encontraram dificuldades em um número bem maior do que facilidades, o que muitas vezes acaba acarretando descontinuidade em seu trabalho na estratégia de saúde da família. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, da Política Nacional de Atenção Básica preconiza que as esferas do governo têm responsabilidades comuns, porém, como foi observado, isso não vem acontecendo⁴. Dentre estas responsabilidades, algumas que não foram observadas, de acordo com os resultados dos estudos, como a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas

diretrizes contidas nesta portaria, conforme a seguir⁴:

- A garantia de infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, e a acessibilidade de pessoas com deficiência:
- A qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, com estímulo à educação permanente e continuada dos profissionais, com a garantia de ambientes adequados para a formação em serviço.
- Promover a participação popular e o controle social.
- Ampliar o escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade⁴.

Os resultados do estudo serão apresentados em duas categorias de análises distintas: (1) Limites para atuação do Cirurgião-Dentista na perspectiva da integração; e (2) Possibilidades para atuação integrada do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família.

CATEGORIA DE ANÁLISE 1: LIMITES PARA ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA PERSPECTIVA DA INTEGRAÇÃO

Os estudos identificaram os principais aspectos limitantes para atuação, na perspectiva da integração. Algumas informações colhidas colocaram em foco limitações na disponibilidade de insumos e instrumentos, principalmente na questão de infraestrutura das instalações e também na gestão e organização do trabalho⁵.

Concordando com isso se tem a ideia de que melhoria na construção, reforma e ampliação de UBS são necessárias, mas é preciso que haja a realização de uma política complexa e integrada para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação e comunicação. Existem restrições impostas ao SUS e às políticas sociais pela Emenda Constitucional nº 95, limitando gastos públicos e investimentos na área da

saúde, que ameaçam de forma grave o desenvolvimento de uma política pública que seja racional e integrada de expansão e atualização de instrumentos de trabalho, conectividade e insumos⁶.

Entre os profissionais entrevistados houve consenso a respeito da ausência de treinamento e preparo para o trabalho na Atenção Primária a Saúde e alguns dos desafios enfrentados durante o processo de busca pelos conhecimentos⁵. Com isso foi possível observar que a importância de direcionar a formação e a educação permanente de profissionais de saúde e gestores, para os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS) para as necessidades de saúde da comunidade e dos usuários sob responsabilidade das equipes da ESF, por meio da expansão de abordagens e meios de educação a distância, beneficiará a qualidade dos cuidados clínicos e das ações coletivas, com especial foco na universalização da Estratégia de saúde da família⁷.

A falta de diálogo do gestor com as Equipes de Saúde Bucal, antes do início das atividades, e a falta de capacitação e perfil para o trabalho, unidas à autonomia existente, podem gerar dificuldades no que se refere às atividades desenvolvidas⁵. Vindo concordar com isso, percebeu-se que os CDs têm perfil profissional voltado para o atendimento

clínico, sendo um aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica, mas também devido à própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço que visa priorizar o atendimento clínico. A maioria desses profissionais não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, o que demonstra a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada à Estratégia de Saúde da Família⁸.

Além da presença de profissionais frustrados e desiludidos, a rede pública do município de Florianópolis ainda contava, na época da coleta dos dados, com o problema da falta de profissionais ou da contratação temporária, o que gera outro problema para o bom funcionamento da ESF: a rotatividade⁹.

Um profissional de saúde bucal que não esteja, exaustivamente, trabalhando no consultório, atendendo pacientes, estaria correspondendo ao que é esperado dele. A inserção dos profissionais nas atividades de grupo, nas visitas domiciliares e em tudo que levasse à saída do consultório, atividades essas previstas nas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF, ainda causa estranheza e desconfiança. Tais sentimentos são manifestados tanto entre os integrantes das Equipes de

Saúde da Família como na própria comunidade, representando, muitas vezes, um limite para que o novo processo de trabalho se efetive⁹.

A realização de atividades fora de unidades de saúde é garantida pela Lei nº 8.080/90, no entanto, os cirurgiões-dentistas sofrem pressão da coordenação local para permanecerem no consultório realizando atividades clínicas. Quando conseguem sair para realizá-las, muitos se sentem inseguros pela falta de planejamento e apoio, sobretudo das visitas domiciliares⁹. A respeito das atribuições acima coloca-se em destaque a discussão de que também está entre as atividades exercidas pelos dentistas na ESF, as ações preventivas e educativas. Estes, independentemente do tempo de formados, muitas vezes não estão preparados para tais atividades, realizando-as de maneira inadequada. A comunidade reage imediatamente, ávida pelo tratamento curativo, resistindo então a cada palestra, a cada reunião⁸.

No olhar sobre a gestão da política no espaço do município, discute-se o processo de educação permanente dos profissionais da rede. Grande parte dos entrevistados dos estudos selecionados citou a boa oferta de capacitações em saúde geral: controle do tabagismo, aleitamento materno, saúde do trabalhador; e os cursos de

especialização multiprofissionais em saúde pública e saúde da família, que são oferecidos a alguns profissionais da rede a cada turma que se inicia. No entanto, foram unânimes em apontar, como limite, a ausência de oferta de cursos clínicos específicos para Odontologia, mencionando a falta de iniciativa e apoio da gestão municipal para organizar essa reciclagem⁹.

Concordando com isso pode-se observar que a falta de formação dos gestores certamente impacta consideravelmente na forma como a implantação do novo modelo de atenção vem ocorrendo pelos municípios do Brasil. Segundo Pierantoni¹, um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para as ações que devem ser desenvolvidas na gestão em saúde pode evidenciar as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho realizado e do retorno financeiro¹.

Destaca-se ainda que o processo de capacitação das Equipes de Saúde Bucal deve ter início concomitantemente ao começo do trabalho das ESF por meio do curso introdutório para toda a equipe, entretanto a maior parte dos entrevistados disseram que não tiveram acesso a tal curso quando assumiram o trabalho na ESF⁹.

A capacidade de comunicação foi à característica interpessoal mais citada nos depoimentos dos participantes do estudo, fortemente relacionada com a dificuldade do cirurgião-dentista em trabalhar com pessoas de condição socioeconômica mais baixa. Este aspecto sugere deficiências na formação do cirurgião-dentista para atuar em comunidades diferenciadas, as quais necessitam ter suas demandas devidamente acolhidas e não ocultadas pela supremacia do saber técnico¹⁰.

A saúde da família representa uma fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil. O profissional que trabalha na ESF se vê com frequência diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado exercendo as suas atividades. Isso porque sua formação foi voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com uma ênfase menor para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde-doença e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde⁸.

Em Alagoinhas (Bahia), foi observado que a marcação das consultas se dá pela demanda espontânea, usando-se fila e distribuição de ficha por ordem de chegada, e no estado do

Paraná, muitas consultas odontológicas são agendadas nas residências dos usuários ou na própria unidade de saúde da família; por outro lado, porém, verificou-se que 9,5% das ESB admitiram que a livre demanda é a porta de entrada para o atendimento odontológico, o que demonstra uma certa dificuldade de adequação à nova lógica de atenção proposta pela ESF¹¹.

Essa mesma dificuldade foi observada em outros locais, por outro pesquisador, no Rio Grande do Norte e em outros estados brasileiros foi possível observar uma expansão das ESBs na Estratégia, no entanto a inclusão do dentista em alguns municípios está ocorrendo de maneira desorganizada, sem planejamento por parte da gestão, o que acarreta apenas um acréscimo de horas de atendimento e aumento do número de pacientes e procedimentos. Procedimentos esses focados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento do usuário por completo. Sendo assim, não há uma real melhoria das condições de saúde bucal da comunidade⁸.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹¹, o agendamento é um item importante na reorganização da atenção odontológica,

que visa substituir práticas centradas no paradigma cirúrgico-restaurador-mutilador por práticas que observem o indivíduo como um ser integral, configurando uma evolução no atendimento quando comparado àquele por livre demanda. Porém, para que a organização do serviço alcance os resultados desejados, é preciso que haja o envolvimento da equipe com a comunidade, informando-a e orientando-a quanto ao ingresso no sistema¹¹.

Sobre esses aspectos, com relação às ESBs do estado de Pernambuco, pode-se dizer que ainda existe uma dificuldade das equipes na questão de organizarem seu processo de trabalho, apesar de já apresentarem características do modelo de vigilância da saúde, com práticas que envolvem intervenções sobre os problemas de saúde e ênfase em problemas que requerem acompanhamento contínuo, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, além de ações sobre o território¹¹.

Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde o início até a sua saída ao final do atendimento; O agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada

profissional da equipe, as relações do serviço com a rede de atenção e com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidas e unidas com as equipes e com a gestão municipal⁶.

Como fragilidades, foi observado o isolamento físico da ESB dentro da estrutura da unidade de saúde, que reflete e é reflexo da distância no planejamento e na organização do trabalho, produzindo distintos modos de se pensar a organização da oferta dos serviços e do acesso pela comunidade, alguns problemas na integração estão presentes também para efetivação da coordenação do cuidado na relação com os CEOs que reproduzem fluxos burocratizados e limitantes de acesso¹². Estudo realizado pela Universidade Federal de Santa Catarina revelou que, mesmo o cenário normativo tendo mudado há décadas, ainda se reproduz modelo biomédico, com centralização do cirurgião dentista, enfoque individual e curativista, com pouca inserção comunitária e dificuldades de trabalho em equipe, com universalização excludente e integralidade seletiva¹³.

O cirurgião-dentista tem dificuldade na integração com a equipe, pois raramente se insere em práticas compartilhadas, porque normalmente desenvolve suas atividades de forma

autônoma, independente e de maneira individualizada, o que pode ser atribuído à inclusão tardia na ESF¹⁴. Estudos semelhantes mostraram que ainda existe muita diferença entre os profissionais, para desenvolver o trabalho em equipe. Porque, para que o trabalho em equipe aconteça é necessário um envolvimento conjunto nas atividades propostas².

O dentista da ESF demonstrou favorecer de forma incipiente um trabalho mais integral, porém ainda há dificuldades e limitações para superar essa problemática, contudo tem promovido amadurecimento e experiência na atuação do Dentista a ESF¹⁵. Estudos também demonstraram que profissionais que compõem a ESF muitas vezes são obrigados a conviver em condições insatisfatórias de trabalho, péssimos salários, assédio moral, violência, medo, muitas exigências, entre outros aspectos que atingem negativamente a vida do profissional e se tornam uma limitação e um desafio para o profissional⁷.

Estudos apontaram dificuldades no processo de trabalho na equipe ESF, dificuldades mais expressivas nas quais os maiores desafios estavam relacionados às práticas integrativas complementares e também ao risco de reproduzir o modelo biomédico no processo de trabalho ,dificuldades na

centralização da coordenação da equipe em algumas categorias multiprofissionais, em contrapartida o poder hierárquico em outras, onde foi encontrada fragilidades de ordens, infraestrutura, recursos entre outros, o que limita e dificulta o objetivo da ESF¹⁶.

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: POSSIBILIDADES PARA ATUAÇÃO INTEGRADA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Com relação às possibilidades para atuação integrada do cirurgião dentista a equipe de saúde da família, os estudos apontaram para alguns aspectos importantes como incentivo na atuação durante a perspectiva da integração.

