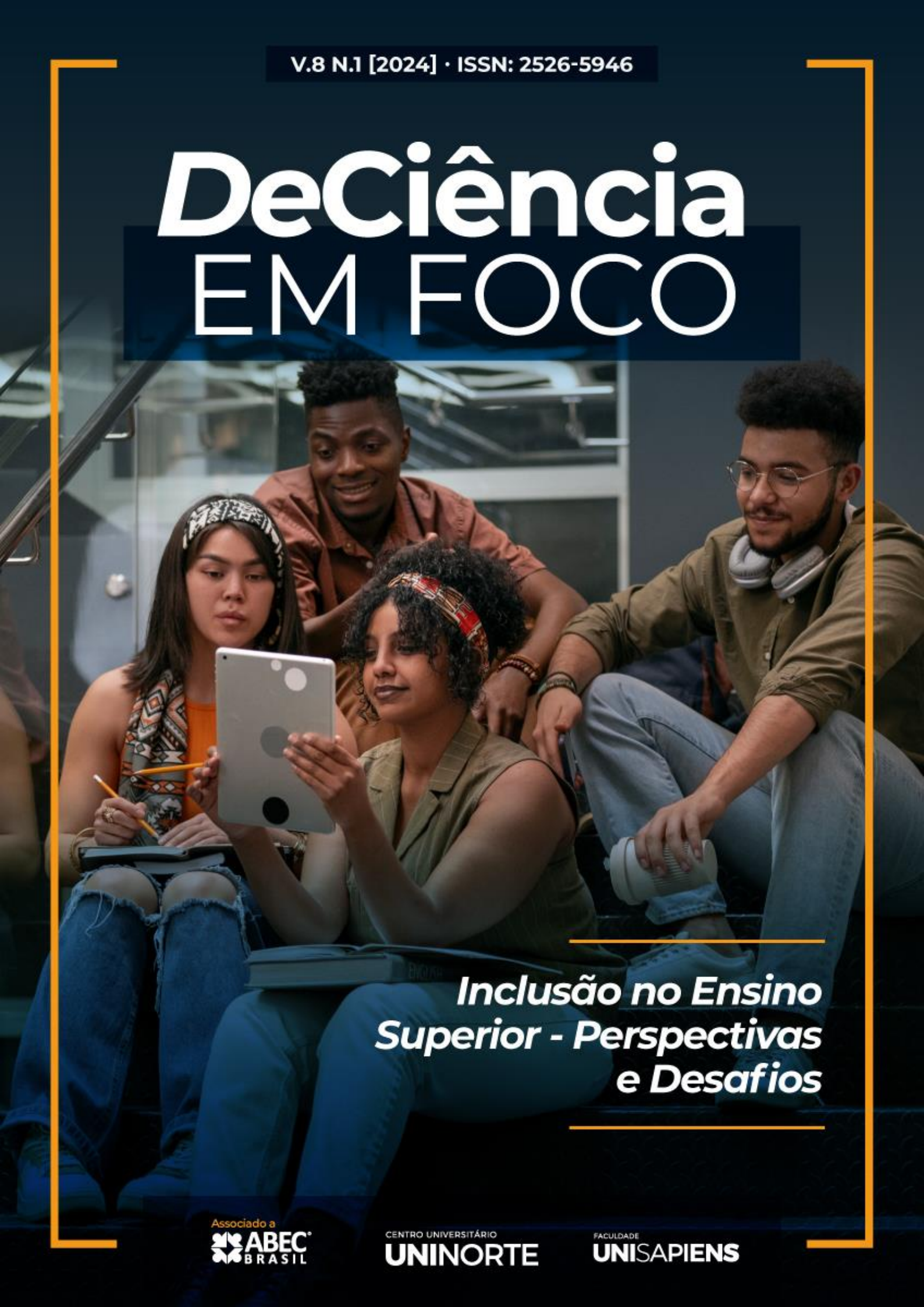


V.8 N.1 [2024] • ISSN: 2526-5946

DeCiência EM FOCO



*Inclusão no Ensino
Superior - Perspectivas
e Desafios*

DÊCIÊNCIA EM FOCO: revista de Publicação Científica da UNINORTE e UNISAPIENS – V.8 N.1 (Jan/Dez 2024). – 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

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINORTE

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

UNISAPIENS

Augusto Medeiros Pellucio

Diretor Geral

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:

Adna Rocha de Araújo Maia

Ana Emily da Silva Nascimento

Bernardo Iago Cardoso Bezerra

Érika Cristina da Silva Melo

Jair Alves Maia

Janaica Ribeiro da Silva

John Kenede Batista Lima

Kennedy Maia Santos

Leonardo Silva de Oliveira Bandeira

Lucyana Oliveira de Melo

Mediã Barbosa Figueiredo

Ruth Silva Lima da Costa

Simmel Sheldon de Almeida Lopes

INCLUSÃO NO ENSINO SUPERIOR: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

A inclusão educacional é um princípio fundamental para a construção de uma sociedade mais equitativa e plural. No Brasil, o direito à educação inclusiva está consagrado na Constituição Federal de 1988 e em legislações subsequentes, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9.394/96)¹ e a Lei Brasileira de Inclusão (Lei n.º 13.146/15)². Entretanto, a concretização desse direito enfrenta desafios específicos no ensino superior, que diferem significativamente daqueles do ensino básico.

A inclusão vai além do acesso, exigindo também condições adequadas para a permanência e o êxito acadêmico dos estudantes com deficiência. A política de cotas, estabelecida pela Lei n.º 12.711/2012 e ampliada pela Lei n.º 13.409/2016, representou um avanço ao reservar vagas para estudantes com deficiência nas universidades públicas. No entanto, essa medida, por si só, não garante que esses alunos tenham experiências educacionais plenas. A permanência desses estudantes depende de políticas institucionais de suporte, incluindo adequações curriculares, acessibilidade física e atitudinal, bem como o envolvimento da comunidade acadêmica na construção de uma cultura de respeito e equidade.

Os desafios da inclusão no ensino superior envolvem barreiras físicas, pedagógicas e atitudinais. Em muitas instituições, a infraestrutura é insatisfatória no quesito acessibilidade, dificultando a mobilidade e a participação ativa dos alunos, como a ausência de rampas, elevadores, sinalização tátil e materiais adaptados, os quais são fundamentais para garantir a autonomia desses estudantes. Além do quesito estrutural, outro desafio ocorre quando a atenção se volta para o perfil de muitos docentes, que não possuem formação adequada para atuar com a diversidade de perfis e necessidades, uma vez que a maioria possui formação técnica e específica para área do conhecimento a qual atuam.

Outro aspecto crucial é a cultura universitária, que possui em sua concepção um processo de extrema autonomia por parte do aluno. O modelo de ensino tradicional, pautado na homogeneidade e na produtividade, precisa ser revisto para contemplar a diversidade dos estudantes. A inclusão deve ser vista não apenas como uma adequação curricular, mas como um princípio pedagógico que valoriza diferentes formas de aprendizagem e conhecimentos. Um ensino pautado na inclusão deve considerar o uso de

recursos e estratégias que garantam o pleno acesso dos conteúdos acadêmicos aos estudantes.

Diversos estudos abordam a temática relacionada à inclusão com um foco maior no ensino básico e nos anos iniciais. A educação básica é a base para a construção alicerçada da educação, mas os alunos não deixam de apresentar suas individualidades e necessidades educacionais específicas quando transitam para o ensino superior. Essa invisibilização necessita ser combatida a partir de planejamentos e ações específicas voltadas para garantir não apenas o acesso, mas a permanência e o êxito acadêmico desses alunos.

As adequações devem ocorrer a partir do desenvolvimento de uma política de educação inclusiva bem definida. Essa política deve prever o ingresso, a identificação do aluno com necessidade educacional específica e a definição de serviços de apoio educacional. Com a política definida, as adequações são determinadas com base na individualidade de cada aluno e de acordo com a necessidade apresentada. Dentre elas, destaca-se a implementação de núcleos de acessibilidade nas universidades, com equipes multiprofissionais capacitadas para oferecer suporte acadêmico e psicopedagógico aos estudantes. Esses núcleos devem atuar na orientação docente, no acompanhamento pedagógico dos estudantes com deficiência e na proposição de estratégias para eliminar barreiras no ambiente acadêmico. A sensibilização da comunidade acadêmica também é essencial para combater preconceitos e garantir um ambiente acolhedor e respeitoso.³

Além disso, o suporte emocional e psicológico aos estudantes com deficiência deve ser considerado um elemento essencial para a permanência e o sucesso acadêmico. Muitas universidades já contam com serviços de assistência estudantil que incluem apoio psicológico e terapêutico, ajudando os alunos a lidarem com os desafios emocionais que podem surgir no decorrer de sua trajetória acadêmica.

Outro aspecto relevante é a necessidade de um currículo mais flexível e adaptável, que possa atender à diversidade dos estudantes. Estratégias como ensino híbrido, atividades assíncronas e adaptações metodológicas podem contribuir para que todos os estudantes tenham as mesmas oportunidades de aprendizado. A flexibilização das avaliações, considerando diferentes formas de expressão e produção do conhecimento, também deve ser incentivada.⁴

As parcerias entre universidades e organizações especializadas em acessibilidade são uma estratégia relevante para fortalecer as políticas inclusivas. Instituições de ensino superior podem firmar convênios com entidades que fornecem tecnologias assistivas, programas de capacitação para docentes e suporte para alunos com deficiência. Além disso, a criação de grupos de pesquisa e extensão focados na inclusão pode proporcionar espaços de troca de experiências e desenvolvimento de soluções inovadoras.⁵

O investimento em tecnologias assistivas também é um fator determinante para a inclusão no ensino superior. Softwares de leitura de tela, teclados adaptados, tradutores automáticos e plataformas acessíveis são apenas algumas das ferramentas que podem facilitar a aprendizagem. É fundamental que as universidades garantam acesso a essas tecnologias e capacitem seus profissionais para utilizá-las de forma eficiente.

Ainda que existam os recursos físicos, estruturais e tecnológicos, o mais importante se refere ao processo de formação continuada do docente. O professor é o principal responsável pelo processo de ensino aprendizagem, e deve ser capacitado frequentemente em relação às temáticas que envolvem adequações curriculares e metodológicas para alunos com deficiência.

O atual cenário de aumento expressivo no ingresso de alunos público-alvo da educação especial não permite que as práticas de inclusão sejam acessórias e superficiais. A inclusão deve ser um compromisso social e acadêmico inadiável. O ensino superior deve ser um espaço de transformação social, que promova a equidade e a diversidade, preparando cidadãos para uma sociedade mais justa e democrática. Somente assim poderemos consolidar um ensino superior verdadeiramente inclusivo, onde todos tenham as mesmas oportunidades de aprendizado e crescimento.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 24 fev. 2025.
2. BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 24 fev. 2025.
3. SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: um guia para educadores**. Rio de Janeiro: WVA, 2010.

4. MANTOAN, Maria Teresa Eglésias. Inclusão escolar: o que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: **Moderna**, 2003.
5. MITTLER, Peter. Educação inclusiva: contextos sociais. Porto Alegre: **Artmed**, 2003.

John kenede Batista Lima

Fonoaudiólogo, docente e tradutor de Língua de sinais.

Mestre em educação (UFAC).

Especialista em audiologia com ênfase em processamento auditivo e eletrofisiologia.

Especialista em educação especial com ênfase em libras.

ANÁLISE DAS CAUSAS MORTIS EM CORPOS NECROPSIADOS NO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO DE FLORIANÓPOLIS COM HISTÓRIA PRÉVIA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) NO PERÍODO DE 2010 A 2022

ANALYSIS OF THE CAUSE OF DEATH IN NECROPSIED BODIES IN THE DEATH VERIFICATION SERVICE OF FLORIANÓPOLIS WITH A PREVIOUS HISTORY OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (AMI) IN THE PERIOD FROM 2010 TO 2022

Fernanda C. Gonçalves¹, Marco Antônio B. Pasquali ², Paola Pissaia³, Lalucha Mazzucchetti⁴, Carlos Otávio Gonçalves⁵

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-5076-643>.
2. Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4836-5095>.
3. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-1153-1977>.
4. Nutricionista. Doutora em Ciências. Coordenadoria Regional de Educação de Criciúma. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9649-5727>.
5. Médico. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0166-5245>.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as principais causas de morte nos pacientes com história prévia de IAM de acordo com as necrópsias realizadas no Serviço de Verificação de Óbito (SVO) de Florianópolis, entre 2010 e 2022.

Método: Estudo transversal analítico. Todas as variáveis sociodemográficas, clínicas, achados das necrópsias e causas de morte foram coletadas dos laudos de necrópsias avaliados. Foram incluídos laudos de indivíduos com IAM prévio, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos.

Resultados: Foram analisados 779 laudos de necrópsia; destes 61,23% eram de homens. A média de idade foi de 70,76 anos, sendo as mulheres estatisticamente mais velhas, do que dos homens (74,67 anos vs 68,28 anos). A principal causa imediata de morte foi cardiopatia isquêmica (20,67%), seguida do edema/congestão pulmonar (16,94%). As mulheres mostraram maior frequência ($p=0,049$) de hipertensão arterial sistêmica, do que os homens (69,50% vs 60,73%).

Conclusão: A principal causa de morte foi cardiovascular, ou seja, uma nova isquemia. Assim, reitera-se a importância de estudos com necrópsias para fornecer dados epidemiológicos precisos e investigar relações entre comorbidades na causa básica da morte.

Palavras-chave: Necrópsia; Infarto Agudo do Miocárdio; Causas de morte.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the main causes of death in patients with a previous history of AMI according to autopsies performed at the Death Verification Service (SVO) of Florianópolis, between 2010 and 2022.

Method: Analytical cross-sectional study. All sociodemographic and clinical variables, autopsy findings, and causes of death were collected from the autopsy reports evaluated. Reports of individuals with previous AMI, over 18 years of age, of both sexes were included.

Results: A total of 779 autopsy reports were analyzed; of these, 61.23% were from men. The mean age was 70.76 years, with women being statistically older than men (74.67 years vs. 68.28 years). The main immediate cause of death was ischemic heart disease (20.67%), followed by pulmonary edema/congestion (16.94%). Women showed a higher frequency ($p=0.049$) of systemic arterial hypertension than men (69.50% vs. 60.73%).

Conclusion: The main cause of death was cardiovascular, i.e., a new ischemia. Thus, the importance of studies with autopsies to provide accurate epidemiological data and to investigate relationships between comorbidities in the underlying cause of death is reiterated.

Keywords: Autopsy; Myocardial infarction; Cause of death.

INTRODUÇÃO

A morte é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o desaparecimento de todo sinal de vida, em um momento qualquer após o nascimento sem possibilidade de ressuscitação ⁽¹⁾.

Realizada por médicos patologistas e auxiliados por técnicos, a necrópsia é um procedimento feito em cadáveres cuja *causa mortis* não foi previamente definida ou a doença precisa de novas análises. No procedimento, os corpos são avaliados externamente e internamente, sendo nessa parte examinadas as cavidades craniana, torácica, abdominal e membros ⁽²⁾. Além das já relatadas avaliações, também pode ser descrita e analisada a história pregressa ao falecimento, quanto às doenças pré-existentes ou fatos

ocorridos próximos ao óbito. As mortes causadas com sinais de violência ou interferência de outros fatores externos, têm suas necrópsias realizadas no Instituto Médico Legal (IML), órgão responsável por realizar o procedimento nestes casos. Como exemplos dessas mortes não naturais, estão os homicídios, acidentes de qualquer naturalidade, suicídios e mortes suspeitas (envenenamentos) ⁽³⁾.

Os óbitos resultantes de doenças internas pré-existentes ou agudas, ou ainda, que ocorreram devido ao envelhecimento natural, com o esgotamento progressivo das funções orgânicas, são classificados como mortes por causas naturais, quando não há sinais de violência ou de qualquer intervenção ou

fator externo. As mortes por causas naturais são analisadas no âmbito do Serviço de Verificação de Óbito (SVO), ficando a cargo do médico patologista o diagnóstico das causas imediata e básica da morte e o preenchimento da declaração de óbito (DO) ⁽⁴⁾.

Em locais onde não há SVO, em caso de morte sem sinais de violência, a DO poderá ser preenchida por qualquer médico da localidade, desde que esse examine pessoalmente o corpo e constate a morte com essas características ⁽²⁾.

O aprimoramento na análise da *causa mortis*, proveniente de melhor análise e documentação das declarações de óbito, podem representar importante subsídio para o direcionamento de políticas públicas de saúde, considerando que poderão orientar recursos para a assistência médica e preventiva, para os casos nos quais são identificados indícios de possível complicação, devido às doenças de base relacionadas a maior prevalência de desfechos desfavoráveis ⁽⁴⁾.

Atualmente o grupo das doenças cardiovasculares (DCV) representa cerca de 27,70% de todos os óbitos registrados no Brasil e 31,00% no mundo. São elas classificadas como um tipo de doença crônica não transmissível e apresentam as seguintes complicações: cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares

cerebrais, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Inúmeros são os fatores de risco que agravam a doença, como tabagismo, obesidade e sobrepeso, *diabetes mellitus* (DM), dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dentre outros. Devido aos altos índices de óbitos por DCV, políticas públicas voltadas a essas doenças foram implementadas e desde então vêm diminuindo progressivamente ⁽⁵⁾.

A isquemia miocárdica é classificada como a ausência total ou parcial da oferta de sangue para o tecido miocárdico que, por consequência, diminui o aporte de oxigênio para este, elevando o risco de desenvolvimento de necrose do tecido submetido à hipóxia. A diminuição da oferta de oxigênio para o tecido cardíaco se dá através de algumas possíveis etiologias, como dissecação de coronárias, arterites, tromboembolismo ou vasoespasma coronário, porém, no processo aterosclerótico, tais fatores acarretam uma das principais cardiomiopatias isquêmicas: o infarto ⁽⁶⁾.

Com base no exposto, entende-se que avaliar os relatórios de necrópsia e as declarações de óbito representa uma importante ferramenta para a identificação de dados estatísticos dos óbitos e para a visualização da dimensão deste problema de saúde, no âmbito regional da grande Florianópolis, no Estado de Santa

Catarina. Seus resultados possibilitarão destacar as principais causas de mortes em paciente com IAM prévio e relacioná-las a dados epidemiológicos, que podem ou não estar diretamente relacionadas à DCV.

O objetivo da pesquisa foi avaliar as principais *causa mortis* descritas nos relatórios de necrópsia e DO, de corpos necropsiados no SVO de Florianópolis, com história prévia de IAM, no período de 2010 a 2022.

MÉTODOS

Estudo com delineamento observacional, do tipo transversal analítico. A fonte de dados incluiu dados secundários, oriundos das declarações de óbito realizadas no SVO de Florianópolis, no período de 2010 a 2022, emitidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, abrangendo toda a região da Grande Florianópolis.

Foram disponibilizadas pelo SVO um total de 15.244 relatórios de autópsia, considerando o período estabelecido. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: IAM prévio; ambos os sexos; idade igual ou maior que 18 anos; pacientes necropsiados no SVO de Florianópolis no período entre os anos de 2010 e 2022. Foram excluídos os laudos com informações incompletas da causa de morte, corpo enviado ao IML ou cadáver em estado de putrefação. Considerando

os critérios de elegibilidade explicitados, o total de declarações de óbitos obtidos para a presente pesquisa foi de 779 (5,11%) relatórios.

O desfecho primário do presente estudo foi a identificação da *causa mortis* (causa primária de morte geral) dos pacientes com história prévia de IAM. Os desfechos secundários foram relacionados aos dados sociodemográficos e clínicos (comorbidades/fatores de risco) identificados nas declarações de óbito e relatórios de necrópsia. A coleta, que foi realizada por acadêmicos do curso de medicina, devidamente treinados para o preenchimento da planilha de dados e sobre as questões éticas, utilizou um protocolo padronizado.

Na descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. A normalidade foi identificada pelo teste de Shapiro-Wilk. A existência de associação foi avaliada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Nos casos das tabelas de contingência maiores que 2 x 2, em que se verificou significância estatística ($p < 0,05$), utilizou-se o *post hoc* análise de resíduos para identificar as categorias com diferenças. Para a comparação dos valores médios foi utilizado o teste t de

Student. O nível de significância usado na pesquisa foi de 5% ($p<0,05$). O programa Excel foi empregado para elaboração do banco de dados e gráfico e o *software* Stata 16.1, para análise dos dados.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unisul em junho de 2023, sob o parecer 6.120.566.

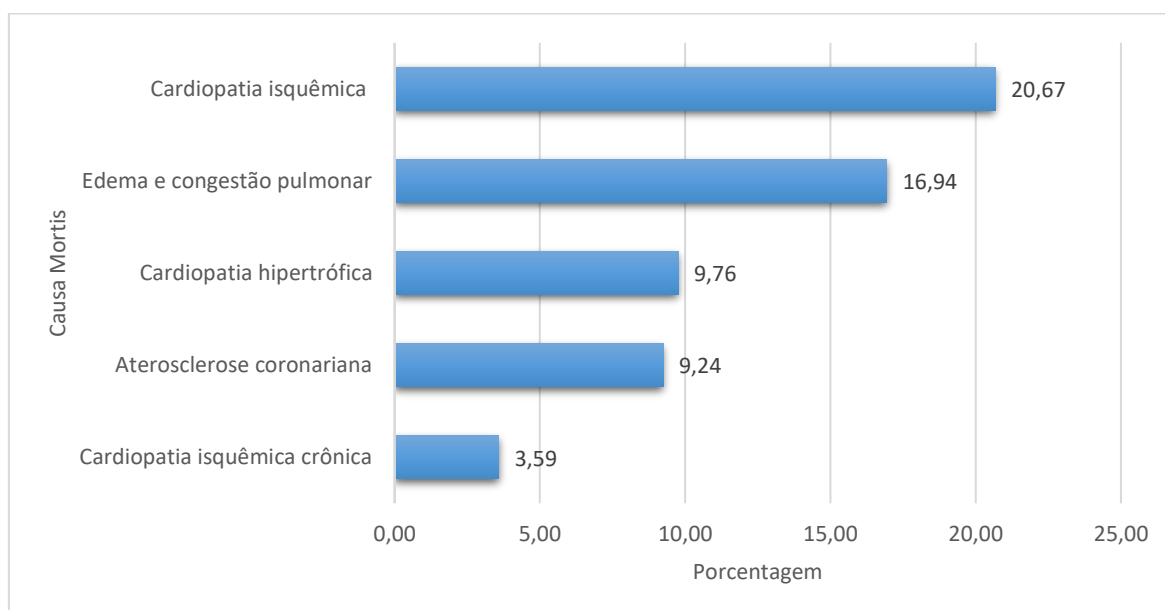
RESULTADOS

No presente estudo foram avaliados 779 relatórios de necrópsia e Declarações de

Óbitos (DO) de indivíduos com IAM prévio, sendo 477 (61,23%) de homens e 302 (38,77%) de mulheres. A média de idade foi de 70,76 anos (Desvio-padrão – DP: 13,81 anos) e variou entre 28 e 103 anos.

Na Figura 1 estão apresentadas as cinco principais causas de morte geral identificadas no banco de dados; esse conjunto de causas representa 60,20% do total encontrado ($n=129$; 100%). A cardiopatia isquêmica (20,67%) foi a principal causa de morte, seguida pelo edema e congestão pulmonar (16,94%).

Figura 1: Porcentagem de indivíduos avaliados nos relatórios de necrópsia e DO, do SVO de Florianópolis, com história prévia de infarto agudo do miocárdio (IAM), no período de 2010 a 2022, segundo as principais causas mortis descritas. Tubarão, 2023.



A média de idade das mulheres (74,67 anos: DP: 13,41 anos) foi estatisticamente maior ($p<0,0001$) do que a dos homens (68,28 anos; DP: 13,49 anos).

Na Tabela 1 verifica-se que as mulheres mostraram frequência

estatisticamente maior ($p<0,05$) de indivíduos idosos (84,11% vs 75,05%) e de viúvos (48,47% vs 12,80%), do que os homens. Os homens, em contrapartida, mostraram maior frequência de indivíduos casados (51,84% vs 22,37%), com outro

estado civil (17,57% vs 10,17%) e com óbito procedente de outros locais (17,09% vs 6,95%), do que as mulheres.

Tabela 1: Número e porcentagem de indivíduos avaliados nos relatórios de necrópsia e DO, do SVO de Florianópolis, com história prévia de infarto agudo do miocárdio (IAM), no período de 2010 a 2022, segundo características sociodemográficas e sexo. Tubarão, 2023.

Variáveis	Feminino		Masculino		Valor de p [¥]	Total	
	N	%	N	%		N	%
Faixa etária							
Adultos (28-59 anos)	48	15,89	119	24,95	0,003	167	21,44
Idosos (60 – 103 anos)	254	84,11	358	75,05		612	78,56
Cor							
Brancos	264	91,03	426	92,81	0,379	690	92,12
Pretos/ pardos	26	8,97	33	7,19		59	7,88
Estado civil							
Casado	66	22,37 ^a	239	51,84 ^b	<0,0001	305	40,34
Solteiro	56	18,98	82	17,79		138	18,25
Viúvo	143	48,47 ^a	59	12,80 ^b		202	16,72
Outro	30	10,17 ^a	81	17,57 ^b		111	14,68
Procedência do óbito							
Domicílio	183	60,60	273	57,59	<0,0001	456	58,76
Hospital	68	22,52	88	18,57		156	20,10
Outros estabelecimentos de saúde	30	9,93	32	6,75		62	7,99
Outros locais	21	6,95 ^a	81	17,09 ^b		102	13,14

Legenda: N: número; %: porcentagem ¥: relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson (p<0,05).

Na Tabela 2 as mulheres mostraram frequência estatisticamente maior (p=0,049) de hipertensão arterial

sistêmica como comorbidade associada do que os homens (69,50% vs 60,73%).

Tabela 2: Número e porcentagem de indivíduos avaliados nos relatórios de necrópsia e DO, do SVO de Florianópolis, com história prévia de infarto agudo do miocárdio (IAM), no período de 2010 a 2022, segundo as principais causas *mortis* descritas, comorbidades associadas e sexo. Tubarão, 2023.