A satisfação pessoal, o gosto por trabalhar com comunidades e em equipe, o foco na saúde e não na doença são pontos observáveis na maioria dos depoimentos e, de maneira geral, não ficou em evidência, nos relatos e nas entrevistas, que os profissionais exerceram seus trabalhos em condições de insatisfação⁵. Estudo semelhante realizado no Rio Grande do Sul mostrou que a maioria dos profissionais estava satisfeito com o serviço que ofertava e que era influenciada pelos seguintes fatores: Afinidade ao trabalho, resolubilidade da assistência, trabalho

em equipe, vínculo profissional com o usuário, gerando assim satisfação, por outro lado a demanda superior ao que a unidade suportava gerava insatisfação¹⁷.

A permanência do profissional na ESF favorece a criação de vínculo com a comunidade e de responsabilização da atenção em saúde. Essa longitudinalidade do cuidado propicia benefícios à saúde da população, a qual passa a ser assistida por uma equipe completa que acompanha diversas fases do ciclo de vida dos indivíduos e suas famílias inseridas em seu contexto de vida¹⁰. Estudos sobre o tema apresentaram dados sobre a importância do profissional na ESF e que as visitas domiciliares da ESB são fundamentais e influenciam fortemente no processo saúde doença, fortalecendo o vínculo¹³.

Para se comunicar de maneira eficiente com os usuários e com os demais profissionais da equipe, o profissional de saúde precisa ter flexibilidade perceptiva e comportamental, ou seja, interpretar uma mesma situação sob vários ângulos, como em um movimento de se colocar no lugar do outro e, a partir dessas percepções, atuar de forma diferenciada experimentando novas condutas; esse tipo de atitude estimula o desenvolvimento da capacidade criativa para a resolução de situações muitas

vezes conflituosas, como a interação profissional comunidade e entre profissionais no lócus da ESF¹⁰.

A ESF é organizada a partir da equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde, ora comuns como as ações de planejamento, busca ativa, ora devendo ser preservadas as suas especificidades. No trabalho em equipe ninguém perde seu núcleo de atuação profissional, devendo-se considerar e respeitar as diferenças que existem entre as intervenções de cada área¹¹. Estudo realizado em Divinópolis (MG) mostrou que tem uma dificuldade muito grande de acesso, microáreas que, mesmo sendo cobertas ainda é difícil o acesso a informação, triagem, acolhimento é dificultado, o que gera uma demanda espontânea muito grande dificultando o trabalho com prevenção entre os profissionais¹⁸.

É fundamental que haja articulação entre as equipes de saúde da família e de saúde bucal, para desenvolver as ações em saúde, foi possível observar que, em Pernambuco, muitas das ESB participantes referiram ter uma boa integração com a equipe de saúde da família, realizando ações em conjunto, como reunião administrativa,

planejamento das ações da equipe, participação em campanhas e grupos educativos, dentre outros sem entretanto, demonstrar diferenças estatisticamente significantes entre os municípios. Os dados corroboram os achados de Baldani, os quais constataram que 87,6% dos dentistas do Paraná relataram haver envolvimento entre a equipe odontológica e o restante da equipe de saúde da família, assim como os achados de Souza & Roncalli¹¹.

Foi classificada como satisfatória a articulação entre a ESB e a equipe de saúde da família na grande maioria dos municípios estudados no Rio Grande do Norte, por meio da realização de reuniões para avaliar e planejar as ações das equipes¹⁵.

Partindo de uma análise de outro estudo, foi identificada a busca por uma descrição abrangente sobre o trabalho em equipe, e seu funcionamento, para o alcance da interdisciplinaridade, e em sua maioria, os estudos destacam principalmente a importância da integração dos profissionais e da abertura de espaços para um momento de comunicação e construção relacional de entendimentos².

É importante ter a participação e colaboração dos profissionais da equipe, inclusive do médico, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde(ACS)

nas ações educativas de Saúde Bucal (SB), com foco na prevenção, realizada na escola, pois possibilita a articulação e reconhecimento dos profissionais da saúde pelos profissionais da educação, identificação de parceiros e recursos na comunidade para ações intersetoriais, o ACS é o sujeito promotor do vínculo com a comunidade e capaz de contribuir para a autonomia e a ampliação do cuidado à Saúde Bucal, e a visita domiciliar do CD juntamente com este profissional é reconhecida como instrumento para o vínculo e a responsabilização do usuário¹⁴.

A equipe tem sobre eles uma relação familiar e isso influencia a maneira como se desenvolve o trabalho em grupo, para estes profissionais, não há necessidade de se conversar e pensar sobre os conflitos emergidos no cotidiano de trabalho, os laços afetivos criados nesta equipe, no modo como colocam, são capazes de suportar os desentendimentos e manter o ritmo de trabalho na unidade¹. A participação dos cirurgiões-dentistas mostrou a importância e contribuição para ressignificação do processo de saúde, como facilitadores do processo de educação permanente, o que valorizou o profissional cirurgião-dentista e facilitou a integração¹⁹.

Na atenção básica, onde são realizados muitos procedimentos odontológicos, a participação interprofissional tem se mostrado potencializadora nas ações promotoras de saúde bucal, por meio de trabalho em equipe²⁰. Estudo semelhante mostrou que o uso da tecnologia tem se mostrado efetivo, tendo como pressuposto que a comunicação pode favorecer a relação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, melhorando assim o acolhimento²¹. Foram observados nos estados do nordeste brasileiro, que dentre os procedimentos não curativos realizados pelo CD na ESF, destacaram-se atividades educativas, escovação supervisionada, aplicação de flúor e uso de selante, mostrando que a inserção do profissional na equipe multiprofissional tem algumas atribuições específicas aos odontólogos, deixando em evidência a importância da sua atuação²².

A inserção do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família foi um progresso, para a estratégia ser mais abrangente e atender o usuário de forma integral, e ampliou as possibilidades para atuação em equipe, permitindo trabalhar com equipe multidisciplinar, assim o profissional estará próximo do paciente melhorando o acolhimento, fortalecendo o vínculo para prestar melhor assistência ao paciente.

CONCLUSÃO

A análise do estudo possibilitou identificar que dentre as limitações para a atuação integrada da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família são percebidas a infraestrutura, as condições de trabalho, a relação entre gestores e profissionais, o acesso aos serviços, a qualificação com foco na educação permanente em saúde, centralidade no modelo biomédico e a dificuldade de integração com as práticas integrativas e complementares. Dentre as possibilidades se encontram a satisfação pessoal, atuação na comunidade, comunicação com o usuário, o estabelecimento de vínculos, a ressignificação do processo de trabalho e a longitudinalidade do cuidado.

Para superar estes limites e aumentar as possibilidades de atuação do cirurgião-dentista na ESF, recomenda-se aos gestores uma melhor organização no processo de trabalho, a contratação de novos profissionais, implementação de recursos e insumos e a qualificação profissional orientada pela Educação Permanente em Saúde visando à superação do modelo biomédico; revogação da EC-95 e mais investimentos financeiros para saúde.

REFERÊNCIAS

1. MATTOS, Grazielle Christine Maciel *et al.* A inclusão da

equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014.

2. CINTRA, DORICCI, GUANES-LORENZE. Dinâmicas relacionadas de equipes na estratégia saúde da família. **Revista da SPAGES**, 24-38.2019.
3. MASSANERO, E.B.; BAVARESCO, C.S. Inserção do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: Revisão de literatura. **Revista APS**.v19 :286. abr/jun 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**, Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 1999. Jun 2020.
5. REIS, Wagner Gomes; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CARCERERI, Daniela Lemos. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, Mar. 2015.
6. FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe1.
7. SORATTO J; *et al.* Satisfação dos profissionais da estratégia

- saúde da família no Brasil: um estudo qualitativo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29: e20180104, 2020.
8. ARAUJO, Yanne Pinheiro de; DIMENSTEIN, Magda. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, Mar. 2006.
 9. GONCALVES, Evelise Ribeiro; RAMOS, Flávia Regina Souza. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 301-314. Jun 2010.
 10. SOARES, Érika Fernandes; REIS, Sandra Cristina Guimarães Bahia; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 327-341, ago. 2014.
 11. PIMENTEL, Fernando Castim *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s146-s157, 2012.
 12. SCHERER, Charleni Inês *et al.* O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 233-246, out 2018.
 13. SILVA, R. M.; *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, 25(6): 2259-2270, 2020.
 14. AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1):239-248, 2015.
 15. LEME, P. A. T.; *et al.* A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(1), e 290111, 2019.
 16. BEZERRA, R. Q. C; ALVES, A. M. C.V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na equipe estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Revista expressão católica**, v.4, n.2, 2019.
 17. SULZBACH, C.C; *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde de longevos: perspectiva de profissionais da Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul. **Cad. Saúde Coletiva**, 2020
 18. CHAVÉZ, G. M. *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família.

- Esc Anna Nery**, Divinópolis, 24(4)2020.
19. ALMEIDA J. R. S.; *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO** 16 (2): 7-15, 2016.
 20. FIGUEIREDO, R. C.; *et al.* Experiência de atuação interprofissional do dentista na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**. 2020; 6(2):21-43.
 21. ABREU, T.F.K; *et al.* Tecnologias relacionais como instrumento para o cuidado da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 70 (5):1032-9; 2017.
 22. GOMES, J. A. A; *et al.* Atuação da odontologia na estratégia saúde da família. Uma revisão crítica da literatura. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v.56, n. s 5, p.163-173, 2019.

PARALISIA DE BELL: ASPECTOS CLÍNICOS BELL'S PALSY: CLINICAL ASPECTS

Aline Feitosa de Souza^{1*}, Thiago Gomes Gonçalves²

1. Acadêmica do curso de graduação em medicina do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – AC, Brasil, 2022.
2. Médico docente do curso de graduação em medicina do Centro Universitário Uninorte, Rio Branco – Acre, Brasil, 2022.

***Autor correspondente:** allinefeitosa13@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a Paralisia de Bell, relatando a divergência entre autores disponíveis na literatura acerca da etiologia, fisiopatologia, aspectos clínico, diagnóstico e tratamento relacionados à patologia.

Método: Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa acerca dos aspectos gerais da Paralisia de Bell com Busca nas bases de dados: LILACS, PubMed, Google Acadêmico e SCIELO, entre os anos 2004 – 2022.

Resultados: A paralisia de Bell ainda deixa a desejar sobre informações certeiras de sua etiologia que ainda é um questionamento. Tendo notoriedade a infecção viral pelo Vírus Herpes Simplex tipo 1, se apresenta através de início súbito, o que principalmente a difere das outras patologias. Seu diagnóstico é sobretudo clínico, e necessita de uma ótima anamnese e uma história clínica bastante detalhada. Não existem ainda evidências grandes acerca da eficácia do tratamento. Contudo, alguns esquemas terapêuticos vêm sendo abordados, priorizando uma melhor recuperação e a diminuição de possíveis sequelas.

Conclusão: A Paralisia de Bell (PB) é uma condição que ainda se encontra com certa escassez de informações sobre sua fisiopatologia, com isso seus métodos de tratamento ainda são conservadores e buscam-se avanços para possibilitar uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes acometidos por tal condição.

Palavras-chave: Paralisia de Bell. Paralisia Facial Periférica. Paralisia Facial Idiopática. Paralisia Hemifacial. Neuropatia Facial.

ABSTRACT

Objective: To describe Bell's Palsy, reporting a divergence among authors available in the literature on etiology, pathophysiology, clinic, diagnosis and treatment related to the pathology.

Methods: This is a Integrative Review study on the general aspects of Bell's Palsy with Search in databases: LILACS, PubMed, Academic Google and SCIELO, between the years 2004 – 2022.