Variáveis	Feminino		Masculino		Valor de p [¥]	Total	
	N	%	N	%		N	%
Cardiopatia isquêmica							
Não	248	82,12	370	77,57	0,126	618	79,33
Sim	54	17,88	107	22,43		161	20,67
Congestão e edema pulmonar							
Não	257	85,10	390	81,76	0,226	647	83,06
Sim	45	14,90	87	18,24		132	16,94
Aterosclerose coronariana							
Não	269	89,07	438	91,82	0,196	707	90,76
Sim	33	10,93	39	8,18		72	9,24
Cardiopatia hipertrófica							
Não	273	90,40	430	90,15	0,909	703	90,24
Sim	29	9,60	47	9,85		76	9,76
Cardiopatia isquêmica crônica							
Não	296	98,01	455	95,39	0,055	751	96,41
Sim	6	1,99	22	4,61		28	3,59
Hipertensão arterial sistêmica							
Não	61	30,50	108	39,27	0,049	169	35,58
Sim	139	69,50	167	60,73		306	64,42
Diabetes Mellitus							
Não	70	38,46	115	43,73	0,268	185	41,57
Sim	112	61,54	148	56,27		260	58,43
Doenças cardiovasculares							
Não	67	35,45	110	35,95	0,911	177	35,76
Sim	122	64,55	196	64,05		318	64,24

Legenda: N: número; %: porcentagem; ¥: relativo ao teste de qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

O presente estudo, com ênfase aos casos de necrópsia de indivíduos pós-infarto agudo do miocárdio, encontrou uma média de idade 70,76 anos, com prevalência de indivíduos do sexo masculino, de cor

branca e casados. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 mostram que 48,90% da população brasileira é masculina, menor que as mulheres, e a expectativa de vida em idosos do sexo masculino, acima de 60

anos, está em torno de 73,10 anos ⁽⁷⁾. Comparando o presente estudo com os dados referidos na PNS, verifica-se que praticamente são iguais as idades de óbito, o que se pode concluir que, independentemente de infarto anterior ou não, e expectativa de vida não muda.

Um estudo americano com mais de 141 mil vítimas de IAM mostrou que a porcentagem de indivíduos brancos era de 93,6% enquanto a de negros era de apenas 6,4% ⁽⁸⁾. Logo, tal estudo corrobora o presente estudo, cujos indivíduos brancos representaram 92,12%. Também é possível ressaltar tal fato visto que, segundo a PNS, em 2021, a população branca representou 81,5% ⁽⁷⁾.

No presente estudo foi encontrado uma prevalência de mulheres de em média 74,67 anos, viúvas com óbitos em domicílio. Tais dados, expostos na Tabela 1, corroboram as informações da PNS, uma vez que os homens, por possuírem uma menor expectativa de vida, acabam falecendo ainda casados ou em relacionamentos, enquanto as mulheres já perderam seus cônjuges ao longo dos anos. As mulheres tendem a se preocupar mais com o seu bem-estar e desse modo acabam procurando mais cedo os serviços de saúde e seguindo os tratamentos propostos ⁽⁹⁾. Dupre et al. ⁽¹⁰⁾ afirmam que mulheres que vêm a óbito por IAM destacam-se por possuírem uma vida

sozinha e divorciadas, índices que discordaram do presente estudo, visto que a grande maioria das mulheres eram viúvas, portanto possivelmente com família.

Mesmo com a redução dos números de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio ao longo dos anos, ele ainda é a principal causa de morte no Brasil. Os resultados do estudo corroboram um artigo ⁽⁹⁾ que analisou as desigualdades regionais e por sexo na tendência de mortalidade por IAM no Brasil no período de 1996 a 2016, e verificou que o número de óbitos em homens foi de 61,23% e prevaleceu sobre o número de óbitos em mulheres.

A menopausa é período no qual há uma diminuição considerável na produção de estrogênio no corpo da mulher, alteração no perfil lipídico e, conseqüentemente, pode ocorrer aumento de peso e o sedentarismo. O estresse emocional causado nesse período influencia a vida dessas mulheres de tal forma que o índice de comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica, *Diabetes Mellitus* e Doenças Cardiovasculares aumentam nesse período ⁽¹¹⁾. Assim como mostra na Tabela 2, é possível analisar que a frequência de HAS em mulheres (69,50%) foi estatisticamente maior do que a dos homens (60,73%).

Corroborando a análise de Bordoni et al. ⁽¹²⁾, o presente estudo apresenta uma

maior prevalência de óbitos em domicílio 58,76%, quando comparados a outros estabelecimentos e instituições de saúde (28,09%). Esse fato pode ser explicado, pois o IAM é a principal causa de mortes súbitas e se manifesta de modo rápido e irreversível. Quando na fase aguda, necessita de tratamento rápido e adequado ⁽¹²⁾, e estando longe de um estabelecimento de saúde, explicaria os dados encontrados.

Tendo em vista os 779 relatórios de necrópsia avaliados, com indivíduos relatando IAM prévio, as principais causas de morte primárias (básicas) podem ser resumidas a cinco doenças principais, as quais representam 60,20%, e estão apresentadas na Figura 1; são elas: cardiopatia isquêmica, edema e congestão pulmonares, cardiopatia hipertrófica, aterosclerose coronariana e cardiopatia isquêmica crônica. Dentre as principais causas de morte, destacam-se as doenças cardiovasculares, que mesmo com uma diminuição significativa dos índices nos últimos anos, ainda representam a principal causa de morte no país ⁽¹³⁾.

Destaca-se na Figura 1 a Cardiopatia isquêmica, uma vez que representa sozinha 20,67% das causas primárias de morte com um alto índice de mortalidade. Resultado de complicações mecânicas e elétricas, a cardiopatia isquêmica leva a

uma taquiarritmia ventricular, causando danos irreversíveis e possível morte súbita. O presente estudo, que analisou pacientes com infarto agudo do miocárdio prévio, notou o aparecimento de uma nova cardiopatia isquêmica; desta forma, podemos aventar a possibilidade de restabelecimento de hábitos pré-infarto anterior ou acompanhamento médico inadequado no tratamento de doenças associadas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e de complicações pós-infarto ⁽¹⁴⁾.

Ao mencionar a cardiopatia isquêmica, é primordial destacar que a aterosclerose coronariana é uma das principais causas de isquemia cardíaca ⁽¹⁵⁾. A aterosclerose causa a isquemia devido a dois principais fatores, ou quando ocorre uma ruptura da placa aterosclerótica, ou por uma estenose crônica. O coração, ao ser estimulado, tem uma sobrecarga de trabalho, que exige muito oxigênio, mas devido ao estreitamento ou obstrução, causa isquemia. Logo, a aterosclerose como doença de base, como no presente estudo, pode estar relacionada com o primeiro infarto e suas complicações, ou a existência de doenças prévias não controladas, que evoluíram para um novo quadro ^(16,17).

O edema e congestão pulmonares foram a segunda principal causa básica do óbito neste estudo e representaram

16,94% dos índices representados na Figura 1. O edema agudo de pulmão tem como origem principal as doenças cardíacas como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, arritmias, miocardites e doenças valvares ⁽¹⁸⁾. No atual estudo, associado ao edema, existe a congestão vascular pulmonar, que aparece em conjunto nos laudos de necrópsia como causa básica do óbito após um IAM prévio. Estes podem ser de origem cardiogênica (novo infarto), de insuficiência cardíaca pós-infarto, de origem idiopática ou de outras causas não especificadas, não achadas na necrópsia. Assim, tais fatores justificam e corroboram o estudo de Fernandes et al., que enfatizou o IAM como causador de edema pulmonar e a insuficiência cardíaca como uma das complicações mais frequentes ^(19,20).

Outra causa prevalente no estudo foi a cardiopatia hipertrófica com 9,76% entre os óbitos analisados. A cardiopatia hipertrófica se caracteriza por uma hipertrofia ventricular, diminuindo a cavidade ventricular, cuja função diastólica encontra-se diminuída, enquanto a função sistólica está preservada, e com isto temos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca ⁽²¹⁾. Na cardiopatia hipertrófica observa-se o mesmo diâmetro das coronárias para irrigar um miocárdio espessado de

maneira insuficiente, o que pode causar uma isquemia após aumento súbito do trabalho cardíaco ⁽²²⁾.

A cardiopatia isquêmica crônica, que apresentou 3,56% dos resultados na Tabela 2, inclui uma variedade de condições clínicas, incluindo angina estável, pacientes assintomáticos após síndrome coronariana aguda, angina vasoespástica e angina microvascular ⁽²³⁾. Decorrente de uma injúria isquêmica, a cardiopatia isquêmica crônica tem fatores fisiopatológicos, nos quais o miocárdio apresenta alterações nas funções moleculares e funcionais causadas pelo desequilíbrio da demanda e oferta de oxigênio ⁽¹³⁾.

Existem alguns limitantes no presente estudo que devem ser mencionados, como a pouca disponibilidade de literatura relacionada às necrópsias em geral e ainda mais especificamente como no nosso caso, pessoas que tiveram algum histórico de IAM prévio. A falta de estudos nacionais e internacionais relacionados ao estudo dificultou as comparações com os resultados obtidos na presente pesquisa.

CONCLUSÕES

Em relação à avaliação sociodemográfica da população estudada, encontrou-se média de idade de 70,76 anos, com prevalência de indivíduos do sexo masculino, de etnia branca e casados. Já como principais causas básicas de morte,

foram encontradas cinco doenças principais prevalentes: a cardiopatia isquêmica, a congestão e edema pulmonar, a aterosclerose coronariana, a cardiopatia hipertrófica e a cardiopatia isquêmica crônica, que juntas representaram 60,20% das causas de morte em indivíduos que tiveram IAM prévio na amostra analisada. Considerando que a principal causa de morte foi cardiovascular, ou seja, uma nova isquemia, reitera-se a importância de estudos com necrópsias para fornecer dados epidemiológicos precisos e investigar relações entre comorbidades na causa básica da morte.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Serviço de Verificação de Óbito de Florianópolis por disponibilizar o acesso às Declarações de Óbito que foram essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. A Declaração de Óbito documento [Internet]. 2009. 38 p. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>.
2. ESPÍRITO SANTO. Secretaria do Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) – Perguntas frequentes – SVO [Internet]. Acesso em 2021 ago 12. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/perguntas-frequentes-svo>.

3. Moreira, P. V. L.; de Arruda Neta, A. D. C. P.; Ferreira, S. S.; et al. Coronary heart disease and stroke mortality trends in Brazil 2000-2018. **PLoS One**. 2021;16(9):e0253639. Published 2021 Sep 2. doi:10.1371/journal.pone.0253639.
4. Berenson, G. S.; Srinivasan, S. R.; Bao, W. et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. **N Engl J Med**. 1998;4;338(23):1650-6. doi: 10.1056/NEJM199806043382302.
5. Oliveira. H.; Vieira, N.S.; Poncioni, I.A.P.; Nunes, M. H. M. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de óbito. Ministério da Sa'de. Fundação Nacional de Saúde., 2001; 3: 7-41. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_declaracao_obitos.pdf.
6. Santos-Gallego, C. G.; Picatoste, B.; Badimón, J.J. Pathophysiology of acute coronary syndrome. **Curr Atheroscler Rep**. 2014;16:401. DOI 10.1007/s11883-014-0401-9.
7. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS - 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 57 p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=29078&t=publicacoes>. Acesso em: jan. 2021.
8. Bucholz, E. M.; Ma S, Normand S. L. T.; Krumholz, H.M. Race, Socioeconomic Status, and Life Expectancy After Acute Myocardial Infarction. **Circulation**. 2015 Oct 6;132(14):1338-46.

9. Ferreira, L. de C. M.; Nogueira, M. C.; Carvalho, M. S.; Teixeira, M. T. B. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil de 1996 a 2016: 21 Anos de Contrastes nas Regiões Brasileiras. **Arq Bras Cardiol** [Internet]. 2020Nov;115(5):849–59. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20190438>.
10. Dupre, M. E.; George, L. K.; Liu, G.; Peterson, E. D. Association Between Divorce and Risks for Acute Myocardial Infarction. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**. 2015 May;8(3):244–51.
11. Silva, S. S. B. E. da; Oliveira, S. de F. da S. B. de; Pierin, A. M. G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Rev esc enferm USP** [Internet]. 2016Feb;50(1):50–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007>.
12. Bordoni, L. S.; Nascimento, M. F. L.; Dias, P. F. S.; Bordoni, P. H. C. (2017). Óbitos Decorrentes de Infarto Agudo do Miocárdio no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte, 2006 – 2012. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, 6(4), 609–632.
13. Santos, E. B. dos; Bianco, H. T. Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. **Rev Soc Bras Clín Méd** [Internet]. 2018 [cited 2023 Oct 15];52–8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884997>.
14. Martínez-Sellés, M.; Gómez Huelgas, R.; Abu-Assi, E.; Calderón, A.; Vidán, M. T. Cardiopatía isquémica crónica en el anciano. **Medicina de Familia SEMERGEN** [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2020 Dec 18];43(2):109–22. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-cardiopatia-isquemica-cronica-el-anciano-S1138359316000939>.
15. Visonà, S. D.; Benati, D.; Monti, M. C. et al. Diagnosis of sudden cardiac death due to early myocardial ischemia: An ultrastructural and immunohistochemical study. **Eur J Histochem**. 2018;62(2):2866. Published 2018 Apr 3. doi:10.4081/ejh.2018.2866.
16. Moreira, P. V. L.; de Arruda Neta, A. D. C. P.; Ferreira, S.S. et al. Coronary heart disease and stroke mortality trends in Brazil 2000-2018. **PLoS One**. 2021;16(9):e0253639. Published 2021 Sep 2. doi:10.1371/journal.pone.0253639.
17. Thim, T.; Hagensen, M. K.; Bentzon, J. F.; Falk, E. From vulnerable plaque to atherothrombosis. **Journal of Internal Medicine**. 2008 May;263(5):506–16.
18. Ware, L.B.; Matthay, M. A. Clinical practice. Acute pulmonary edema. **N Engl J Med**. 2005 Dec 29;353(26):2788–96.
19. Fernandes, A. C. Edema agudo de pulmão após infarto agudo do miocárdio. **CMed** [Internet]. 15º de maio de 2015 [citado 22º de outubro de 2023];. Disponível em: <https://conferencias.unifoa.edu.br/congresso-medvr/article/view/676>.
20. Stefanini, E. Abordagem clínica da congestão pulmonar aguda no cardiopata / Clinical approach to acute pulmonary congestion in heart disease. Trajano Filho J, editor. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** [Internet]. 2016 Mar [cited 2023 Oct 3];39–45. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/20>

21/08/429720/05_revistasocesv2
6_01.pdf.

21. Elliott, P. M.; Anastasakis, A; Borger M. A. et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: the Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur Heart J**. 2014 Oct 14;35(39):2733-79. doi: 10.1093/eurheartj/ehu284. Epub 2014 Aug 29.
22. Codd, M. B.; Sugrue, D. D.; Gersh, B. J.; Melton, L. J. Epidemiology of idiopathic dilated and hypertrophic cardiomyopathy. A population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1975–1984. **Circulation** 1989; 80:564-572.
23. Morentin-Campillo, B.; Suárez-Mier, M. P.; Aguilera-Tapia, B. Autopsia cardíaca en patología forense. **Revista Española de Medicina Legal**. 2013 Jul; 39(3):106–11.

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM EMERGÊNCIA
PSIQUIÁTRICA ATENDIDOS NUMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NO
MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE, NO ANO DE 2023.**

**CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH PSYCHIATRIC
EMERGENCY SERVED IN AN EMERGENCY CARE UNIT IN THE MUNICIPALITY OF
RIO BRANCO – ACRE, IN THE YEAR 2023.**

Ana Cláudia Onofre Barros¹, Mediã Barbosa Figueiredo ²

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

***Autor correspondente:** aninhaonofree@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes psiquiátricos atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no município de Rio Branco, Acre, no ano de 2023.

Método: Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 120 pacientes em emergência psiquiátrica atendidos na UPA do Segundo Distrito em Rio Branco, Acre.

Resultados: Dados clínicos e epidemiológicos foram analisados para descrever o perfil de atendimento dessa população. Verificou-se que o sexo masculino foi predominante entre os pacientes, representando 70% (n=84) dos atendimentos. A faixa etária de maior prevalência foi entre 18 e 23 anos com 18,3% (n=22). O mês com maior número de atendimentos foi novembro, com 15% (n=18). Entre os diagnósticos mais prevalentes estão transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas, 52,5% (n=63), seguido por lesão autoprovocada intencionalmente, 15,8 (n=19), transtornos afetivos do humor, 15% (n=18), esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes, 14,2% (n=17).

Conclusão: Este estudo permitiu caracterizar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes psiquiátricos atendidos em emergência na UPA do Segundo Distrito de Rio Branco, Acre. Observou-se uma alta taxa de evasão dos pacientes após a estabilização clínica, sugerindo possíveis lacunas na rede de atenção psicossocial da região. Os dados evidenciam a necessidade urgente de fortalecer a estrutura de saúde mental, com foco na integração dos serviços de emergência e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), desse modo, garantindo a continuidade do cuidado aos pacientes.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Emergências Psiquiátricas. Saúde Mental. UPAs.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical-epidemiological profile of psychiatric patients treated in an Emergency Care Unit (UPA) in the city of Rio Branco, Acre in the year 2023.

Method: This is a cross-sectional, exploratory and descriptive research with a quantitative approach. The sample consisted of 120 psychiatric emergency patients treated at the UPA of the Second District in Rio Branco, Acre.

Results: Clinical and epidemiological data were analyzed to describe the care profile of this population. It was found that males were predominant among patients, representing 70% (n=84) of consultations. The month with the highest number of visits was November with 15% (n=18). Among the most prevalent diagnoses are mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances 52.5% (n=63), followed by intentional self-harm 15.8% (n=19), affective mood disorders 15% (n=18), schizophrenia, schizotypal disorders, delusional disorders 14.2% (n=17).

Conclusion: This study allowed us to characterize the clinical and epidemiological profile of psychiatric patients treated in emergency care at the UPA of the Second District of Rio Branco, Acre. A high rate of patient dropout after clinical stabilization was observed, suggesting possible gaps in the psychosocial care network of the region. The data highlight the urgent need to strengthen the mental health structure, focusing on the integration of emergency services and Psychosocial Care Centers (CAPS), thus ensuring continuity of care for patients.

Keywords: Mental disorders. Psychiatric Emergencies. Mental Health, UPAs.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1970, inspirada pelos princípios do psiquiatra italiano Franco Basaglia, introduziu uma série de transformações no modelo de assistência à saúde mental. A reforma propôs a desinstitucionalização dos pacientes e o fim dos manicômios, estabelecendo um sistema de saúde mental comunitário focado na humanização do atendimento. O objetivo era atender pacientes psiquiátricos em suas regiões de origem, levando em consideração suas necessidades individuais e contexto de vida, o que culminou em um modelo de atendimento mais inclusivo e menos segregador.¹

Com a aprovação da Lei n.º 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma

Psiquiátrica Brasileira, e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela portaria n.º 3.088/2011, consolidou-se a integração da saúde mental em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS é formada por sete componentes, incluindo a Atenção Básica, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção de Urgência e Emergência, e outros níveis de cuidado que visam garantir o atendimento contínuo e integral ao paciente com transtorno mental.² Dentro dessa estrutura, as unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os Hospitais Gerais desempenham um papel fundamental na resposta às emergências psiquiátricas.

O atendimento de urgências e emergências psiquiátricas é caracterizado por intervenções em situações críticas,

onde o paciente apresenta alterações no seu estado mental que oferece risco iminente a si ou a terceiros, exigindo uma resposta imediata dos profissionais de saúde.³ Essas situações de crise podem ser desestabilizadoras, tanto para os pacientes quanto para os profissionais, e exigem intervenções rápidas, eficientes e humanizadas, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica.⁴

Contudo, apesar dos avanços promovidos pela reforma, observa-se que os serviços de urgência e emergência psiquiátrica têm enfrentado desafios significativos, com o aumento na demanda e a inversão do fluxo de referência e contrarreferência, resultando em sobrecarga do sistema e diminuição da qualidade do atendimento prestado.⁵

No estado do Acre, a rede de atenção psicossocial (RAPS) é composta pelo Hospital em Saúde Mental do Acre (HOSMAC), que ainda absorve uma grande parte da demanda nessa área. Os casos leves são atendidos na atenção básica, enquanto os moderados e graves são direcionados ao CAPS II (Sumaúma). Pacientes com transtorno mental em situações de vulnerabilidade social recebem suporte das equipes do Centro Pop e Consultório na rua. Para usuários de álcool e drogas, o atendimento e acolhimento são realizados no CAPS AD

III, complementado, quando necessário, pelas unidades de acolhimento.⁶

Adicionalmente, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e o Hospital de Urgência e Emergência do Estado do Acre (HUERB) oferecem atendimento emergencial aos pacientes em crises. No entanto, segundo Almeida,⁶ a ausência de residências terapêuticas no estado, aliada à baixa cobertura de CAPS por habitante, afeta a eficácia do sistema de saúde mental, dificultando a reinserção social dos pacientes.

Com base nesse cenário, o presente estudo busca descrever o perfil clínico-epidemiológico dos atendimentos psiquiátricos realizados em uma unidade de pronto atendimento (UPA) no município de Rio Branco, Acre, no ano de 2023. A análise dessas características tem como objetivo contribuir para a compreensão das demandas dos pacientes e auxiliar no planejamento de intervenções mais eficazes e adequadas, de forma a melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental prestados, assegurando eficiência nos atendimentos realizados e a integração dos pacientes na rede de atenção psicossocial.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa transversal, de caráter exploratório-descritivo com abordagem

quantitativo. O estudo transversal traz vantagens, e os pesquisadores podem observar diretamente o fenômeno em estudo, coletar informações em um curto período de tempo, sem monitorar os participantes por um longo período, fornecendo um retrato da situação naquele momento pré-determinado pelos pesquisadores.⁷

A coleta de dados ocorreu por meio da avaliação de prontuários de pacientes atendidos em emergências psiquiátricas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Segundo Distrito em Rio Branco, Acre, abrangendo o período de janeiro a dezembro de 2023. A escolha do local se justifica pelo fato de a UPA desempenhar um papel estratégico nos atendimentos de urgências e emergências clínicas psiquiátricas na região, reduzindo a demanda de outros serviços hospitalares do município.

O estado do Acre, situado na região norte do Brasil, possui uma população de 880.631 habitantes, distribuídos em 22 municípios, conforme o censo de 2024 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio Branco, a capital do estado, concentra 387.852 habitantes, onde está localizada a UPA do Segundo Distrito, unidade inaugurada em 2009, que funciona 24 horas por dia, sete dias na semana. A UPA do Segundo Distrito é classificada como Porte III, atendendo em

média de 500 a 600 usuários diariamente, dispondo de 39 leitos para observação de pacientes adultos e 13 leitos para observação de pacientes pediátricos, 01 sala de medicação e hidratação, 01 sala de urgência traumática, 01 sala de emergência clínica e 01 sala de emergência pediátrica.

Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, atendidos em situações de urgência ou emergência psiquiátrica, com diagnósticos baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁸ e residentes no Acre. Pacientes menores de 18 anos e aqueles com diagnóstico indefinido foram excluídos do estudo.

Para obtenção da autorização para acessar o prontuário, o usuário foi contatado via (telefone ou endereço) informado na ficha de atendimento. Na ocasião foram apresentados os objetivos da pesquisa, e após esclarecer todas as dúvidas, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado, desenvolvido pelos autores da pesquisa, contendo questões sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos. As variáveis analisadas incluíram: gênero, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, localização da

residência, mês do atendimento, dia da semana, procedência (se o paciente veio por conta própria ou acompanhado), motivo do atendimento, diagnóstico psiquiátrico, destino dos pacientes após o atendimento.

Essas informações foram extraídas diretamente dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no período definido pelo estudo, em consonância com a prática de coleta de dados em pesquisas de prontuários.⁹

Os dados foram organizados em planilhas utilizando o software Microsoft Excel 2019 e os resultados foram apresentados em forma de tabelas, gráficos e quadros gerados no Microsoft Word 2019. A análise estatística baseou-se na descrição das frequências absolutas e relativas de cada variável, permitindo a elaboração de um perfil detalhado dos pacientes atendidos nas emergências psiquiátricas. Complementarmente, foi realizada uma análise qualitativa dos perfis clínico-epidemiológicos, que incluiu observações sobre as características específicas dos pacientes atendidos em função das variáveis analisadas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da União Educacional do Norte (UNINORTE) e aprovado sob o parecer número 6.967.477, atendendo às

diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 120 pacientes (Tabela 1), com idade média de 39,9 ($\pm 14,9$) anos, cor parda 60,7% (n=73), solteiros 45% (n=54), baixa escolaridade 82,4% (n=99), com predomínio do sexo masculino 70% (n=84).

A preponderância do sexo masculino reforça a tendência observada em estudos de atendimentos psiquiátricos de emergência e relatados por Oliveira *et al.*¹¹ Esses resultados sugerem que pessoas do gênero masculino estão mais suscetíveis a condições psiquiátricas graves; frequentemente, está associada ao abuso de substâncias psicoativas, que pode ser atribuído a fatores sociais e culturais, como a pressão para atender papéis de provedor e o estresse no ambiente de trabalho.

Por outro lado, as mulheres, embora representem uma menor proporção nos atendimentos psiquiátricos de emergência, tendem a buscar atendimento devido à fragilidade associada a fatores emocionais e hormonais, exacerbados por pressões do dia a dia, como a conciliação de responsabilidades familiares e

profissionais.¹² Estudos mais recentes confirmam essa tendência, demonstrando que as mulheres são mais propensas a desenvolver transtornos relacionados à ansiedade e depressão, muitas vezes desencadeados por estressores emocionais relacionados à menopausa.¹³

Na tabela 1 é demonstrada a distribuição dos atendimentos por idade e gênero conforme a faixa etária, onde é possível observar que a faixa etária de 18 a 23 anos apresentou a maior frequência de atendimentos no período, representando

18,33% (n=22) da amostra total. Sendo 14,17% (n=17) dos atendimentos de homens e 4,17% (n=5) de mulheres. Essa prevalência em jovens adultos é consistente às informações publicadas pela Organização Mundial de Saúde,¹⁴ que identificou esta faixa etária jovem como vulnerável a crises psiquiátricas, com transtornos mentais frequentemente emergindo nos primeiros anos de vida adulta, coincidindo com momentos críticos de transição para a independência e o início da vida profissional.

Tabela 1: Frequência de pessoas que procuraram atendimento na UPA 24 horas, com urgência e emergência psiquiátrica, segundo a idade e gênero, no ano de 2023.

Classe (idade)	Gênero				TOTAL	%
	Feminino		Masculino			
	(f)	(fr)	(f)	(fr)		
18-23	5	4,17	17	14,17	22	18,33
24-28	4	3,33	9	7,50	13	10,83
29-34	4	3,33	9	7,50	13	10,83
35-40	5	4,17	10	8,33	15	12,50
41-46	4	3,33	16	13,33	20	16,67
47-52	7	5,83	6	5,00	13	10,83
53-58	0	0,00	8	6,67	8	6,67
59-64	5	4,17	5	4,17	10	8,33
65-70	0	0,00	2	1,67	2	1,67
71-76	0	0,00	1	0,83	1	0,83
77 a mais	2	1,67	1	0,83	3	2,50
Total * $\mu= 39,9 (\pm 14,9)$	36	30,00	84	70,00	120	100,00

Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

* Média de idade e Desvio padrão (N=120)

A segunda faixa etária com maior prevalência foi de 41 a 46 anos, somando 16,67% (n=20) dos atendimentos, com uma concentração maior de casos em homens 13,33% (n=16), provavelmente,

seja reflexo do impacto de fatores como o acúmulo de estresse relacionado ao trabalho e às responsabilidades familiares como já mencionado.