Results: Bell's palsy still leaves a desire for accurate information about its etiology, which is still a question. Having notoriety for viral infection by Herpes Simplex Virus type 1. It presents with a sudden onset, which mainly differs it from other pathologies. Its diagnosis is mainly clinical, which requires an excellent anamnesis and a very detailed clinical history. There is still no great evidence about the effectiveness of the treatment. However, some therapeutic schemes have been approached, prioritizing a better recovery and the reduction of possible sequelae.

Conclusion: The Bell's Palsy (BP) is a condition that is still found with a certain lack of information about its pathophysiology, its treatment methods are still conservative and there is a search for advances to allow an improvement in the quality of life of patients affected by this condition.

Keywords: Bell's Palsy; Peripheral Facial Palsy; Idiopathic Facial Palsy; Hemifacial Palsy; Facial Neuropathy.

INTRODUÇÃO

Dentre a paralisia periférica, podem-se encontrar diversos tipos: paralisia de Bell, paralisia facial bilateral, paralisia facial transitória, paralisia facial na neuropatia craniana múltipla, paralisia facial familiar e paralisia facial alterna, paralisia facial recorrente^{1, 2}.

A paralisia facial periférica idiopática, também conhecida como sinal de Bell ou Paralisia de Bell (PB), sucede da lesão do sétimo par de nervos cranianos, o nervo facial, e cursa com comprometimento da mímica facial, com uma paralisia da hemiface¹. Dentre as causas de paralisia facial periférica, esta é a que ocorre de forma majoritária acometendo cerca de 60% a 75% dos pacientes que cursam com esta patologia^{1, 2}.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico e se baseia na exclusão de outras causas, e desta maneira é essencial a realização de uma adequada colheita da história clínica juntamente com a realização do exame físico do paciente³.

Esta afecção possui variedade na apresentação de seu quadro clínico, entretanto geralmente se expõe com

manifestação súbita e aguda da paralisia, ocorrendo paralisia localizada na hemiface do paciente (apresentando apagamento das linhas de expressão facial, lateralização da rima bucal e dificuldade para piscar), ademais, podem ocorrer sintomas relacionados com os sentidos, gustativos, olfativos e relacionados à audição^{3, 4}.

Apesar de ter característica de reversão do quadro de forma espontânea, alguns métodos terapêuticos são utilizados objetivando melhorar a qualidade de vida do paciente⁵. Dentre os medicamentos utilizados na terapêutica medicamentosa, os principais são os corticosteroides que demonstram melhor efeito sobre a recuperação do paciente. Estudos também apontam acerca da utilização de antivirais, entretanto, estes não parecem obter ação relevante para melhoria do caso^{5, 6}. Métodos fisioterápicos e de acupuntura também se fazem presentes na terapêutica já que apontam eficácia no auxílio da recuperação do paciente^{7, 8}.

Visto que pouco se conhece sobre essa patologia, existe uma necessidade de atualização de informações sobre o assunto. Desta maneira, este artigo

objetiva descrever epidemiologia, fisiopatologia, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento da Paralisia de Bell.

MATERIAIS E METÓDOS

Trata-se de uma revisão integrativa com foco na descrição da Paralisia de Bell, relatando a divergência entre autores disponíveis na literatura acerca da etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, tratamento e diagnóstico relacionados à patologia.

Para a busca eletrônica dos artigos científicos foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e PubMed. Utilizando os descritores: Paralisia de Bell; Paralisia Facial Periférica; Paralisia Facial Idiopática; Paralisia Hemifacial; Neuropatia Facial; Bell's Palsy; Peripheral Facial Palsy; Idiopathic Facial Palsy; Hemifacial Palsy; Facial Neuropathy.

Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos nesta pesquisa foram: Monografias, Dissertações e Teses, artigos completos disponíveis na literatura, artigos que contemplam as informações necessárias para esse estudo, sendo elas: etiologia,

fisiopatologia, sinais e sintomas, diagnóstico e/ou tratamento, artigos no período cronológico de 2004 – 2022, artigos nos idiomas português, inglês e/ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos incompletos, artigos pagos, artigos que não descrevem os objetivos desta pesquisa, artigos fora do período cronológico, aqueles que não estavam nas línguas portuguesa, inglesa e/ou espanhola e os duplicados por mais de um dos idiomas escolhidos ou em mais de uma base de dados.

Conforme a busca de bibliografias, foram encontrados o total de 16.882 artigos, dos quais eram 12.807 da base Google Acadêmico, 3.867 da base PubMed, 115 da base LILACS e 93 da base Scielo. Das bibliografias encontradas, devido aos critérios de duplicidade, idiomas e gratuidade, obteve-se a quantidade de 941 artigos. As bibliografias que não se enquadravam nos critérios de inclusão foram descartadas, levando a um total de 47 artigos. Dessas 47 bibliografias, somente 25 se enquadravam nas exigências quanto a etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, tratamento e diagnóstico, assim sendo usadas neste trabalho de revisão integrativa **(Figura 1)**.



Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos para revisão integrativa sobre aspectos gerais da Paralisia de Bell.

Por se tratar de um estudo de revisão integrativa com busca de dados secundários, não há necessidade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), assim, não se enquadra dentro da legislação do CONEP/MS, resolução 466/2012.

Os dados foram tabulados, listados e apresentados na forma de quadro e textos. Nos quadros foram analisadas as divergências entre autores acerca da etiologia, aspectos clínicos para classificação, além de tratamentos que se mostraram eficaz de alguma forma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A Paralisia de Bell é classificada sendo idiopática primária, e, por exclusão, é considerada a forma mais comum de paralisia facial.

Mesmo com diversos estudos sobre a fisiopatologia da Paralisia Facial de Bell

(PFB), sua etiologia exata ainda é considerada um questionamento^{10,11}. Dentre as hipóteses obtidas tem-se notoriedade principalmente a infecção viral pelo Vírus Herpes Simplex tipo 1 (HSV-1), não se descartando outras possibilidades como outras infecções virais de forma geral, diabetes, hipertensão, exposição prolongada a situações de estresse e baixa imunidade. **(Quadro 1)**^{10,11,12,13}.

A maior parte dos Vírus Herpes Simplex tipo 1 é colhida de lesões herpéticas situadas na região da orofaringe^{13, 14}. Após infecção desse Vírus, ele pode perdurar em uma fase de latência nas mediações de neurônios dos gânglios sensitivos, neste caso da Paralisia Facial de Bell acometendo o nervo facial e o gânglio geniculado¹⁴.

Mediante essa infecção latente do HSV-1, estudos apontaram a comparência de possíveis condições que

podem encontrar-se relacionadas a sua reativação, que pode cursar com um processo infeccioso propício a suscitar uma PFB².

Grande parte dos pacientes relaciona a paralisia com a brusca exposição ao frio^{14,15}. Isso acontece, pois, mediante a tal exposição a ambientes frios e ao ar seco, seria capaz de ocasionar um trauma na mucosa da nasofaringe, o que causaria assim, uma reativação do HSV-1^{15,14}.

A PFB é caracterizada por lesão em qualquer parte do nervo facial, seja em uma porção distinta dele seja o seu curso¹⁰. Estudos demonstraram achados

significativos de inflamação e edema, o que induziria a um enclausuramento do mesmo no canal do nervo facial, levando a uma interrupção da condução axonal ao 7º nervo craniano¹¹. Além do que também demonstram que o canal do nervo facial tem sua largura mais estreitada em pacientes com PFB^{16,17}.

Quando a inervação de músculos da face é prejudicada, há uma degeneração das fibras musculares, o que ocasiona um atrofiamento do músculo, exercendo uma redução do que seria o seu volume normal, além de promover uma transição lenta para um tecido fibroso¹⁷.

Quadro 1: Comparativo dos autores em relação às possíveis causas da Paralisa de Bell.

Prováveis causas	Autor/Ano	Título
Reativação do HSV	FALAVIGNA, A.; <i>et al.</i> 2008 ² .	Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento
HSV	CORREIA, T., <i>et al.</i> 2010 ³ .	Paralisia Facial Periférica: Diagnóstico, Tratamento e Orientação
HSV-1; Isquemia de diabetes; e Arteriosclerose,	GILDEN, D. H. 2004 ⁴ .	Bell's Palsy
HSV-1 e Reativação do Vírus Varicela Zoster (VVZ);	ALMEIDA, J. R., <i>et al.</i> 2009 ⁵ .	Combined Corticosteroid and Antiviral Treatment for Bell Palsy
HSV; Fatores genéticos; Isquemia vascular; e Inflamação devido a outras infecções ou doenças autoimunes	GOUDAKOS, J. K.; MARKOU, K. D. 2009 ⁶ .	Corticosteroids vs Corticosteroids Plus Antiviral Agents in the Treatment of Bell Palsy
Traumática; Tumor; Congênita; Infecciosa; e Idiopática.	SOUZA, I. F., <i>et al.</i> 2015 ⁷ .	Métodos Fisioterapêuticos utilizados no Tratamento da Paralisia Facial Periférica: uma revisão
HSV-1; Reativação do Vírus Varicela Zoster (VVZ); Enterotoxina da <i>Escherichia coli</i> , presente na vacina intranasal inativa contra a <i>Influenza</i> .	CUNHA, S. C. N. 2018 ⁸ .	Paralisia facial periférica diagnóstico e tratamento
Reativação do HSV-1; e Inflamação e o edema do nervo facial (NF), desencadeando "neuropatia isquêmica".	CELIK, O. <i>et al.</i> 2017 ¹⁰ .	The role of facial canal diameter in the pathogenesis and grade of Bell's palsy: a study by high resolution

		computed tomography
Infeções virais (HSV-1, reativação do Vírus Varicela Zoster); Isquemia vascular; Alterações inflamatórias autoimunes; ou Fatores hereditários;	SILVA, A. I.; MAGALHÃES, T. 2013 ¹¹ .	Tratamento farmacológico da Paralisia Facial Periférica Idiopática: qual a evidência?
Infecção pelo HSV; Edema do nervo facial por conta da inflamação; Neuropatia isquêmica; Insuficiência da microcirculação; Diabetes e hipertensão.	CARVALHO, V. A. S., <i>et al.</i> 2020 ¹² .	Paralisia facial unilateral: aspectos clínicos e principais tratamentos
Estrutura anatômica; Infecção viral; Isquemia (primária, secundária e terciária); Imunológicas; Inflamatórias; Exposição aguda ao frio.	ZHANG, W., <i>et al.</i> 2020 ¹³ .	The etiology of Bell's palsy a review
Reativação viral do HSV-1;	LAZARINI, P.R., <i>et al.</i> 2006 ¹⁴ .	Pesquisa do vírus herpes simples na saliva de pacientes com paralisia facial periferia de Bell
Viral pelo HSV; Isquemia vascular (primária e secundária); Imunológica; e Compressão.	SILVA, I.H.B., <i>et al.</i> 2012 ¹⁵ .	Paralisia Facial Periférica de Bell: Atualização do Tratamento
Viral por HSV; Congênitas, traumáticas, neurológicas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, tóxicas, iatrogênicas e idiopáticas.	SILVA, M. F. F., BRITO, A. F., <i>et al.</i> 2015 ¹⁷ .	Atendimento multiprofissional da paralisia facial periférica: estudo de caso clínico
Idiopática; Traumática; Iatrogênica, infecciosa, tumoral, congênita, metabólica ou tóxica.	FONSECA, K. M. O., <i>et al.</i> 2015 ¹⁸ .	Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement

QUADRO CLÍNICO

Por meio da sintomatologia clínica, é possível chegar ao diagnóstico de exclusão de paralisia facial periférica idiopática¹⁴.