Também foi observado um aumento no número de atendimentos na faixa etária de 47 a 52 anos, 10,83% (n=13). Nota-se que houve um aumento na frequência de mulheres; pesquisadores¹³ afirmam que, possivelmente, esteja associada à fase da menopausa e às alterações hormonais que impactam na saúde mental feminina.

Por outro lado, a faixa etária de 60 anos ou mais apresentou uma menor frequência de atendimentos psiquiátricos,

com 8,33% (n=10) e uma proporção ainda menor acima dos 65 anos (4,17%).

Estes achados confirmam estudos que sugerem que a prevalência de transtornos psiquiátricos tende a diminuir na população idosa, sendo os transtornos mais frequentes nessa faixa etária relacionados a condições neurodegenerativas e depressão secundária às doenças físicas crônicas.¹⁵

Tabela 2: Frequência de pacientes que tiveram atendimento na UPA 24 horas, com urgência e emergência psiquiátrica segundo cor da pele e gênero, em 2023.

Cor da Pele	Gênero				TOTAL	%
	Feminino		Masculino			
	(f)	(fr)	(f)	(fr)		
Parda	26	21,6%	47	39,1%	73	60,7%
Branca	3	2,5%	14	11,6%	17	14,1%
Negra	2	1,7%	4	3,3%	6	5%
Amarela	5	4,2%	16	13,3%	21	17,5%
Indígena	0	0	1	0,8%	1	0,8%
Não declarou	0	0	2	1,7%	2	1,7%
Total	36	30	84	70,00	120	100,00

Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Observa-se na Tabela 2 que a maioria das pessoas, 60,7% (n=73), que procuraram atendimento psiquiátrico de emergência declararam a cor da pele parda e gênero masculino 39% (n=47). Estes dados concordam com os encontrados por vários pesquisadores^{16;17;18}, que relataram que o perfil sociodemográfico de pacientes que procuram atendimento de emergência por motivos psiquiátricos apresenta

similaridades em diferentes localidades do Brasil, predominando o sexo masculino, indicando uma possível associação entre vulnerabilidade social e o agravamento de quadros psiquiátricos.

Essas mesmas características também foram encontradas em estudo realizado em Porto Alegre, indicando que a população masculina jovem adulta era a mais vulnerável a essa condição clínica.¹⁹

A maior prevalência de atendimentos masculinos em emergências psiquiátricas também foi observada em outros países. Nos Estados Unidos e no Reino Unido, a predominância dos atendimentos psiquiátricos é no sexo masculino.²⁰

Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas para as especificidades de cada grupo, com foco em intervenções precoces e adequadas a cada faixa etária e gênero.

A variável cor de pele revelou dados importantes sobre o perfil racial dos pacientes atendidos. A população de cor parda foi a mais prevalente, como relatado anteriormente, representando 60,7% (n=73) dos atendimentos. Este dado é coerente com outros estudos,^{21; 22} que apontaram maior prevalência para a população parda, por ser numerosa no Brasil, também tende a enfrentar maiores barreiras de acesso a cuidados regulares de saúde, o que pode aumentar sua presença em situações de urgência.

Ainda na Tabela 2, foi possível observar que a população branca correspondeu a 14,1% (n=17) dos atendimentos, enquanto a população negra teve a menor representação com 5% (n=6), o que sugere maior vulnerabilidade à saúde mental na população negra devido à discriminação e exclusão social, sugerindo que essa discrepância seja proveniente de

subnotificação ou barreiras de acesso ainda mais severas para essa população.

De modo singular, a população de cor amarela representou 17,5% (n=21) dos atendimentos, uma parcela relativamente alta considerando sua baixa representação demográfica na região. Este dado pode indicar diferenças culturais ou específicas quanto ao acesso e uso de serviços de saúde mental emergenciais, uma área que ainda necessita de mais investigação.

Ao analisar os dados de acordo com sexo e cor de pele (Tabela 2), percebe-se que homens pardos foram os mais atendidos, totalizando 39,1% (n=47) dos atendimentos, enquanto mulheres pardas representaram 21,6% (n=26).

No que diz respeito à população masculina, a maioria dos estudos realizados afirmam que os homens tendem a não procurar auxílio em diversos contextos,²³ diferentemente dos resultados encontrados neste trabalho, cuja disparidade de gênero entre a população foi bem significativa, talvez esteja relacionada a fatores socioculturais, onde homens tendem a adiar o cuidado preventivo e a buscar atendimento apenas em situações críticas.

Quanto ao estado civil, escolaridade e local de moradia, observa-se que cerca de 45% (n=54) dos pacientes atendidos eram solteiros, 18,3% (n=22) estavam casados

e em união estável e 23,3% (n=28) separados. Ao analisar a somatória das variáveis solteiros e separados, observa-se que a maior concentração 68% (n=82) da amostra encontra-se nesta categoria. A baixa taxa de viúvos (1,7%) e a categoria "outros" (11,7%) refletem a diversidade das situações sociais dos atendidos. Tabela 3.

Não existe concordância na literatura em relação ao estado civil, pois alguns estudos encontraram associações entre as variáveis ser casado e apresentar transtornos mentais.

Neste estudo, os resultados divergiram dos evidenciados por Walger, Santos e Gulin²⁴, pois foram os casados que apresentaram a maior busca por

atendimento psiquiátrico, o que reforça a necessidade de suporte social e comunitário para a população de solteiros atendidos nos serviços de emergência.

A condição de solteiro é frequentemente associada à maior vulnerabilidade a problemas de saúde mental. Estudos sugerem que pessoas solteiras podem enfrentar um maior estresse social e emocional, resultando em maior incidência de crises psiquiátricas.²⁵ Além disso, a ausência de um suporte emocional contínuo pode agravar as condições psiquiátricas, conforme indicado por pesquisas que destacam a importância das redes sociais no bem-estar mental.²⁶

Tabela 3: Distribuição dos pacientes que receberam atendimento na UPA 24 horas, com urgência e emergência psiquiátrica segundo gênero, estado civil, escolaridade e município de moradia, em 2023.

VARIÁVEIS	TOTAL	(%)
GÊNERO		
Masculino	84	70,0
Feminino	36	30,0
ESTADO CIVIL		
Casado	9	7,5
União Estável	13	10,8
Solteiro	54	45,0
Separado	28	23,3
Viúvo	2	1,7
Outros	14	11,7
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	01	0,8
Ensino fundamental	50	41,7
Ensino Médio Incompleto	48	40,0
Ensino Médio Completo	13	10,8
Ensino Superior Incompleto	2	1,7

Ensino Superior Completo	4	3,3
Pós-Graduação	2	1,7
MUNICÍPIO DE MORADIA		
Rio Branco	112	93,0
Acrelândia	2	1,7
Senador Guimard	3	2,5
Bujari	1	0,8
Plácido de Castro	1	0,8
Porto Acre	1	0,8

Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Em relação à escolaridade, a pesquisa identificou que 41,7% (n=50) dos pacientes possuíam apenas o ensino fundamental, enquanto 40% (n=48) tinham ensino médio incompleto e 3,3% (n=4) possuíam ensino superior completo (Tabela 3). Esses resultados evidenciam uma baixa qualificação educacional entre os pacientes atendidos na unidade de pronto atendimento.

Dados análogos foram identificados por outros estudos,²⁷ onde enfatizaram que a baixa escolaridade assinala como um fator comum em pacientes psiquiátricos, refletindo a associação entre menor nível educacional e maior risco de transtornos mentais.

Observa-se ainda, (Tabela 3) que os ensinos fundamental e médio preponderaram entre os indivíduos pesquisados, corroborando os dados encontrados por Almeida,⁶ que considerou a baixa escolaridade como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, evidenciando a necessidade de intervenções direcionada a esses grupos.

Quanto ao município de moradia dos pacientes (tabela 3), a maioria, 93,3% (n=112), era de Rio Branco, indicando uma concentração urbana significativa no acesso aos serviços de saúde mental. Segundo Coelho *et al.*²⁸, essa centralização é típica em muitas regiões do Brasil, onde os serviços psiquiátricos tendem a ser mais acessíveis em áreas urbanas em comparação com zonas rurais, o que pode levar a disparidades no atendimento.

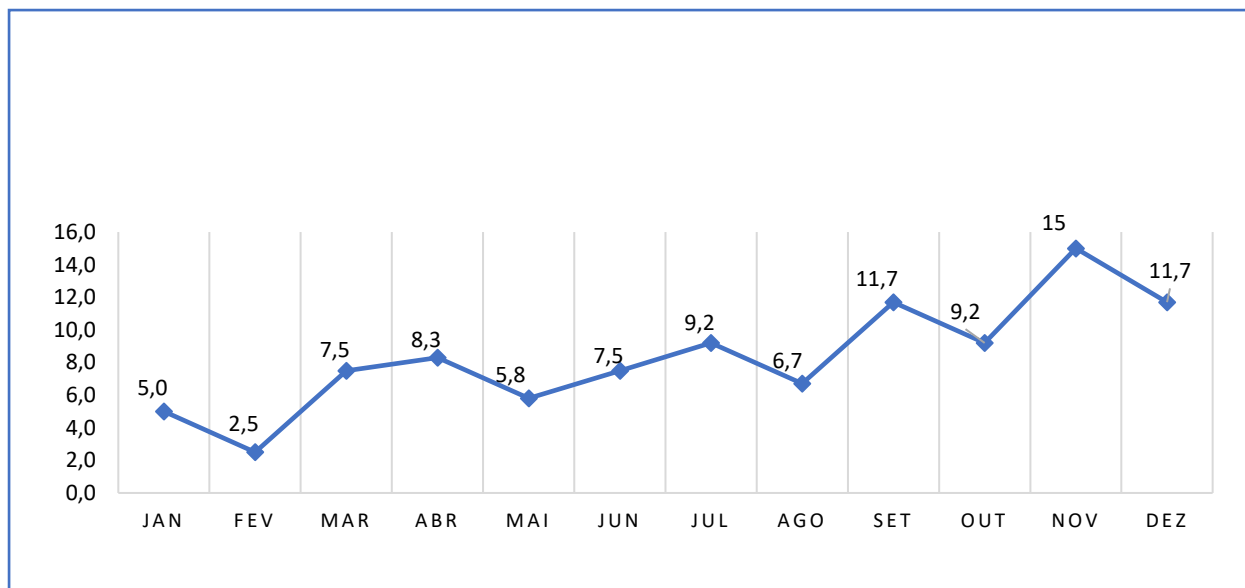
Apesar da crescente preocupação com a saúde mental em áreas urbanas, a saúde mental rural permanece negligenciada. As taxas de atendimento em serviços de urgência psiquiátrica, nas zonas rurais eram significativamente mais baixas do que nas urbanas, refletindo uma infraestrutura inadequada e recursos humanos insuficientes para atender a essa população.²⁹

Ao analisar os atendimentos das emergências psiquiátricas mensais (Gráfico 1), percebe-se uma variação significativa no volume de casos ao longo

dos meses. O mês de novembro registrou o maior número de atendimentos, com uma diminuição no mês de dezembro, 11,7% (n=14). O mês de fevereiro

registrou o menor número de atendimento com 2,5% (n=3). Vale mencionar que se tratava do mês das festividades carnavalescas.

Gráfico 1: Atendimentos de emergências psiquiátricas na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas conforme ocorrência em 2023.

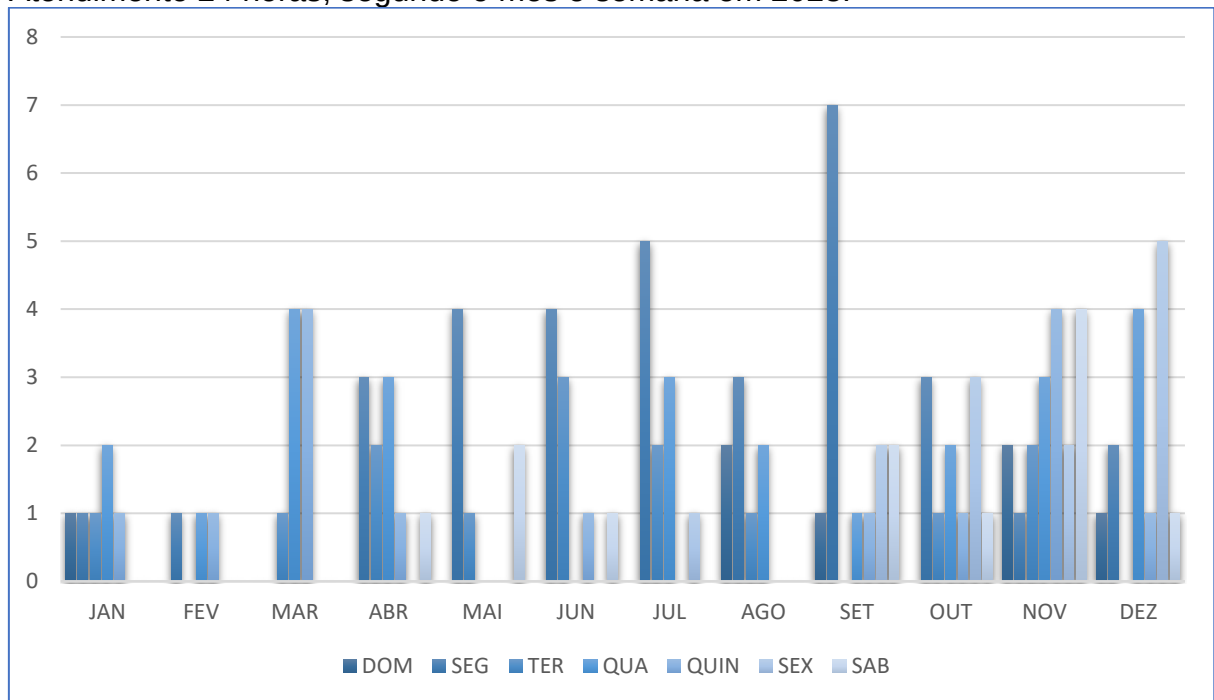


Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Segundo Souza³⁰, esses picos podem estar associados a fatores sazonais e sociais, como o aumento da demanda por serviços de saúde mental em períodos de transição climática e festas de final de ano.

Outros pesquisadores^{30; 31} também indicaram uma variação sazonal no número de atendimentos psiquiátricos emergenciais.

Gráfico 2: atendimentos de emergências psiquiátricas na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, segundo o mês e semana em 2023.

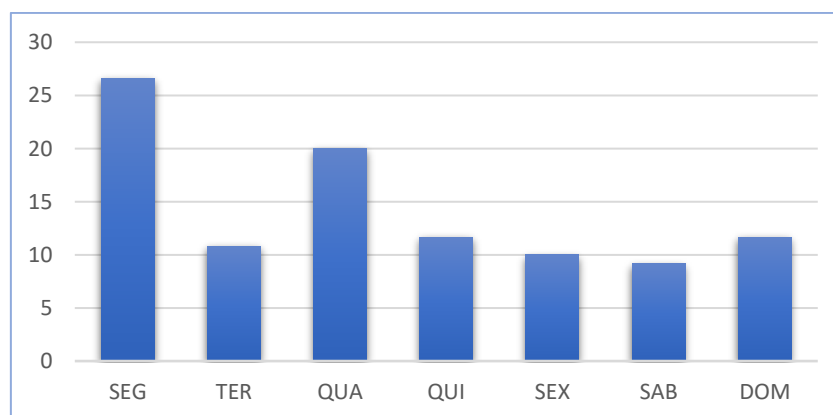


Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Nota-se que o atendimento nas segundas-feiras se fazia presente em todos os meses do ano, diferentemente dos demais dias da semana. O mês de setembro registrou o maior pico de atendimento com cerca de 21% (n=7) dos

atendimentos anuais para o referido dia (Gráfico 2). Estudiosos²² sugerem que a rotina semanal pode exercer influência sobre a saúde mental dos indivíduos aumentando a incidência de crises nesses dias específicos

Gráfico 3: atendimentos de emergências psiquiátricas na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas conforme o dia semana em 2023.



Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Além disso, a distribuição dos atendimentos por dia da semana (gráfico 3) revela um padrão monotônico não linear. O dia da semana com maior prevalência foi a segunda-feira concentrando 28,3% (n=34) dos casos, seguida pelas quartas-feiras, com 20,8% (n=25) (Tabela 4). Esse comportamento

semanal pode estar relacionado ao impacto de fatores estressores após o final de semana e ao início da semana laboral, confirmado por estudos realizados por Souza *et al.*³² que também apontaram para um aumento do atendimento nas quartas-feiras, e Carrijo *et al.*²² nas segundas - feiras.

Tabela 4: Frequência de pacientes em atendimento na UPA 24 horas, com urgência e emergência psiquiátrica segundo o mês e dia da semana em 2023.

	DOM	SEG	TER	QUA	QUIN	SEX	SAB	TOTAL (%)
JAN	1	1	1	2	1	0	0	6 (5,0)
FEV	0	1	0	1	1	0	0	3 (2,5)
MAR	0	0	1	4	4	0	0	9 (7,5)
ABR	0	3	2	3	1	0	1	10 (8,3)
MAI	0	4	1	0	0	0	2	7 (5,8)
JUN	0	4	3	0	1	0	1	9 (7,5)
JUL	0	5	2	3	0	1	0	11 (9,2)
AGO	2	3	1	2	0	0	0	8 (6,7)
SET	1	7	0	1	1	2	2	14 (11,7)
OUT	0	3	1	2	1	3	1	11 (9,2)
NOV	2	1	2	3	4	2	4	18 (15,0)
DEZ	1	2	0	4	1	5	1	14 (11,7)
TOTAL	7 (5,8)	34 (28,3)	14 (11,7)	25 (20,8)	15 (12,5)	13 (10,8)	12 (10,0)	120 (100)

Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Vale destacar (tabela 4) que o mês de novembro apresentou a maior frequência de atendimento como mencionado anteriormente, com a procura dos serviços de urgência e emergência psiquiátrica todos os dias da semana, sendo o sábado o dia com a maior prevalência, diferido dos outros meses do ano.

Ao Analisar a Tabela 5, observa-se que cerca de 67% (n=80) eram provenientes do domicílio/residência do paciente, 30% (n=36) procedentes. Os resultados referentes aos pacientes encaminhados por unidade de saúde foram insignificantes, demonstrando a existência de uma fragilidade nesta área.

Tabela 5: Distribuição dos atendimentos em emergências psiquiátricas ocorridos na UPA 24 horas segundo a procedência e quem trouxe, em 2023.

VARIÁVEIS	TOTAL	%
PROCEDÊNCIA		
Residência	80	66,7
Via Pública	36	30,0
Unidade de Saúde	4	3,3
QUEM TROUXE		
Samu	48	40,0
Polícia Militar	3	2,5
Familiares	45	37,5
Amigos	4	3,3
Consultório de rua	9	7,5
Meios próprios	11	9,2

Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Ainda na tabela 5, é possível verificar que 40% (n=48) dos pacientes atendidos em emergências psiquiátricas foram acompanhados pelo SAMU, enquanto 37,5% (n=45) foram trazidos por familiares e apenas 2,5% (n=3) pacientes foram trazidos pela polícia militar. Esses dados contrastam com os relatos que mostraram uma maior participação dos familiares no transporte de pacientes ao pronto-socorro, enquanto apenas 2% contaram com o apoio do SAMU.³³

Essa discrepância sugere uma evolução no papel do SAMU em atendimentos psiquiátricos de urgência ao longo dos anos, bem como possíveis variações regionais na maneira como os pacientes são conduzidos, assim como sugere a importância das famílias no

cuidado de pacientes em crises psiquiátricas.

Além dessas diferenças regionais, outro fator relevante a ser destacado é o impacto da infraestrutura de saúde mental, a exemplo do consultório de rua, que em nosso estudo foi responsável por 7,5% (n=9) dos atendimentos (Tabela 5). A atuação desse serviço se mostra essencial, principalmente em regiões onde a população está em situação de vulnerabilidade social e sem acesso regular à saúde.

Quanto aos casos em que os pacientes foram trazidos pela Polícia Militar, 2,5% (n=3), é necessário refletir sobre o papel da segurança pública na gestão de crises psiquiátricas.

Na Tabela 6, é possível analisar os atendimentos segundo o diagnóstico e gênero, na qual foi demonstrado que o diagnóstico mais prevalente foi transtornos devido ao uso de substância psicoativa (SPA) com 52,5% (n=63) dos

atendimentos, com predominância entre os homens, 43,3% (n=52).

Este dado é consistente com os encontrados por diversos autores que apontam um maior envolvimento dos homens, com o uso de substâncias psicoativas.²²

Tabela 6: Frequência de atendimentos em emergências psiquiátricas ocorridos na UPA 24 horas segundo diagnóstico e gênero, em 2023.

Diagnóstico / CID 10	Gênero				TOTAL	%
	Feminino		Masculino			
	(f)	(fr)	(f)	(fr)		
Transtornos afetivos do humor (F30 – F39)	12	10,0	06	5,0	18	15,0
Transtornos devido ao uso de substância psicoativa (F10 – F19)	11	9,16	52	43,3	63	52,5
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtorno delirante (F20 – F29)	05	4,16	12	10,0	17	14,2
Lesão autoprovocada intencionalmente NE (X84)	06	5,0	13	10,8	19	15,8
Transtornos ansiosos (F40 – F41)	02	1,66	01	0,8	03	2,5
TOTAL	36	30,0	84	70,0	120	100

Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Em um estudo conduzido por Sousa *et al.*,³⁴ no município de Guarapuava (PR), observou-se que 79,2% dos entrevistados relataram o uso abusivo de substâncias ilícitas, reforçando a preocupação com o uso precoce.

Moreira *et al.*³⁵ apontam o uso de substâncias psicoativas como um problema de saúde pública, com a maior prevalência entre pessoas do sexo masculino. O início precoce e a facilidade de acesso às substâncias psicoativas estão envolvidas no aumento das emergências psiquiátricas, impactando não apenas na saúde individual, mas

também nas relações familiares e sociais, exigindo ações preventivas e intervenções eficazes para atenuar os efeitos deletérios do abuso dessas substâncias.

Dados da pesquisa (Tabela 6) demonstram que as tentativas de suicídio correspondem a 15,8% (n=19) dos atendimentos, com uma prevalência maior entre os homens, 10,8% (n=13) em comparação às mulheres, 5% (n=6).

A tentativa de suicídio é uma das principais demandas de atendimentos psiquiátricos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) por serem os primeiros locais em que estas pessoas

recebem cuidados, porém não correspondem ao tipo de serviço que promoverá atenção integral e continuada à pessoa com transtornos mentais, causando um forte impacto na saúde pública, refletido no aumento de casos.³⁶

O Ministério da Saúde informa que em 2023 foram registradas 11.502 internações relacionadas a lesões autoprovocadas, com uma média de 31 casos diários. Isso representa um aumento superior a 25% em relação a 2014, quando houve 9.173 casos.^{37, 36}

Dados da Organização Mundial de Saúde³⁸ indicam que o aumento nos índices de tentativas de suicídio reflete tendências globais apontando que mais de 700 mil pessoas tiram suas próprias vidas a cada ano, sendo o suicídio a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos.

No Brasil, variações regionais são significativas. Estados como Alagoas, Paraíba e Rio de Janeiro apresentaram aumentos alarmantes nas internações por lesões autoprovocadas entre 2022 e 2023, com percentuais de 89%, 71% e 43%, respectivamente.³⁶

Contudo, estados como Amapá, Tocantins e Acre apresentaram quedas expressivas³⁶, porém tais dados devem ser analisados cautelosamente, visto que estas regiões são significativamente

menos populosas que as restantes do país.

Estudos demonstram que o maior número de internações registradas em 2023 por tentativa de suicídio se dera em jovens entre 15 e 29 anos, com mais quatro mil casos para o período,^{37, 16} assinalando uma vulnerabilidade maior nessa população.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁸, a predominância masculina nas tentativas de suicídio é mais prevalente e são mais propensos a utilizar métodos letais, enquanto as mulheres, embora tentem com maior frequência, optam por métodos menos fatais.

Vale ressaltar que os fatores que levam uma pessoa a tentar ou cometer suicídio são multiformes, e envolve questões sociais, econômicas, culturais e psicológicas, frequentemente relacionadas à negação de direitos básicos e à falta de acesso a recursos.³⁸

Os transtornos de humor, particularmente a ansiedade e a depressão, representam uma parte significativa dos atendimentos psiquiátricos em situações de urgência e emergência. Neste estudo (Tabela 6) 15% (n=18) dos atendimentos psiquiátricos estão relacionados a transtornos de humor, dos quais 10% (n=12) referem-se ao gênero feminino.

Diversos fatores estão associados a essa vulnerabilidade feminina aos transtornos de humor, dentre eles destacam-se as pressões sociais, as expectativas em torno dos papéis de gênero, além do acúmulo de responsabilidades profissionais e domésticas.³⁹

Esses fatores são conhecidos por gerarem consequências negativas à saúde mental e física, como diminuição da produtividade, problemas cognitivos, distúrbios no sono e apetite, bem como prejuízos à vida social e ocupacional. Isso resulta em maior demanda por serviços de saúde e aumento nos custos com tratamentos, impactando também o desenvolvimento econômico, uma vez que reduz os anos de vida útil e a capacidade produtiva das pessoas afetadas.⁴⁰

Observa-se ainda (Tabela 6) que 14,6% (n=17) dos atendimentos referem-se à esquizofrenia e aos transtornos delirantes, onde 10% (n=12) são pessoas do sexo masculino.

A esquizofrenia e os transtornos delirantes são condições psicóticas graves, caracterizadas por alterações significativas na percepção da realidade como alucinações, delírios e comportamentos desorganizados. Essas patologias, predominantemente presentes no sexo masculino, afetam drasticamente o funcionamento social e cognitivo

aumentando a demanda em emergência e internações psiquiátricas. Merece destaque a proporção elevada de pacientes do sexo masculino que apresentaram a condição clínica de esquizofrenia e transtorno delirante. Estudos demonstram que os homens são mais frequentemente diagnosticados com esquizofrenia, e a doença tende a se manifestar de forma mais severa nesse grupo.⁴¹

Além disso, os transtornos ansiosos também são motivo frequente de busca por atendimento emergencial, embora tenha representado na pesquisa uma menor proporção do total de atendimentos psiquiátricos, 2,5% (n=3). É notável que as mulheres sejam as mais afetadas por essa condição clínica, representadas por 1,7% (n=2) dos atendimentos.

Estudos apontam que mulheres têm maior propensão a desenvolver transtornos ansiosos devido a fatores psicossociais, hormonais e de vulnerabilidade emocional.⁴⁰

Essas condições, apesar de menos prevalentes em situações de emergência, são crônicas e podem desencadear crises severas de ansiedade, exigindo necessidade de intervenção rápida para evitar complicações.