Por conseguinte, é muito importante se realizar uma boa anamnese e colher minuciosamente dados sobre o exame físico e a apresentação clínica do paciente que, quando relacionado ao acometimento da paralisia de Bell, irá majoritariamente se demonstrar tendo o seu início de forma súbita e com uma evolução máxima em um período de até 72 horas desde o início da doença¹².

Essa é uma característica importante, que, diferencia a paralisia de Bell de outras enfermidades que por sua vez, apresentam evolução progressiva em vez de caráter súbito e rápido^{3,12}.

Além dos sintomas resultantes do bloqueio sináptico que ocorre nas fibras nervosas, não é tão comum a presença de outros sintomas, sendo que a manifestação de outras apresentações pode ser um bom condutor diagnóstico para descobrir uma possível causa para a paralisia¹⁹.

De maneira geral, a paralisia facial periférica idiopática se apresenta por

meio de início súbito, com histórico de paralisia de no máximo 3 dias, sem outras queixas associadas, com restante dos exames normais e com um possível histórico de infecção viral que acometeu o paciente dentro de um período de três ou quatro semanas anteriores à data da primeira avaliação física^{3,13}. Todas essas características não se apresentam como sinais de alarme ou gravidade e com isso elas determinam o caráter idiopático da doença^{3,13}.

A avaliação clínica da paralisia e a gravidade do acometimento clínico no paciente são feitas com o auxílio da escala de House-Brackmann, em que irá se graduar o nível de disfunção do nervo facial por meio de aferições realizadas entre a medida da mobilidade superior da porção média do ápice da sobrancelha e da mobilidade lateral do ângulo da boca (**Quadro 2**)^{2, 18}.

Quadro 2: Escala de House-Brackmann com grau, classificação clínica e descrição.

Graduação	Classificação Clínica	Descrição
I	Normal	Função facial dentro dos parâmetros de normalidade, com simetria em todas as áreas.
II	Disfunção leve	Leve fraqueza superficial notável ao se realizar inspeção próxima; Pode haver sincinesia discreta. Em repouso, o tônus e a simetria facial ficam normalizados. Em movimento: Testa: Movimentos moderados a leves. Olhos: Fecham completamente com esforço mínimo. Boca: Assimetria mínima.
III	Disfunção moderada	Existe uma óbvia diferença, mas não chega a desfigurar a imagem facial; Existência de sincinesia e/ou espasmos hemifaciais. Em movimento: Testa: movimentos moderados a leves. Olhos: fecham completamente ao esforço. Boca: leve fraqueza ao máximo de esforço.
IV	Disfunção moderadamente severa	Fraqueza notável e/ou assimetria desfigurante. Em repouso, paciente com simetria e tônus normais. Em movimento: Testa: ausência de movimentos. Olhos: fecham de maneira incompleta. Boca: Assimetria ao esforço máximo.
V	Disfunção severa	Somente movimentos levemente perceptíveis. Em repouso: Assimetria. Em movimento: Testa: Ausência de movimentos. Olhos: Fechamento incompleto. Boca: Movimentos discretos.
VI	Paralisia total	Ausência de movimentos

Fonte: FALAVIGNA et al., 2008 (adaptado).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de Paralisia de Bell (PB) é essencialmente clínico,

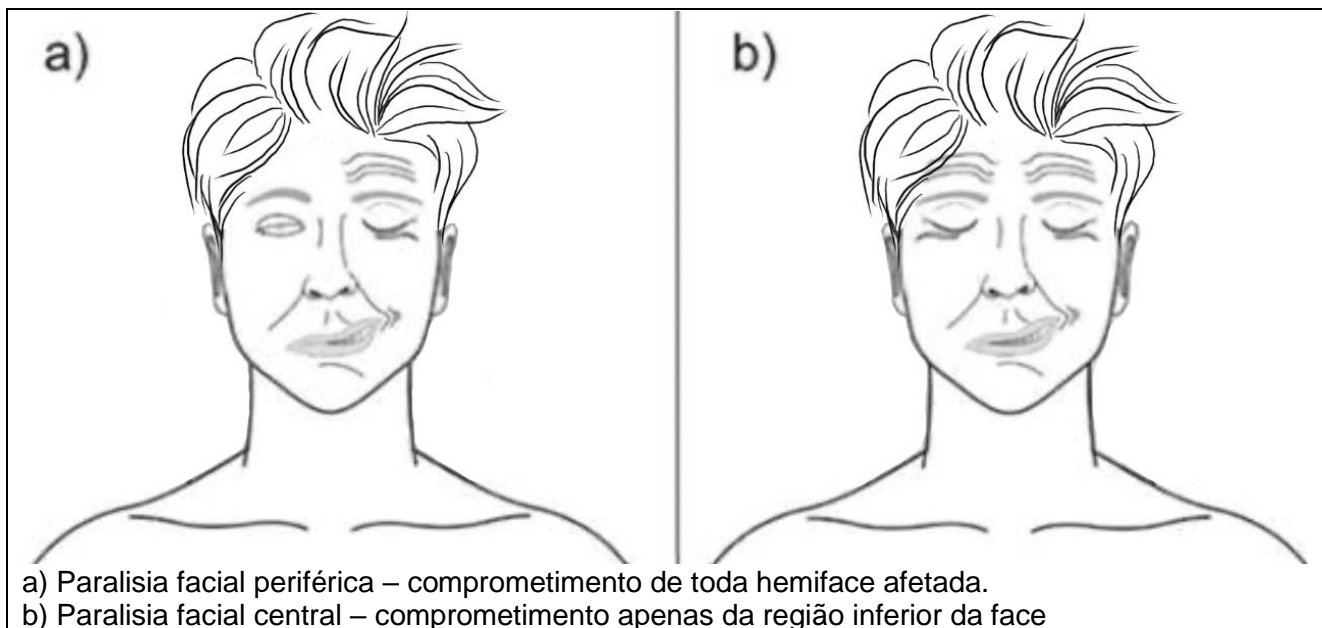
necessitando de uma excelente anamnese e detalhada história clínica com intuito de descartar possíveis diagnósticos diferenciais e importantes para determinar uma possível causa para a afecção e administrar a melhor opção terapêutica, o paciente geralmente apresentará história de início de uma sintomatologia de forma súbita, além de poder apresentar sintomas por acometimento motor, gustativo e sensitivo²⁰.

Os exames complementares como ressonância magnética, investigação viral

e estudo neurofisiológico servem como auxílio para confirmação das eventuais etiologias³.

Dentre os diagnósticos diferenciais, o principal é a paralisia facial central, que é diferenciada da paralisia de Bell pela sua localização. A paralisia de Bell se caracteriza por uma ocorrência de paralisia motora localizada na hemiface (**Figura 2a**), enquanto a paralisia central acomete a parte inferior da face e preserva a função do músculo frontal (**Figura 2b**)^{2,27}.

Figura 2: Diferenças da paralisia facial periférica e central.



O exame físico, assim como a anamnese bem elaborada, é considerado como uma peça-chave para a determinação de um diagnóstico adequado²⁰. No decorrer do exame, é importante pedir ao paciente que realize

algumas tarefas, dentre elas estão a solicitação para sorrir, no qual, naquele indivíduo que estiver acometido pela Paralisia de Bell ocorrerá uma deslocação da rima bucal para o lado que

não está comprometido pela paralisia de Bell^{4,20}.

É notória também a redução do movimento de piscar, visto que o músculo orbicular da pálpebra será afetado de forma a interferir na realização dessa ação⁴. Ademais, quando o paciente tenta fechar o olho do lado afetado, pode se observar um movimento do globo ocular para cima e para fora do olho, esse movimento é também denominado como Sinal de Bell⁴.

TRATAMENTO

O tratamento para Paralisia de Bell é controverso, visto que não se têm grandes evidências acerca de sua eficácia, além de ter um percentual considerável de quadros clínicos que tendem a regredir de forma espontânea¹².

No entanto, alguns esquemas terapêuticos podem ser abordados, visando a uma melhor recuperação e diminuição de possíveis sequelas. Dentre as abordagens estão a intervenção medicamentosa, como a administração de corticosteroides e antivirais principalmente na fase aguda, e a utilização de métodos como acupuntura e fisioterapia (**Quadro 3**)^{12, 8, 21}.

Intervenção Medicamentosa

Os corticosteroides são anti-inflamatórios esteroides que possuem um potencial anti-inflamatório significativo,

por isso são comumente utilizados durante a fase aguda da doença, tendo em vista que uma das etiologias da paralisia se dá por acometimento inflamatório do nervo facial, sendo este capaz de reduzir a inflamação e o edema causados, e posteriores danos aos nervos²².

Um ensaio clínico randomizado duplo cego evidenciou que pacientes tratados com prednisolona, anti-inflamatório esteroide, com posologia de 60mg ao dia, durante 5 dias, e posterior redução para 10mg ao dia até término do tratamento que deveria ser seguido durante 10 dias, obtiveram uma taxa de recuperação completa nos períodos de 3, 6 e 12 meses, demonstrando que esse medicamento tem uma eficácia importante durante o tratamento, de forma a diminuir o tempo de recuperação e auxiliar na recuperação completa do paciente²³.

A Academia Americana de Neurologia traz como recomendação para o tratamento da paralisia, o uso de corticoterapia adjunta de terapia com antivirais, sendo este último recomendado administração precoce, com possível escolha terapêutica de Aciclovir 800mg de 8 em 8 horas por 10 dias¹⁹. Entretanto, estudos não indicam evidências benéficas acerca da efetividade da administração de

antivirais, sendo eles usados de forma isolada ou em associação^{5, 6}.

Intervenção Fisioterápica

A ação fisioterápica está principalmente relacionada à recuperação da força muscular e da mímica facial, além de auxiliar na reintegração e na diminuição e controle das sincinesias, melhorando consequentemente a autoestima do indivíduo⁷.

Os procedimentos são realizados de forma individualizada de acordo com os problemas apresentados por cada paciente⁸. Dentre os métodos fisioterapêuticos utilizados estão técnicas manuais, como alongamentos e massagens, técnicas de cinesioterapia

como estimulação sensorial e exercícios faciais e isométricos, além do uso de técnicas mecânicas como ventosas, entre outros recursos^{8, 24}.

Intervenção com Acupuntura

Segundo um estudo controlado randomizado realizado com um grupo de pessoas com sequelas provenientes da paralisia de Bell²⁵. Os métodos de acupuntura demonstraram importância significativa no âmbito do funcionamento do nervo facial e da rigidez causada pela paralisia²⁵. Esses procedimentos parecem gerar benefícios mesmo em pacientes que não têm história de acometimento muito recente, quanto aos efeitos sobre os músculos faciais não há certezas^{12, 25, 26}.

Quadro 3: Esquemas abordados que demonstraram eficácia segundo cada autor.

AUTOR/ANO	Título	TRATAMENTO
WENCESLAU, L. G. C., <i>et al.</i> 2016 ¹ .	Paralisia facial periférica atividade muscular em diferentes momentos da doença	Esteroides orais precocemente
FALAVIGNA, A.; <i>et al.</i> 2008 ² .	Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento	Prednisolona 25mg, 2x/dia por 10 dias
SOUZA, I. F., <i>et al.</i> 2015 ⁷ .	Métodos Fisioterapêuticos utilizados no Tratamento da Paralisia Facial Periférica: uma revisão	Fisioterapêuticos: recursos mecânicos, cinesioterapêuticos, eletrotermofototerapêuticos, manuais e a terapia cognitiva-comportamental
CUNHA, S. C. N. 2018 ⁸ .	Paralisia facial periférica diagnóstico e tratamento	Corticoides sistêmicos (prednisona 1 mg/Kg/dia, de 7 a 10 dias, a prednisolona e a metilprednisolona IV em uma dose de 1 mg/Kg sendo ela em dose única ou em 3 doses por um período de 3 a 7 dias),
CELIK, O. <i>et al.</i> 2017 ¹⁰ .	The role of facial canal diameter in the pathogenesis and grade of Bell's palsy: a study by high resolution computed tomography	Corticosteroides; Descompressão do nervo facial.
SILVA, A. I.; MAGALHÃES, T. 2013 ¹¹ .	Tratamento farmacológico da Paralisia Facial Periférica Idiopática: qual a evidência?	Corticoides (efetivos)
CARVALHO, V. A. S., <i>et al.</i> 2020 ¹² .	Paralisia facial unilateral: aspectos clínicos e principais	Corticosteroides (prednisolona); Antivirais (aciclovir);

	tratamentos	Fisioterapia; Acupuntura; Radiofrequência.
ZHANG, W., <i>et al.</i> 2020 ¹³ .	The etiology of Bell's palsy: a review	Antivirais + esteroides; Descompressão do nervo facial – relativamente controverso
SILVA, I.H.B., <i>et al.</i> 2012 ¹⁵ .	Paralisia Facial Periférica de Bell: Atualização do Tratamento	Antiviral (valaciclovir, aciclovir); Corticosteroides (prednisona, prednisolona); Fisioterapia; e Cirúrgico seguido da reabilitação orofacial.
FERNANDES, A. C. A. M. 2012 ¹⁶ .	Paralisia Facial - Aspectos Terapêuticos	Reconstrução do nervo facial.
SILVA, M. F. F., BRITO, A. F., <i>et al.</i> 2015 ¹⁷ .	Atendimento multiprofissional da paralisia facial periférica: estudo de caso clínico	Antiviral (aciclovir 400mg por um período de 5 dias) associado a corticosteroide (prednisona de 20mg por um período de 7 dias) Fisioterapia; Acupuntura; Acompanhamento com fonoaudiólogos.
OLIVEIRA, D. C., <i>et al.</i> 2008 ¹⁹ .	A intervenção fisioterapêutica na paralisia facial de Bell	Fisioterapia
KWON, H. J., <i>et al.</i> 2015 ²⁵ .	Acupuncture for the sequelae of Bell's palsy: a randomized controlled trial.	Esteroides (sendo iniciados dentro de até 72 horas) e agentes antivirais, no estado agudo da doença. Acupuntura; Injeção de toxina botulínica A; ou Reconstrução cirúrgica e fisioterapia.

CONCLUSÃO

A partir dos trabalhos analisados, pode-se concluir que a abordagem clínica da paralisia facial de Bell deve ser avaliada de modo individualizado, pois, apesar de ser uma condição que afeta majoritariamente a região periférica nervosa e não apresentar grandes riscos à vida do paciente, possui muitos sinais e sintomas característicos que podem variar de um organismo para o outro.

Devido à variação entre os autores acerca da etiologia e fisiopatologia, é difícil estabelecer com exatidão, porém a causa que aparece com relevância entre os trabalhos utilizados foi o Vírus Herpes Simplex tipo 1 (HSV-1).

Por conta do seu caráter idiopático, a Paralisia de Bell não possui um

tratamento preconizado e objetivo, que tenha eficácia comprovada para o manejo clínico, sendo assim, a conduta preconizada, ainda é conservadora, tendo em mente que muitos quadros podem regredir espontaneamente. Entretanto, cabe ao profissional de saúde avaliar cada caso individualmente, de modo a analisar a necessidade de uma intervenção terapêutica que auxilie a recuperação do paciente e, para isto, podem ser utilizadas diversas vias, como a medicamentosa, fisioterápica, ou uso de métodos como acupuntura.

Dessa forma, é importante a boa conduta da equipe de saúde ao realizar o atendimento, de modo a assegurar total amparo com relação às necessidades requeridas em decorrência da assimetria

e disfunção, devendo possibilitar ao injuriado um bom prognóstico e/ou um tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

- 1 WENCESLAU, L. G. C., *et al.* **Paralisia facial periférica: atividade muscular em diferentes momentos da doença.** *CoDAS*, v. 28, n. 1, p. 3-9, janeiro/fevereiro, 2016.
- 2 FALAVIGNA, A.; *et al.* **Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento.** *Scientia Médica*, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 177-183, out./dez. 2008.
- 3 CORREIA, T. *et al.* **Paralisia Facial Periférica: Diagnóstico, Tratamento e Orientação.** *Nascer e Crescer*, v. 19, n. 3, p. 155-160, 2010.
- 4 GILDEN, D. H. Bell's palsy. **The new england journal of medicine**, v. 351, p. 1323-1331, setembro, 2004.
- 5 ALMEIDA, J. R.; *et al.* Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. **Archives Otolaryngology Head Neck Surgery**, v. 302, n. 9, p. 985-993, setembro, 2009.
- 6 GOUDAKOS, J. K.; MARKOU, K. D. Corticosteroids vs corticosteroids plus antiviral agents in the treatment of Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. **Archives Otolaryngology Head Neck Surgery**, v. 135, n. 6, p. 558-564, junho, 2009.
- 7 SOUZA, I. F., *et al.* Métodos fisioterapêuticos utilizados no tratamento da paralisia facial periférica: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 315-320, 2015.
- 8 CUNHA, S. C. N. **Paralisia facial periférica: diagnóstico e tratamento.** 2018. 49 f. Dissertação (Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2018.
- 9 SHAMSEER, L.; MOHER, D.; CLARKE, M.; GHERSI, M.; LIDERATI, A.; PETTICREW, P.S.; STEWART, L.A. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **BMJ**, v. 349, p. g7647, 2015.
- 10 CELIK, O., *et al.* The role of facial canal diameter in the pathogenesis and grade of Bell's palsy: a study by high resolution computed tomography. **Brazilian Journal of otorhinolaryngology**, v. 83, n. 3, p. 261-268, 2017.
- 11 SILVA, A. I.; MAGALHÃES, T. Tratamento farmacológico da Paralisia Facial Periférica Idiopática: qual a evidência?. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, p. 308-314, 2013.
- 12 CARVALHO, V. A. S., *et al.* Unilateral facial palsy: clinical aspects and main treatments. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.1761-1765 março/abril, 2020.
- 13 ZHANG, W., *et al.* The etiology of Bell's palsy: a review. **Journal of Neurology**, v. 267, n. 7, p. 1896–1905, julho, 2020.
- 14 LAZARINI, P.R., *et al.* Pesquisa do vírus herpes simples na saliva de

- pacientes com paralisia facial periférica de Bell. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 1, p. 7-11, janeiro-fevereiro, 2006.
- 15 SILVA, I.H.B., *et al.* Paralisia Facial Periférica de Bell: Atualização do Tratamento. **Revista de Saúde**, Vassouras, v. 3, n. 2, p. 40-48, jul./dez., 2012.
- 16 FERNANDES, A. C. A. M. **Paralisia Facial – Aspectos Terapêuticos**. 2012. Tese (Mestrado Integrado a medicina), Faculdade de Medicina do Porto, 2012.
- 17 SILVA, M. F. F., BRITO, A. F., *et al.* **Atendimento multiprofissional da paralisia facial periférica: estudo de caso clínico**. *Distúrbios Comum*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 364-368, junho, 2015.
- 18 FONSECA, K. M. O., *et al.* Escalas de grau da paralisia facial: análise de concordância. **Jornal Brasileiro de Otorrinolaringologia**, v. 81, n. 3, p. 288-293, 2015.
- 19 OLIVEIRA, D. C., *et al.* A intervenção fisioterapêutica na paralisia facial de Bell. **XII Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**, 2008.
- 20 VICENTE, J. M. **Paralisia de Bell, do diagnóstico ao tratamento: revisão de literatura**. 2019. 22 f. Artigo (Graduação). Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2019.
- 21 SOUZA, Graciely de Santana. HOEGEN, Carlos. Síndrome de Bell: uma revisão de literatura acerca da abordagem terapêutica. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano. 07, Ed. 11, Vol. 04, pp. 53-76. novembro de 2022. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/sindrome-de-bell>.
- 22 MURTHY, J. M. K.; SAXENA, A. B. Bell's palsy: Treatment guidelines. **Annals of Indian Academy of Neurology**, v. 14, n. 5, p. 70-72, 2011.
- 23 ENGSTROM, M., *et al.* **Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial**. *The Lancet Neurology*, v. 7, n. 11, p. 993-1000, novembro, 2008.
- 24 PEREIRA, L. M., *et al.* Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. **SAGE Journals**, v. 25, n. 7, março, 2011.
- 25 KWON, H. J., *et al.* **Acupuncture for the sequelae of Bell's palsy: a randomized controlled trial**. *Trials*, v. 16, p. 1-8, junho, 2015.
- 26 YU, B. *et al.* **Efficacy and safety of thread embedding acupuncture for facial expression muscles atrophy after peripheral facial paralysis: study protocol for a randomized controlled trial**. *Trials*, v. 22, n. 1, p. 1- 11, 2021. Disponível em: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-021-05696-6>.

**POLÍTICAS DA PRODUÇÃO AGRÍCOLA DE SUBSISTÊNCIA NA RESEX CHICO
MENDES – ACRE**
**SUBSISTENCE AGRICULTURAL PRODUCTION POLICIES AT RESEX CHICO
MENDES - ACRE**

Lindalva dos Santos Peixoto^{1*}.
Maria das Dores dos Santos Peixoto²

¹Bacharel em administração. Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) Paraná (PR), Brasil.

²Geógrafa. Universidade Federal do Acre (UFAC) Acre, (AC), Brasil.

***Autor correspondente:** lindalva.peixoto.lp@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Analisar e comparar a produtividade da região do município de Xapuri, em especial a Reserva Extrativista Chico Mendes com as demais regiões do estado do Acre.

Método: Revisão bibliográfica em livros, artigos e revistas especializadas que tratam da temática em foco.

Resultados: As leituras e reflexões empreendidas possibilitaram o entendimento de que, as políticas públicas que foram criadas para as Resex, visam fazer com que os produtores extrativistas que vivem nestas unidades de conservação possam fazer uso de suas terras para o cultivo da lavoura branca e criação de pequenos animais, não só para a sua subsistência, mas também como uma forma de empreendimento gerando renda e desenvolvimento para região da Amazônia Ocidental.

Considerações finais: Se faz necessário que o produtor rural atualmente faça uso não apenas dos métodos tradicionais, mas insira novos mecanismos melhorando cada vez mais sua forma de cultivo, tornando-se mais competitivo e eficiente no mercado.

Palavras-chave: Chico Mendes. Resex. Xapuri.

ABSTRACT

Objective: To analyze and compare the productivity of the region of the municipality of Xapuri, in particular the Extractive Reserve Chico Mendes with the other regions of the state of Acre.

Method: Bibliographic review in books, articles and specialized magazines that deal with the theme in focus.