Após o atendimento de emergência, os pacientes psiquiátricos podem ter destinos variados, dependendo da gravidade do

quadro clínico, da resposta ao tratamento inicial e da disponibilidade de recursos na rede. De acordo com a pesquisa, 35% (n=42) dos pacientes foram transferidos para leitos de saúde mental no hospital geral do estado, enquanto 27,5% (n=33) dos pacientes evadiram-se da unidade, sem receber alta formal (Tabela 7).

Essas informações refletem a complexidade do manejo dos pacientes

Tabela 7: Frequência de atendimentos em emergências psiquiátricas ocorridos na UPA 24 horas segundo destino e gênero, em 2023.

Destino	Gênero				TOTAL	%
	Feminino		Masculino			
	(f)	(fr)	(f)	(fr)		
Alta sem registro de encaminhamento	10	8,33	16	13,33	27	22,5
Evasão	10	8,33	23	19,16	33	27,5
Transferência para os Leito de Saúde Mental	09	7,5	34	28,33	42	35%
Alta para acompanhamento no CAPS	07	5,83	08	6,66	15	12,5
Alta para acompanhamento em Casa de Apoio	0	0	02	1,66	2	1,66
Óbito	0	0	01	0,83	1	0,83
Total	36	30	84	70,00	120	100,00

Fonte: Sistema de informação da UPA do Segundo Distrito, Rio Branco-Acre, 2023.

Segundo Souza⁴² a transferência para os leitos de saúde mental é uma medida comum nos casos graves, como tentativas de suicídio, abuso de substâncias psicoativas, crises de esquizofrenia, transtornos delirantes, quando há necessidade de estabilização prolongada e cuidados intensivos. Essa conduta é essencial para garantir que o paciente receba tratamento adequado e tenha acesso a um ambiente terapêutico mais controlado.

psiquiátricos em emergências, bem como as dificuldades encontradas na continuidade do tratamento. A maior parte dos pacientes transferidos para os leitos foram homens, 28,3% (n=34), refletindo a prevalência de transtornos psicóticos e uso de substâncias psicoativas nessa população.

Ainda na Tabela 7, nota-se um alto índice de evasão de pacientes, que alcançou 27,5% (n=33) dos casos atendidos. Esse comportamento também foi mais frequente entre os homens, 16,16% (n=23), podendo estar relacionado a fatores como falta de adesão ao tratamento, desinformação sobre a importância da continuidade do cuidado ou mesmo o estigma associado às doenças mentais.

A evasão de pacientes psiquiátricos é uma questão crítica, pois aumenta o risco

de recorrência das crises e de desfechos negativos, como a autolesão e a violência.⁴³

Outra parte dos pacientes, 12,5% (n=15), receberam alta para acompanhamentos nos Centro de Atenção Psicossocial, responsáveis por oferecer continuidade ao tratamento em um ambiente comunitário.

A dificuldade em encaminhar e acompanhar os usuários de forma contínua entre os serviços de emergência e a rede de atenção psicossocial revela uma fragilidade na articulação entre esses pontos de cuidado, destacando-se a necessidade de implementação de políticas de saúde prioritárias que reforcem essa integração e promovam melhorias na resposta imediata e no seguimento a longo prazo dos pacientes psiquiátricos.

Também foi registrado um caso de óbito ocorrido no período estudado, cujo prontuário não constavam informações suficientes sobre o atendimento.

CONCLUSÃO

As emergências psiquiátricas ainda se constituem em problema de saúde pública e representam um assunto importante para os profissionais de saúde que atuam nas emergências de hospitais gerais; isso deve ser enfrentado por meio de ações conjuntas de atores que compõem a rede

de cuidado de atenção psicossocial, para a implementação de medidas, visando a melhoria da assistência à saúde da população, que padece com transtornos mentais.

Este trabalho possibilitou verificar o perfil das pessoas com emergência psiquiátrica, atendidas em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas do município de Rio Branco – Acre em 2023.

A amostra é composta majoritariamente por jovens entre 18 e 23 anos, predominantemente pardos, solteiros e com baixa escolaridade.

Esses usuários são oriundos da capital, Rio Branco, e a maior procura pelo serviço ocorre no mês de novembro, com um pico específico às segundas-feiras.

Em sua maioria, os atendimentos vêm de residências e são trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Esses dados sugerem a importância de ações focadas em saúde mental para jovens e reforçam a necessidade de assistência no início da semana, período de maior demanda.

O diagnóstico predominante nesses atendimentos é de transtornos devido ao uso de substância psicoativa (Cid 10: F10 – F19), sendo mais comum em homens.

As tentativas de suicídio, lesão autoprovocada intencionalmente não especificada (Cid 10: X84), foram a

segunda causa de maior procura por atendimento no serviço.

Após o atendimento inicial, a maioria dos pacientes é encaminhada para os leitos de saúde mental, destacando a importância de uma rede integrada para dar continuidade ao tratamento e suporte necessário.

Por meio dos dados analisados, foi possível verificar uma elevada taxa de evasão da unidade e um grande número de altas médicas sem registro de encaminhamentos, apontando para um forte indício de fragilidades estruturais e organizacionais.

Por fim, no contexto do estado do Acre, onde os estudos são ainda reduzidos, esta pesquisa, apesar das limitações, oferece uma oportunidade para lançar um olhar diferenciado e mais atento sobre as necessidades da população psiquiátrica, favorecendo o desenvolvimento de políticas de saúde mental e práticas clínicas mais adequadas à realidade local, garantindo que os pacientes em crises recebam a assistência de qualidade considerando suas singularidades enquanto usuários do serviço.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, Claudia Moraes da; BATISTA, Ivaldo Marques; SENGER, Oswaldo Luís Caetano. Reforma psiquiátrica e o novo modelo de tratamento das pessoas com transtornos mentais. **Intr@ciência, Revista Científica**, Guarujá, p. 1-12, 2018. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/r/evistas/20180925134859.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088 de 23/12/11**. Disponível em: <https://www.consud.org/uploads/pagina/arquivos/Portaria-n-3088-2011.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2024.
3. MENEGON, Guilherme Luís; *et al.* **Avaliação do paciente na emergência**. In: Emergências psiquiátricas. (4ª edição). Porto Alegre: Grupo A; 2020. 26p. Disponível em: https://grupoa-mkt.com.br/livro/QUEVEDO_Emergencias_Psiquiatricas/Amostra_QUEVEDO_Emergencias_Psiquiatricas.pdf. Acesso em: 17 abr. 2024.
4. QUEVEDO J. Emergências psiquiátricas. (4ª edição). Porto Alegre: Artmed; 2020. P 344.
5. OLIVEIRA, L. C.; *et al.* Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas: percepção de trabalhadores de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73 (1), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0214>. Acesso em: 29 set 2024
6. ALMEIDA, R. D. **Perfil e acompanhamento dos usuários com transtorno mental comum e transtorno mental grave e persistente no ambulatório do hospital de saúde mental do Acre** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; Rio Branco, p 80. 2020.
7. ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**,

- v. 28, n. 3, p. 356–360, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Acesso em: 13 mai 2024.
8. CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Versão 2018. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=cid10> Acesso em: 3 ago 2024.
 9. DE LIMA, D. F.; *et al.* Ética y control social en la investigación científica en Brasil. **Revista Colombiana de Bioética**, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i1.3039>. Acesso em: 26 abr 2024.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília- DF. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>.
 11. OLIVEIRA, G. C.; *et al.* Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. **Revista Comunicação Ciências da Saúde**, 29 (Supl 1):75-78 p, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v29_supl_urgencias_emergencias.pdf. Acesso em: 10 out 2024.
 12. SANTOS, É. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, p. 238-246, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>. Acesso em: 18 out 2024.
 13. DE ANDRADE, N. G. A.; *et al.* Impacto da Menopausa na Saúde Mental e Física: Uma abordagem multidisciplinar. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 3042-3057, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p3042-3057> Acesso: 18 out 2024.
 14. WHO. World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva, 16 junho, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
 15. MELO, M. T. B.; *et al.* Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos do Nordeste: uma revisão integrativa. **Diversitas Journal**, [S. l.], v. 8, n. 1, 2023. DOI: 10.48017/dj.v8i1.2036. Disponível em: https://www.diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/2036. Acesso em: 8 out. 2024
 16. SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 796-802, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300035>. Acesso em: 5 out 2024.
 17. MARTINS, M. C. V.; *et al.* Perfil dos atendimentos psiquiátricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Aracaju, janeiro/2010 a fevereiro/2011. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, 1(1), 31–39. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316->

- 3798.2012v1n1p31-39. Acesso em: 30 de set 2024.
18. ÁVILA, A. K. B.; *et al.* **Caracterização dos atendimentos a emergências psiquiátricas no ceará em 2018.** Anais VI JOIN / Brasil - Portugal. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/57529>>. Acesso em: 26/10/2024 12:38
19. CALEGARO, V. C.; *et al.* Padrão dos atendimentos em uma emergência psiquiátrica de referência para a Região Central do Rio Grande do Sul. **Revista AMRIGS**, v. 60, n. 3, p. 185-190, 2016.
20. CROSAS, J. M.; *et al.* Consumo de sustancias y diferencias de género en personas afectas de un primer episodio psicótico: impacto en los porcentajes de reingreso. **Revista Psiquiatria y Salud Mental** (Barcelona). 2018; 11:27-35p. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2018.02.003>. Acesso em: 28 set 2024.
21. DIAS, P. S.; *et al.* Aspectos epidemiológicos dos agravos em saúde mental no estado do Pará, Brasil. **Pará Research Medical Journal**, Belém, 2023. DOI: 10.5327/prmj.2022.002. Disponível em: <https://prmjjournal.emnuvens.com.br/revista/article/view/137>. Acesso em: 17 out. 2024.
22. CARRIJO, M. V. N.; *et al.* Perfil dos atendimentos de emergências psiquiátricas em um serviço de urgência e emergência em saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 4, p. 413-429, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v21i4.5049>. Acesso em: 20 ago 2024.
23. BEZERRA, H. S.; *et al.* Acesso aos serviços de saúde mental entre homens e mulheres: uma revisão sistemática. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 17, n. 51, p. 17–38, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.10836342. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/3616>. Acesso em: 22 out. 2024.
24. WALGER, C. S.; SANTOS, A.; GULIN, L. Saúde Mental Masculina: um estudo sobre a procura por auxílio profissional. **PsicoFAE: Pluralidade em Saúde Mental**, Curitiba, 2022 v. 11, n. 2. DOI: doi.org/10.55388/psicofae.v11n2.397.
25. BARBOSA, L. N. F.; *et al.* Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia COVID-19. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, 21 (Supl. 2): S421-S428, maio., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200005>. Acesso em: 5 out 2024.
26. MARCHETTI, S. P.; *et al.* Dificuldades no cuidado em saúde para as pessoas que fazem uso problemático de drogas: uma revisão integrativa. **Ciências e Saúde Coletiva**, 29(3), 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.17712022>
27. CAMPOS, I. O.; *et al.* Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(3), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310319>. Acesso em: 23 out 2024.

28. COELHO, V. A. A.; *et al.* Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8), 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11922013>. Acesso em: 23 out 2024.
29. DIMENSTEIN, M.; *et al.* Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 3, p. 541-553, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220313>. Acesso em: 12 set 2024.
30. SOUZA, F. É. Avaliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais a partir das informações em saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 15, n. 44, p. 1-21, 2023. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0001-8039-0843>. Acesso em: 18 de out 2024.
31. GONZAGA, G. L. P.; *et al.* Padrões do suicídio na região mais populosa de Alagoas, Brasil, 2016-2018. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 73(1): 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085-2022-0108>. Acesso em: 25 out 2024.
32. SOUSA, B.O.P.; *et al.* Nursing students: medication use, psychoactive substances and health conditions. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020; 73(Supl 1). Disponível em: Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0003>. Acesso em: 24 out 2024.
33. LIMA, I. C. S.; GUIMARÃES, A. B. Perfil das emergências psiquiátricas atendidas em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar uninovafapi**. v. 8, n. 2, p. 181-190, abr. mai. jun. 2015. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafa-pi.edu.br/revinter/article/view/61/_12.
34. SOUZA, N. V.; *et al.* Perfil epidemiológico das emergências psiquiátricas atendidas em um hospital do extremo sul catarinense entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 3, p. 38–50, 2020. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/632>. Acesso em: 26 out. 2024.
35. MOREIRA, R. M. M.; *et al.* Transtorno mental e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. vol.16 no.1 Ribeirão Preto jan./mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.158433>. Acesso em: 19 out 2024
36. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim epidemiológico**, v. 52, p. 1-10, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em: 15 de set 2024.
37. LABOISSIÈRE, P. Brasil tem mais de 30 internações ao dia por tentativa de suicídio. Dado é da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (Abramede). **Agência Brasil**, 11/09/2024. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-09/brasil-tem-mais-de-30-internacoes-ao-dia-por-tentativa-de-suicidio>. Acesso em: 20 out 2024.

38. WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. **World Health Organization**, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/341728>. Acesso em: 17 ago 2024.
39. CASTRO, D. C. M.; BRANDES, L. A. Saúde mental da mulher: o acúmulo de funções e a necessidade constante em agradar o outro. **BIUS-Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, v. 47, n. 41, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/16059>. Acesso em: 23 out 2024.
40. LOIOLA, E. F.; *et al.* Transtornos mentais evidentes no sexo feminino. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 15, n. 3, p. 72-76, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.369.vol.15.n3.2020>. Acesso em: 3 out 2024.
41. ARANHA, M. C. *et al.* Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes no Nordeste: estudo das internações entre 2019 e 2023. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 3, n. 2, p. 1584-1593, 2024. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/208>. Acesso em: 18 out 2024.
42. SOUZA, F. É. Avaliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais a partir das informações em saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 15, n. 44, p. 1-21, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cb-sm/article/view/70975>. Acesso em: 15 set 2024.
43. BENTO, A. L.; *et al.* **Evasão de pacientes em serviços de saúde mental: aspectos relacionados e opções de enfrentamento.** In: Evasão de pacientes em serviços de saúde mental: aspectos relacionados e opções de enfrentamento. 2022. p. 60-60. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1435522>.