Results: The readings and reflections undertaken made it possible to understand that the public policies that were created for the Resex, aim to make the extractivist producers who live in these conservation units be able to make use of their lands for the cultivation of white crops and creation of small animals, not only for their subsistence, but also as a form of enterprise generating income and development for the Western Amazon region.

Final considerations: It is necessary for the rural producer to use not only traditional methods, but also to introduce new mechanisms, increasingly improving his way of cultivation, becoming more competitive and efficient in the market.

Keywords: Chico Mendes. Resex. Xapuri.

INTRODUÇÃO

A agricultura de subsistência caracteriza-se pela utilização de métodos tradicionais de cultivo, realizados por famílias camponesas ou por comunidades rurais. Essa modalidade é desenvolvida, geralmente, em pequenas propriedades e a produção é bem inferior se comparada às áreas rurais mecanizadas. Contudo, o produtor rural estabelece relações de produção para garantir a subsistência da família e da comunidade a que pertence.

Entre os principais produtos cultivados nas propriedades de subsistência estão o arroz, feijão, milho, mandioca, batata, frutas, hortaliças, entre outros. Após suprir as necessidades da comunidade envolvida, o excedente é trocado ou vendido para a aquisição de produtos que não são cultivados nessa ou em outra propriedade.

A discussão sobre a agricultura familiar tem tomado grandes proporções não só no Brasil, mas em todo o mundo. Vários acontecimentos têm ocorrido para argumentar sobre a necessidade e possibilidade de melhoria de políticas agrícolas, destinadas ao crescimento e fortalecimento da agricultura familiar. Principalmente nas Unidades de Conservação (Resex), com alternativa para a promoção do desenvolvimento sustentável.

O axioma no contexto rural brasileiro contrapõe com a carência de seu melhoramento, pois a base principal para que os agricultores absorvam novas técnicas e incorporem o processo ao qual estão encaixados se baseia no ensino. Ainda segundo o autor, o elemento indispensável para a formação do ser humano requer ações de investimento, as quais confirmam a qualidade dos sistemas de ensino rurais e sua desvantagem em relação aos detectados nos centros urbanos¹.

Entretanto, o presente trabalho busca discutir e comparar a produção agrícola de subsistência do município de Xapuri, em especial na Resex Chico Mendes, região do Vale do Acre, com cultivo de cultura branca do município de Cruzeiro do Sul, Região do Vale do Juruá, observando e justificando as deficiências ou exatidão de ambas as regiões.

MÉTODO

Este estudo tem como intuito a produção familiar rural do estado do Acre, no município de Xapuri, Vale do Acre, estando voltada para a Unidade de Conservação Resex Chico Mendes e o município de Cruzeiro do Sul, Vale do Juruá, sendo observada a produção de subsistência não só para o autoconsumo, mas também para a geração de renda

dos produtores das duas cidades, de acordo com os Índices de Eficiência Econômica (IEE) conforme dados secundários captados do Projeto ASPF.

Na metodologia, além dos dados secundários do projeto de “Análise Socioeconômica de Sistemas de Produção Familiar Rural no Estado do Acre” no período de 1996/1997 e 2005/2006, foi realizada também revisão de literatura em livros acadêmicos, artigos e revistas qualificadas e experientes, que continham como conteúdo principal, assuntos relacionados sobre agricultura familiar. Com isto, foi possível angariar informações das áreas de sistema de produção (agrícola e extrativista) não só dos municípios citados acima, mas também de todo o estado do Acre, conforme o nível de desenvolvimento de cada local¹⁹.

Sendo assim, de acordo com os dados e sistemática estudada e analisada, foi possível desenvolver os referenciais teóricos: **A Inserção da Agricultura de Subsistência nas Resex e, Desenvolvimento Regional e Inovação e Tecnologia na Agricultura de Subsistência.**

A INSERÇÃO DA AGRICULTURA DE SUBSISTÊNCIA NAS RESEX

No Acre a desagregação da atividade extrativista teve pesado ônus para as populações consideradas tradicionais como: os seringueiros, os posseiros, os ribeirinhos, os indígenas e os castanheiros; através do processo de ocupação econômico e demográfico da Amazônia a partir da década de 1970. Estas populações eram resistentes aos modelos de desenvolvimento.

Os confrontos mais violentos concentravam-se no território do Alto Acre, particularmente no município de Xapuri, região onde acontecia aumento de desmatamentos e queimadas de forma notória e audaciosa, ecoando nacionalmente e internacionalmente de maneira negativa para o Brasil em relação às gestões ambientais².

A reação a esse processo veio de toda parte gerando, portanto, impactos ambientais e sociais. Dava-se início a uma nova fase, a extinção dos seringais e seus padrões e a independência dos seringueiros. Surgiram então as grandes e médias propriedades fundiárias, seguidas, por conseguinte, da expansão da agricultura familiar, onde despertara a violenta luta pela posse da terra.

Os movimentos sociais se organizaram gerando intensos e violentos conflitos sociais na região. A luta desses grupos sociais fez com que o Governo Federal criasse as Resex, com

estipulação de condições para subsistência dos produtores destas unidades de forma sustentável. Deste modo é possível que se obtenha um desenvolvimento de maneira ecologicamente correto e um avanço econômico e social do local³.

[...] As demais comunidades rurais, especialmente as que vivem em florestas e na condição de posseiros, tiveram que conquistar o direito de obter o reconhecimento dos direitos de posse em modalidades apropriadas às características econômicas, ambientais e culturais que apresentam. Para isso, definiram e construíram socialmente os instrumentos jurídicos e as políticas públicas necessárias para tornar estas conquistas universais. O exemplo mais relevante é o dos seringueiros, que formularam uma política específica de reforma agrária e proteção ambiental, as Reservas Extrativistas, depois de mais de dez anos de confrontos em torno da terra e dos recursos naturais”³.

A cultura de subsistência era praticada desde a época dos seringueiros que viviam sob o jugo dos “patrões”. Mas estes não tinham consentimento para cultivá-la de forma livre e, por proibição dos donos dos seringais, eram forçados a se dedicar somente à coleta da castanha e à produção da borracha. Em momento posterior com a queda da borracha, eles começaram a ter oportunidade de cultivar a cultura branca sem restrições. Esta apresentação se dá desta maneira⁴.

[...] com a crise, os seringais aqui existentes são abandonados. Cidades que antes serviam de entreposto comercial esvaziam-se e os seringueiros são obrigados a diversificar suas atividades. Os remanescentes agora “Livres” da dependência do seringalista, passaram a dedicar-se a coleta de

castanha-do-brasil, à caça, pesca e agricultura de Subsistência etc⁴.

Além de o meio de cultivo naquela época ser de maneira absolutamente tradicional, a assistência técnica era escassa, e o acesso ao financiamento era moroso, pois a maioria eram apenas “posseiros” e, neste período os agentes financiadores como por exemplo, o Banco da Amazônia S/A (BASA) aceitava financiar apenas os indivíduos que possuíam terras documentadas.

Uma das principais intenções da Extensão Rural, ou seja, a assistência técnica é o fortalecimento da agricultura. E para que isso fosse possível, o instrumento primordial era o crédito rural supervisionado, daí a importância de que as terras fossem regularizadas⁵.

Foram implantados, então, os primeiros Projetos de Assentamento (PAs) de reforma agrária, mais precisamente no início da década de 1960 e, neste caso, a partir daí é que muitos deles receberam suas terras. Alguns dos agricultores que se tornaram proprietários das terras no município de Xapuri, foi através da desapropriação de seringais, como, por exemplo, o Seringal Santa Fé. O novo proprietário mais conhecido como Veríssimo, antes de seu falecimento, loteou e doou a cada seringueiro seus lotes com escrituras públicas.

Os remanescentes que viviam em outros seringais tiveram que esperar pelos loteamentos implantados através do INCRA em conjunto com outros órgãos federais que tinham como propósito desenvolvimento, organização e liberação de áreas onde precisariam ser assentados produtores rurais sem terras, normalizando-as sucessivamente em conjunto ao órgão capacitado⁶.

Já nos anos de 1970/1980, quando houve um grande fluxo migratório em função do ciclo econômico para a inserção da agropecuária na Amazônia Ocidental, foram impulsionadas ações que tiveram como destaque os Projetos de Assentamento Dirigidos (PADs) junto com a construção de rodovias, o que incentivou a compra de terras por grupos empresariais do Centro-Sul do Brasil (nacionais e estrangeiros)⁷.

Estes projetavam povoar e apropriar-se da Amazônia, mas este acontecimento trouxe consigo grandes e sérios problemas socioambientais, pois fomentaram uma ocupação não sistemática da terra. Estes projetos tiveram nesta conjuntura o objetivo de amenizar as grandes especulações fundiárias e diminuir as tensões sociais existentes no estado do Acre e no município em questão. Eles foram projetados a partir de um estudo realizado em 1971, resultado direto de

uma política de colonização, com intuito de conter o fluxo migratório regional⁸.

Com o objetivo de especular com a compra dos grandes seringais naquela época, que eram ocupados por famílias pobres e sem terras, principalmente por seringueiros e posseiros, iniciou-se então um novo caminho de luta das comunidades tradicionais ou, melhor dizendo, os seringueiros, posseiros, ribeirinhos, agricultores e indígenas⁷.

Contudo, estes povos não tinham objetivo em dedicar-se ao cultivo da lavoura branca. Incentivados pelo líder seringueiro Chico Mendes, não pensavam em desmatar nem mesmo para plantar, apenas cultivar a floresta intacta como única forma de preservação ambiental. Posteriormente, através de movimentos organizados, os seringueiros passaram a resistir às mudanças e expulsão. Uniram-se através de Sindicatos Rurais e cuidaram de coordenar os “empates” (luta sistematizada e pacata), iniciando assim um processo de êxito e independência dos seringueiros da região.

Com a chegada dos grupos de sulistas e também do Centro-Oeste nos anos de 1970 a 1980, foram estabelecidos projetos agropecuários pioneiros, fazendo com que houvesse uma rearticulação capitalista no ambiente amazônico recente. Isso fez com que

ocorresse no Acre uma nova fase econômica⁹.

Desse modo o Governo Federal presumiu que este seria o mecanismo mais adequado para livrar-se de problemas fundiários nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, o que não aconteceu, pois o problema foi apenas movido de um lugar para outro⁷.

Os seringueiros, tendo-os como exemplo, tiveram iniciativa e começaram a fazer plantações de cultura de subsistência em pequena escala e de modo convencional. Deste modo, à proporção que eles iam convivendo com os imigrantes do Sul e Centro-Oeste, foram aumentando as áreas desmatadas para ampliar o plantio e a criação de pequenos animais.

Mas a convivência do acreano ou nordestino com os imigrantes do Centro-Sul não foi uma tarefa muito fácil, pois “coube ao imigrante enfrentar a falta de infraestrutura, firmando-se na nova terra, e construir novos modos de vida aprendendo e ensinando no convívio com o trabalhador rural acreano, construindo, reconstruindo suas identidades e influenciando na construção e reconstrução do trabalhador rural acreano”¹⁰.

Mas como parte da cultura naquele período eles insistiam no conservadorismo de sua origem, ou seja,

não desmatar a floresta para a formação de pastos e posteriormente a criação de gado. Praticavam apenas a monocultura e tinham resistência e pouco conhecimento a respeito de culturas consorciadas. Visto que eles não tinham o hábito nem a experiência de aradar a terra, e com isso havia dificuldades em produzir uma cultura de qualidade, gerando assim apenas um produto inferior e de baixa produtividade.

Isto se dava por conta da pouca orientação que os produtores recebiam naquela época além da ânsia em manter a tradição. Nas décadas de 1980/1990, quando essas terras foram documentadas, muitos deles passaram a ter acesso ao financiamento para o cultivo da cultura de subsistência. De modo que para aqueles que tiveram melhores condições e receberam maior assistência não foi tão difícil produzir, porém para os que não tiveram o mesmo auxílio, ou não tiveram as mesmas oportunidades, a condição de vida tonou-se mais árdua.

Dois anos depois da morte do líder seringueiro Chico Mendes, foi criada a primeira Reserva Extrativista³. Estas foram criadas em 12 de março de 1990 através de decreto presidencial e compreendem uma área de 970.570 hectares, o que equivale a 9.315 Km² do Estado do Acre. A reserva compreende

os municípios de Xapuri, Capixaba, Epitaciolândia, Brasiléia, Assis Brasil, Sena Madureira e Rio Branco, e é fiscalizada pelo Instituto Chico Mendes de Conservação e Biodiversidade – ICMBio⁷.

Mesmo com a criação das Resex, não foi suficiente para melhorar satisfatoriamente a condição de vida desses produtores, pois eles alegavam que a assistência técnica, os apoios sociais e econômicos não eram suficientes para atender a todos os agricultores de maneira eficiente e eficaz.

A mão de obra familiar também é de alta influência, tendo em vista que não é viável importar este serviço e, quando esta mão de obra é escassa, dificulta a prosperidade econômica e social ocasionando uma baixa autoestima no produtor e conseqüentemente uma baixa produtividade.

Sob o ponto de vista da evolução do espaço agrário brasileiro as recentes mudanças sofridas influenciaram as “pequenas e médias propriedades rurais, descapitalizando e provocando a exclusão social do pequeno agricultor o que trouxe conseqüentemente o êxodo rural.”

Os produtos extrativistas ainda são produzidos em escala considerável, o que faz com que a cultura branca fique em segundo plano. Mas esta baixa

produtividade de grãos pode ser atribuída cada vez mais ao direcionamento para a pecuária¹¹.

Desde 1971, época em que iniciou de forma preponderante e prevalecente a proposta econômica formada para o Estado, neste caso, pelo então governador Wanderley Dantas, era a agropecuária, mas que sintetizou mais para a pecuária do que para a agricultura. Tendo em vista as facilidades que a pecuária proporciona, tais como: mão de obra acessível e fácil manuseio, além de retorno imediato¹⁰.

Todavia, apesar de ser contrariador ao objetivo primário da Resex, se o avanço da pecuária continuar em ritmo acelerado, daqui a poucos anos o limite de (10%) previsto na legislação vigente será ultrapassado¹².

Ao passo que alguns destes pequenos produtores estando a optar pela pecuária, o fazem excedendo a demarcação, mesmo não sendo viável para eles fazerem a criação de gado para corte. E isto faz com que haja uma flutuação na plantação de cultura branca.

Entretanto, atualmente tem ocorrido a introdução de políticas agrícolas estaduais que, mesmo sendo de forma tímida, visam impulsionar o desenvolvimento rural e melhorar a problemática na agricultura familiar e sob o ponto de vista negativo que existe em

relação aos sistemas, haja vista que os estímulos à modernização agropecuária ocorreram de forma moderada. Não somente no município de Xapuri, mas também em todo o Estado do Acre. Principalmente na Reserva Extrativista considerando que esta faz parte de área de preservação ambiental.

DENVOLVIMENTO REGIONAL, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA NA AGRICULTURA DE SUBSISTÊNCIA

A agricultura de subsistência em nosso país é um importante instrumento para diminuição da miséria. No entanto, a baixa produtividade dos minilatifúndios abre debates acerca da necessidade de modernizar este modelo de produção e em especial na Amazônia Ocidental, passando do plantio de manutenção para o plantio de alta produtividade, com fins comerciais.

Apesar dos benefícios deste modelo agrícola, existem algumas dificuldades. Os pequenos produtores nem sempre possuem condições de mecanizar o cultivo, além disso, a baixa renda, o pouco ou quase nenhum crédito e, muitas vezes, o baixíssimo índice de educação são alguns dos impeditivos¹³.

Por outro lado, é por meio deste modelo econômico que milhares de famílias sobrevivem em todas as regiões do país e do mundo. Independentemente de cada uma compreender suas

especificidades em seu desempenho produtivo, dadas as distintas circunstâncias de produção, sejam elas em ordem climática, cultural, estratégica ou socioeconômica^{14, 15}.

Não só no Brasil a agricultura de subsistência exerce grande importância na economia familiar, e é de todo possível afirmar que esta é extremamente heterogênea e inclui desde famílias muito pobres até famílias com grande dotação de recursos. As incorporações tecnológicas que ocorrem na agricultura interferem no processo de desenvolvimento econômico e social, proporcionando melhorias na distribuição e organização de atividades, como o aumento na renda dos produtores rurais.

Estas transformações têm contribuído para que alguns produtores reflitam sobre a necessidade de administrarem bem a atividade, tornando-se mais eficientes e competitivos, diminuindo a pobreza e a desigualdade de renda no meio rural.

No estado do Acre, a produção agrícola caracteriza-se por pequenas propriedades rurais, e é onde há maior desenvolvimento na produção familiar fazendo com que ela seja responsável por grande parte de geração de emprego e renda na Amazônia.

Entretanto, a produção familiar tem passado por diversos obstáculos em seu

crescimento em função da carência de tecnologias e técnicas inovadoras que sejam eficientes para o aumento econômico da produção agrícola, e isto tem dificultado a sobrevivência dos pequenos produtores rurais, pois as rápidas mudanças com custos altos em nível de tecnologia fazem com que os pequenos produtores rurais apresentem produtos inferiores em virtude do baixo nível tecnológico acrescentado à produção. De forma que, por este processo ser realizado de forma simples, a produtividade torna-se baixa, e os gastos com produção tornem-se altos, o que faz com que o produtor fique de fora da competitividade que há no mercado ¹⁶.
17.

Isso deixa clara a necessidade de os produtores rurais adotarem novos mecanismos de aprendizagem de formação profissional e empresarial. Porém a formação profissional e a mentalidade empreendedora requerem algum nível de instrução o que a maioria dos pequenos produtores rurais, especialmente os mais velhos, não dispõe.

No município de Xapuri, a produção agrícola, em especial da produção de subsistência, enfrenta dificuldades para promover o desenvolvimento do setor, em virtude da sua produtividade, ou seja, na

tentativa de obter uma produção autossuficiente ou na busca da qualidade dos produtos ofertados no mercado, possibilitando a geração de emprego, ampliando e distribuindo melhor renda familiar ¹⁶.

Neste sentido, o problema comumente encontrado é a constatação da baixa rentabilidade dos estabelecimentos rurais, desmotivando os produtores, a ponto de, muitas vezes, inviabilizar o empreendimento migrando para as cidades. Mas a importância e o papel da agricultura familiar vêm ganhando força nos debates sobre desenvolvimento sustentável, inovação e acesso à tecnologia. A flexibilidade para adaptação a diferentes processos de produção e a variedade de fontes de renda tornaram a agricultura familiar elemento fundamental da modernização agrícola e preservação ambiental, como é o caso das Unidades de Conservação – Resex.

Em todo o Estado a agricultura e a produção familiar fazem parte do desenvolvimento econômico. Com a meta de diversificar a base econômica e fomentar ainda mais as atividades agrícolas, já existem políticas agrícolas de investimento na área.

Há sistemas atualmente como, por exemplo, os Sistemas Agroflorestais (SAFs) que proporcionam aos produtores

rurais a combinação na produção de alimentos, preservando os recursos naturais existentes e conservando a biodiversidade. Isso retrata o modelo sustentável de relação que deve haver entre o homem e o meio ambiente nas Reservas Extrativistas ¹⁸.

Os trabalhos nas cadeias produtivas estão se consolidando no Estado, além de fomentar novas atividades com potencial de geração de renda, como atividades extrativistas, que são a castanha e a borracha, junto com o avanço no plantio de outras espécies como o açaí e outras frutíferas e a mandioca, além da criação de suínos e gado para pecuária leiteira. Isto apresenta os resultados na apuração de incentivos governamentais, como a Lei Chico Mendes, fazendo com que haja boas práticas para o desenvolvimento das cadeias produtivas no estado do Acre ¹⁹.

Visando a um cenário competitivo na produção de lavoura branca, os modelos consorciados vêm ganhando cada dia mais espaço, como é o caso da mandioca, que vem crescendo a cada dia mais o seu plantio e sendo expandida na região do Vale do Juruá. Esta, é a região que tem maior submissão a esta cultura por conta de seus derivados e de modo especial a farinha ¹⁹.

Na Região do Alto Acre, em Xapuri, apesar do discurso de “desenvolvimento sustentável”, a RESEX Chico Mendes é declarada de forma histórica como uma região emblemática.

Nesta mesma região está a segunda maior parte do rebanho bovino desta Unidade de Conservação, segundo levantamento socioeconômico de (2009), aumentando o número de pastagens, deixando a agricultura de subsistência postergar ⁷.

Apesar da baixa produtividade dos produtos agrícolas no município de Xapuri, ou mesmo a “oscilação” no plantio da cultura de subsistência tanto no Vale do Alto Acre, quanto em outras regiões do Estado onde compreende a área de Reserva, vemos de forma considerável que, para o agricultor a pecuária tem sido bastante relevante, posto que seu retorno é mais célere.

Contudo a atividade extrativista ainda tem seu valor e importância, pois são culturas tradicionais, seguido, portanto, do plantio da lavoura branca. Uma das culturas de subsistência que teve desenvolvimento no município, embora que de forma tímida, foi a mandioca ¹⁹.

Desse modo é evidente a necessidade de maior incentivo na produção de grãos em larga escala, não só para o autoconsumo evitando que o

produtor venha importar estes produtos, mas principalmente para abastecimento de todo o mercado, não só no município de Xapuri, como em todo o Estado, apesar de alguns autores afirmarem que a agricultura familiar, ao longo do tempo, tem-se distinguido da agricultura de subsistência, ou a pequena agricultura, ou agricultura de baixa renda, para agricultura comercial ou empresarial^{20, 21}.

Isso mostra que, para que haja um desenvolvimento real nas regiões, é fundamental uma política agrícola mais ampla que integre os objetivos econômicos da produção através da agricultura familiar. Considerando que estas inovações são processos que devem fazer parte da rotina dos agricultores familiares nos seus modos de superação das adversidades, para manter sua reprodução social e dos seus sistemas de produção, e que devem ser sistematizados e potencializados. Uma outra alternativa de inovação é através da extensão rural, que visa promover a disponibilização de conhecimentos e qualificação da família rural.

Este trabalho tem complementações dos resultados obtidos do projeto de pesquisa “Análise Socioeconômica de Sistemas de Produção Familiar Rural no Estado do Acre” (ASPF), desenvolvido pelo Centro de Ciências Jurídicas e

Sociais Aplicadas (CCJSA), da Universidade Federal do Acre (UFAC),

No projeto ASFP foi levada em consideração a construção de inúmeros e diferentes indicadores, que são: Amostragens, Renda Bruta (RB), Renda Bruta Total (RBT), Renda Líquida (RL), Análise Econômica, Lucro da Exploração (LE), Nível de Vida (NV), Índice de Eficiência Econômica¹⁹.

Desta forma é concebível avaliar a produção econômica das famílias rurais do Acre, que vão desde os mais convencionais até os que simplesmente se aplicam à produção familiar rural.

A produção de subsistência a princípio era cultivada apenas para manutenção da família, de forma árdua, pesada e envolvendo bastante trabalho físico, por isso sempre em pequena escala e contando apenas com a mão de obra familiar. Mas que, logo após a desativação dos seringais, passou a ser cultivada de forma despreocupada e intensa. Depois, com a criação dos Projetos de Assentamentos (PAs) criados pelo INCRA, os produtores passaram a ter oportunidade de financiamento e, assim, “modernizar” os mecanismos de cultivo produzindo em maior escala, com destino tanto para manutenção da família, como para a comercialização, porém, ainda de forma limitada. As mudanças que ocorreram ao longo de

décadas, transformaram os costumes dos produtores de várias origens.

No entanto, a lavoura branca atualmente mais cultivada no município de Xapuri e que teve uma pequena evolução, foi a mandioca. As demais, como arroz, feijão e milho, não tiveram tanto avanço segundo os dados secundários obtidos. Quando comparada com as demais regiões do estado, como no município de Cruzeiro do Sul, que possui certa dependência da cultura de mandioca, por consequência dos produtos originários deste cultivo. Vemos que a produção na Resex Chico Mendes é suficiente apenas para o consumo e, quando vendida, somente em pequena escala, ou seja, apenas no varejo.

Contudo, isto ocorre porque este produtor, além de lidar com o plantio de subsistência, precisa administrar também o extrativismo juntamente com os produtos agroflorestais. Expomos também que, as Unidades de Conservação foram criadas em função da luta dos grupos organizados, e assim com isto os produtores rurais passaram a ter mais oportunidades de financiamento como por exemplo: O Fundo Constitucional de Financiamento do Norte (FNO).

No entanto, como já esboçado, muitos desses agricultores se perderam entre o cultivo da lavoura branca, o

extrativismo, e o cultivo de produtos agroflorestais. Saindo de suas propriedades e dirigindo-se aos centros urbanos fazendo com que de certa maneira os trabalhadores urbanos, ficassem pressionados pela migração, tendo como consequência seus salários diminuídos, aumentando o bolsão de miséria da zona urbana ²².

Nas Resex, que é o principal objeto de estudo, vemos que, além das criações de pequeno porte, os produtores passaram a incluir também a pecuária, muitas vezes ultrapassando os limites estabelecidos pelo Governo Federal. Nos dias atuais, o agricultor de baixa renda ainda vive do cultivo da lavoura branca, mas que esta fica em segundo plano, tendo em vista, que sua dedicação é mais voltada ao extrativismo e a pecuária, pois elas mesmas têm se mostrado mais lucrativas do que o restante das atividades agrícolas.

Desta forma é possível dizer que, é presumível a necessidade de estratégias direcionadas para qualificação, requalificação das comunidades gerando o crescimento das cadeias produtivas locais, ofertando capacitações e treinamentos. Fazendo-os adquirir vantagens, tornando-os competitivos nas regiões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na década de 1970, o Governo Militar estabeleceu políticas desenvolvimentistas na Amazônia, o que ocasionou múltiplos abalos sociais, econômicos e ambientais, a partir da desapropriação de terras de várias famílias dessa região, incentivando, a agropecuária, mas principalmente a pecuária.

Dessa maneira, na década seguinte, o Governo Federal tentando compensar os danos causados através de políticas de reforma agrária, assim, com a criação do INCRA, são implantados os primeiros projetos de assentamento, como os Projetos de Assentamentos Dirigidos (PADs), principalmente na Amazônia, encaminhando uma melhoria de vida na região. Logo, em consecutivo, a criação de Unidades de Conservação na expectativa de unir desenvolvimento rural com sustentabilidade.

Sendo assim, este trabalho permitiu compreender melhor um pouco da história da cultura de subsistência do Acre, em especial no município de Xapuri, com ênfase na Reserva Extrativista Chico Mendes (Resex). Argumentando que a lavoura branca é uma das principais atividades do pequeno agricultor e que ela mesma vem sendo cultivada desde a época da “borracha”, mesmo quando ainda era

proibida pelos seringalistas. Observamos também que, a cultura branca sofreu várias influências no decorrer do tempo.

Todavia percebe-se um avanço considerável no aspecto social nestas regiões referente à educação. Consequentemente com a implantação de programas direcionados ao ensino de jovens e adultos em comunidades de difícil acesso, o êxodo rural ocasionado mais precisamente pelos jovens que habitam nestas comunidades tem sido evitado, de modo a assegurar a mão de obra familiar.

No que se refere à inovação na agricultura de subsistência, é recomendado uma análise do perfil do produtor, com o intuito de examinar qual tipo de cultura se adequa melhor àquele agricultor, além da profissionalização das equipes de agricultura familiar. Associado à adoção de sistemas mais sustentáveis que permitam que a família além de retirar da terra e das demais atividades todo o seu sustento, possam gerar renda. Investimentos em maquinários que auxiliem, otimizem e ampliem a sua produção diminuindo o tempo de execução em várias etapas do processo produtivo, são vantajosos e extremamente apropriados num ganho eficiente e eficaz da produção.

E, por fim, o amadurecimento de ideias a respeito de algumas opções

de softwares de gestão disponíveis no mercado para médias e grandes propriedades. Com estes conceitos é possível pressupor a contribuição e melhoria de maneira a organizar as produções agrícolas, bem como definir processos de controle que englobem desde a gestão financeira até a gestão de insumos, logística, vendas e negociações dos produtos agrícolas.

REFERÊNCIAS

1. VEIGA, J. E. da. Cidades imaginárias. **O Brasil é menos urbano do que se calcula.** Campinas: Editora Autores Associados, 2002, 304p.
2. SOUZA, Gisele Elaine de Araújo Batista. **Reserva Extrativista Chico Mendes – AC: Os Desafios de Gestão (Com) Partilhada.** Viçosa, Minas Gerais – Brasil, 2010.
3. ALLEGRETTI, Mary. **A construção social de políticas ambientais: Chico Mendes e o movimento dos seringueiros.** Desenvolvimento e Meio ambiente, n. 18, p. 39-59, jul/dez. 2008. Editora UFPR.
4. CASTELO, Carlos Estevão Ferreira. **Avaliação econômica da produção familiar na Reserva Extrativista Chico Mendes no Estado do Acre.** 1999. 106 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho. Disponível em: <http://www.eps.ufsc.br/disserta99/castelo/>. Acesso em: 10 jan. 2019
5. SOUZA, C.; CAUME, D. **Crédito Rural e Agricultura Familiar no Brasil.** In: XLVI Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2008, Acre. Anais... Rio Branco, jul. 2008.
6. CARVALHO, Lucas Araújo. **Colonização e Meio ambiente: Estudo de duas experiências de assentamento na Amazônia Ocidental.** UNICAMP, 2000. 216 p. dissertação (doutorado em economia) - Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas.
7. ACRE, Secretaria Estadual de Meio Ambiente. Programa Estadual de Zoneamento Ecológico – Econômico do Estado do Acre. **Zoneamento Ecológico Econômico: aspectos socioeconômicos e ocupação territorial, documento final.** Rio Branco. 2000. v. 2, 313 p.
 1. _____ Estado do. Programa Estadual de Zoneamento Ecológico-Econômico do Estado do Acre. **Zoneamento ecológico-econômico: recursos naturais e meio ambiente - documento final.** Rio Branco: SECTMA, 2000. V. 1
 2. _____ Governo do Estado. **Diagnóstico socioeconômico e cadastro da Reserva Extrativista Chico Mendes – Plano Resex Sustentável – Documento Preliminar – Rio Branco: Sema, 2010.**
8. CAVALCANTI, T. J. da S. **Colonização no Acre: uma análise socioeconômica do Projeto de Assentamento Dirigido Pedro Peixoto.** 1994. 196f. Dissertação (Mestrado em

- Economia Rural) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
9. SILVA, Silvio Simione da. **A fronteira agropecuária acreana.** Presidente Prudente, 1999. 375p. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista – FCT/UNESP.
10. MACHADO, Tânia Mara Rezende. **Migrantes sulistas: caminhadas e aprendizados na região acreana.** Rio Branco - Acre, Edufac, 2016.
11. MESQUITA, Livia Aparecida Pires de; MENDES, Estevane de Paula Pontes. **Agricultura familiar e estratégias: a participação feminina na reprodução socioeconômica e cultural.** Espaço em Revista, Universidade Federal de Goiás, GO, vol. 14, n. 1, jan./jun, p. 14-23 2012.
12. FITTIPALDY, Márcia Cristina Pereira de Melo. **Reserva extrativista Chico Mendes: dos “empates” à “pecuarização”?** Rio Branco – Acre, Edufac, 2017
13. Portal: **Pensamento Verde/ Meio Ambiente/ Cultura de Subsistência no Brasil** (fevereiro de 2014). Disponível em: <https://www.pensamentoverde.com.br/meio-ambiente/agricultura-sustentavel-brasileira/> Acesso em: 06 jan. 2019
14. SILVA, R. G [et al]. **Análise da Tecnologia de Produção Agropecuária do Estado do Acre em 1995/1996.** In: MENTON, M. C. S & PASSOS, V. T. R (Ed.) ANAIS DO V SEMINÁRIO ANUAL DE COOPERAÇÃO, UFAC-UF 2007. Rio Branco, AC: UFAC:
- PROPEG. Coordenação Geral de Projetos, 2007. 257 p.
15. LOIOLA, Tiago de Oliveira. **Produção de Lavoura Branca no Projeto de Assentamento Humaitá nos Períodos de 1996-1997 e 2005-2006.** Monografia para obtenção de título de bacharel em Economia, Universidade Federal do Acre – UFAC, 2009 58p.
16. MACIEL, R. C. G. [et al] **As Inovações Tecnológicas na Produção Familiar Rural do Estado do Acre: Uma análise a partir da cultura da macaxeira.** In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA E ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 48. 2010, Campo Grande. **Anais...** Campo Grande SOBER 2010.
17. BEZERRA, F. D. S et al. **Desempenho Econômico da Produção de Macaxeira no Projeto de Assentamento Santa Luzia no Acre.** In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA E ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 50. 2012, Vitória. **Anais...** Vitória: SOBER, 2012
18. FRANCO, Fernando Silveira. **Sistemas Agroflorestais: uma contribuição para a conservação dos recursos naturais na Zona da Mata de Minas Gerais.** Viçosa: UFV, 2000. 147 p. Tese (Doutorado em Engenharia Florestal).
19. MACIEL, Raimundo Cláudio Gomes (coord.) **Diagnóstico socioeconômico dos sistemas básicos de produção familiar rural do estado do Acre (ASPF)**

- período 1996/2006. Rio Branco, Acre, Brasil: EDUFAC, 2010.
20. GUANZIROLI, Carlos; ROMEIRO, Ademar; BUAINAIN, Antônio M.; DI SABBATO, Alberto; BITTENCOURT, Gilson. **Agricultura familiar e reforma agrária no século XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
21. BARROS, Geraldo Sant'Ana de Camargo. **Agronegócio Brasileiro: Perspectivas, desafios e uma agenda para seu desenvolvimento**. São Paulo: USP, 2006.
22. GRAZIANO NETO, F. **Questão Agrária e Ecologia: Crítica da moderna agricultura**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1982.