A BANALIZAÇÃO DO PROCESSO DE DIVÓRCIO NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE A LIQUIDEZ NAS RELAÇÕES CONJUGAIS

José do Egito Bezerra Cabral Neto^{1*}, Márcia Cavalcante de Araújo²

Acadêmico curso de Direito pela UniFacisa – Centro Universitário.
Docente do curso de Direito. UNIFACISA.

Autor correspondente: E-mail: josedoegito48@gmail.com

RESUMO

Trata-se de artigo científico com ênfase no método de pesquisa qualitativo, voltado ao estudo do divórcio, considerando a influência exercida pelas alterações legislativas promovidas e como elas estimularam o aumento no índice de divórcios no Brasil. O principal objetivo deste artigo é discutir como a facilitação da lei de divórcio fragilizou as relações afetivas. Para isso, foi realizada uma pesquisa com ênfase no método de pesquisa qualitativo e bibliográfica voltada para o desenvolvimento histórico do divórcio no Brasil, bem como a promoção de discussões acerca da liquidez nas relações sociais e sua influência no processo de divórcio. Por fim, foram analisadas as legislações de países que possuem baixo índice de divórcios e como esses Estados se posicionam diante desses conflitos. Desta forma, foi possível compreender o impacto dessas modificações e comparar os resultados encontrados com outro país que, por sua vez, trata o divórcio de forma mais adequada.

Palavras-Chave: Direito de Família. Relações Conjugais. Divórcio.

ABSTRACT

This is a scientific article with an emphasis on the qualitative research method, focused on the study of divorce, considering the influence exerted by the legislative changes promoted and how they stimulated the increase in the divorce rate in Brazil. The main objective of this article is to discuss how the facilitation of divorce law has weakened emotional relationships. To this end, research was carried out with an emphasis on the qualitative and bibliographical research method focused on the historical development of divorce in Brazil, as well as promoting discussions about liquidity in social relationships and its influence on the divorce process. Finally, the legislation of countries that have a low divorce rate and how these States position themselves in the face of these conflicts were analyzed. In this way, it was possible to understand the impact of these changes and compare the results found with another country that, in turn, treats divorce in a more appropriate way.

Keywords: Family Law. Marital relations. Divorce.

INTRODUÇÃO

Em uma sociedade na qual as pessoas

têm a necessidade de encontrar um
companheiro a fim de compartilhar o
sonho de construir uma família, com isso

surgiu o instituto do casamento, que permite às pessoas se unirem em matrimônio, contraindo para si direitos e deveres relacionados ao seu cônjuge e para melhor controlar e direcionar o casamento, criou-se uma série de leis que busca organizar esta união de forma que possa facilitar a convivência do casal.

Desta forma, é possível que após um certo período de convivência haja a formação de um conflito de interesses dentro do núcleo familiar. E o distanciamento gerado por tais incompatibilidades, quando não solucionados, pode causar desentendimentos que resultam na separação dos cônjuges. Diante desses conflitos, surge a necessidade de legislar a respeito do casamento.

Assim, para que haja o reconhecimento por parte do Estado, e recaiam sobre os nubentes direitos e obrigações resultantes do casamento, é necessário que a união seja registrada em cartório. Da mesma forma, na separação, os interessados devem observar os procedimentos exigidos por lei para assegurar a validade do ato.

Contudo, ao atribuir celeridade aos processos de divórcio, por meio da facilitação dos procedimentos, o Estado permite que os casais dissolvam a sociedade conjugal de forma deliberada, o que tornou as relações socioafetivas

superficiais, de modo que as pessoas contraem matrimônio considerando a possibilidade de divórcio.

Ou seja, não há sensibilidade por parte dos cônjuges, tampouco a divulgação e o incentivo efetivos dos métodos de solução de conflito que assegurem a retomada do diálogo eficaz entre as partes. Tais considerações servem de base para a teoria da Modernidade Líquida desenvolvida por Zygmunt Bauman¹.

Neste sentido, questiona-se se esses fatores acarretaram o crescente aumento da busca dos casais pelo divórcio, fazendo com que o índice se tornasse cada vez maior a cada ano, e se é possível relacionar as alterações legislativas com esse aumento.

Para tanto, o presente estudo tem como objetivo identificar se há flexibilização da lei de divórcio presente na Emenda Constitucional nº 66/2010², que por sua vez retirou requisitos legais para que o divórcio fosse possível, com os crescentes índices de separação que vêm ocorrendo no Brasil desde que esta foi instaurada.

Busca, também, encontrar formas legais (a exemplo da mediação) que busquem substituir o divórcio como a forma mais procurada de resolução de conflitos matrimoniais, de forma que a intenção de separação do casal possa ser substituída por um desejo de

entendimento e conciliação, a fim de promover a manutenção da relação, sem, contudo, recorrer a soluções extremas, como o divórcio, que estaria pondo um fim no vínculo do casal e extinguindo a história que estes possuem juntos.

Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, por meio da utilização do método analítico, em que foram utilizadas doutrinas e legislações pertinentes à matéria, a fim de investigar as principais alterações na legislação que contribuíram para o aumento de divórcios no Brasil, bem como o posicionamento de outros países acerca do divórcio.

Ao realizar essa pesquisa, iniciou-se um estudo dos primeiros textos de lei que buscaram legislar a respeito do matrimônio, juntamente com a análise de normas mais recentes que introduziram e administraram o divórcio na legislação brasileira. Na sequência, fez-se necessário procurar em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de que ano a taxa de divórcio no Brasil passou a aumentar drasticamente.

A partir disto, o presente artigo visa apresentar o divórcio e como ele é tratado na legislação brasileira, correlacionando a atual situação na qual o Brasil se encontra envolvendo o crescente número de divórcios com a retirada de requisitos para que a separação seja possível, buscando

também diferentes formas de resolução de conflitos para que o divórcio deixe de ser a opção mais procurada pelos casais para a resolução de seus problemas matrimoniais.

1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO DIVÓRCIO NO BRASIL

Inicialmente, a fim de compreender a atual situação do Brasil em relação ao divórcio, faz-se necessário entender como o instituto do divórcio foi implementado na legislação brasileira, bem como a forma pela qual esse instituto foi sendo desenvolvido ao longo dos anos.

A doutrina apresenta diversas conceituações para o divórcio. Contudo, o mais satisfatório se encontra na concepção de Diniz³, que conceitua o divórcio como a “dissolução de um casamento válido”, ou seja, extinção do vínculo matrimonial (CC, art. 1.571, IV e § 1º), que se opera mediante sentença judicial ou escritura pública, habilitando as pessoas a convolar novas núpcias”.

De forma complementar Gonçalves⁴ entende que o divórcio consiste em “um direito potestativo de cada um dos cônjuges, que não se submete a requisitos outros a não ser a livre expressão de vontade de um deles de não permanecer casado”.

Assim, o divórcio surgiu como um instrumento que põe termo ao vínculo matrimonial, e permite que os divorciados

contraíam novas núpcias.

A discussão acerca da separação teve início na Monarquia brasileira (1822-1889)⁵. Nesse período, o Estado era fortemente ligado à igreja, de modo que foram estabelecidas as condições do clero quanto ao instituto do matrimônio, uma vez que essas relações passariam, obrigatoriamente, pelas declarações do concílio de Trento e da Constituição do Arcebispo da Bahia⁶.

A única concessão dada pela Igreja Católica em relação ao instituto do casamento ocorreu a partir do Decreto nº 1.144/1861, no qual estendeu os efeitos civis do casamento aos nubentes que professam religiões diversas à religião católica. Além disso, foi designada à autoridade civil a faculdade de julgar a nulidade do casamento e permitir a separação pessoal⁷.

A legislação permaneceu inalterada até a Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, momento em que houve a separação entre Estado e Igreja⁶. (JUSBRASIL *apud* IBDFAM, 2010).

Com isso, houve a necessidade de elaboração de novos preceitos a respeito do casamento e do divórcio. Porém, os legisladores da época determinaram que os cânones religiosos a respeito da união conjugal seriam mantidos, sendo, oficialmente, considerada indissolúvel a

partir da Constituição Brasileira de 1934⁷. (JUSBRASIL *apud* IBDFAM, 2010).

Todavia, isso não impediu as diversas tentativas de incorporar, indiretamente, o divórcio no ordenamento jurídico, em forma de hipótese de anulação do casamento.

Posteriormente, após inúmeras tentativas infrutíferas de tornar o divórcio uma realidade no Brasil, a Emenda Constitucional nº 9, de 28 de junho de 1977, regulamentada pela Lei nº 6.515/77, determinou^{8, 9}:

O § 1º do artigo 175 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação: 'Art. 175. § 1º O casamento somente poderá ser dissolvido, nos casos expressos em lei, desde que haja prévia separação judicial por mais de três anos. Art. 2º A separação, de que trata o § 1º do artigo 175 da Constituição, poderá ser de fato, devidamente comprovada em Juízo, e pelo prazo de cinco anos, se for anterior à data desta emenda⁸.

Até a publicação desta emenda, quem contraísse núpcias não poderia se divorciar, mas, tão somente, solicitar o desquite¹, momento em que a sociedade conjugal deixaria de existir. Essa modificação permitiu que os ex-cônjuges recebessem uma oportunidade para se casar novamente, embora uma única vez.

A Constituição de 1988 no art. 226, §6º, exigia, para o divórcio, a prévia separação judicial em período superior a 1 (um) ano, ou a comprovada separação de fato por

matrimonial.

¹ Fim da relação conjugal, sem a quebra do vínculo

mais de 2 (dois) anos. Vejamos:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. [...] § 6º - O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio, após prévia separação judicial por mais de um ano nos casos expressos em lei, ou comprovada separação de fato por mais de dois anos¹⁰.

Em 2007, a partir da Lei nº 11.441/07, o divórcio e a separação consensual começaram a ser solicitados de forma administrativa, sem qualquer necessidade de acionar a via judicial, desde que o casal não tivesse filhos⁷. Caso contrário, o divórcio judicial seria obrigatório.

Posteriormente, a mudança mais significativa para o ordenamento jurídico brasileiro ocorreu por meio da Emenda Constitucional nº 66/2010, que modificou a redação do art. 226, § 6º, da Constituição Federal, que trata sobre o encerramento da relação conjugal pelo divórcio, tornando desnecessário o requisito de prévia separação judicializada ou de comprovada separação de fato¹¹.

De modo que passou a vigorar com a seguinte redação: “Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. [...] § 6º O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio”¹¹.

Nesse sentido, em 2023, o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu que a separação prévia não é mais um requisito essencial do divórcio, mas, tão somente, o interesse de uma das partes¹².

Essa decisão garantiu a celeridade dos

processos de divórcio que tramitaram junto ao órgão jurisdicional, de forma que, ao garantir que a separação não precisasse ser judicializada ao mesmo tempo que retiraram os requisitos mínimos antes solicitados para que ela fosse viável, o tempo que os processos de divórcio levam para serem sentenciados diminuiu e, com isso, auxiliou o Poder Judiciário na redução significativa do número de demandas em tramitação.

Entretanto, não foi o suficiente para sanar a questão. Pelo contrário, com a Emenda Constitucional nº 66/2010 e seus benefícios ao Poder Judiciário, garantindo a celeridade dos processos judiciais ao permitir a realização de divórcios extrajudiciais juntamente com a retirada da necessidade de prévia separação dos cônjuges para que o divórcio fosse viabilizado, ao invés de reduzir a quantidade de demandas envolvendo o divórcio que tramitam no Poder Judiciário, acabou por aumentar a procura dos casais pela separação, ao popularizar o processo como o mais prático e efetivo para solução de problemas envolvendo a conjugalidade, o entendimento causou um aumento considerável na busca pelo divórcio no Brasil¹¹.

Embora as alterações legislativas, juntamente com o entendimento do Colendo Tribunal, tenham beneficiado o Poder Judiciário por meio da celeridade

processual, esses fatores representam, de certa forma, um retrocesso ao instituto da família, uma vez que a solução mais favorável e célere, para os cônjuges, não ocorre pela utilização de métodos adequados de conflito, como a conciliação e a mediação, mas por meio do divórcio.

2 CRESCIMENTO NA PROCURA PELO DIVÓRCIO

Ao promover a celeridade do processo, o legislador tornou o divórcio mais simples, quando comparado às outras formas de solução de conflitos adotadas pelo ordenamento jurídico brasileiro, a exemplo da mediação e a conciliação.

De modo que não se busca conciliar as divergências existentes entre os cônjuges, apenas resolver a problemática de forma que cada um siga com sua própria vida, sendo qualquer divergência de ideais suficiente para que seja solicitado o divórcio, não por ser a mais indicada, mas sim por ser a opção mais célere e a mais eficaz para que os casais solucionem o problema que está atrapalhando seus planejamentos, acabando por considerar o divórcio a primeira opção a ser recorrida, quando o casamento não supre as expectativas dos cônjuges.

De acordo com Cahali ¹³.

A mediação é um dos instrumentos de pacificação de natureza autocompositiva e voluntária, no qual um terceiro, imparcial, atua como facilitador do processo de retomada do diálogo entre as partes, antes ou

depois de instaurado o conflito¹³.

Quanto à conciliação, Cavalcante¹⁴ conceitua a modalidade da seguinte forma:

Método autocompositivo de solução de conflitos no qual as partes, em comum acordo, chegam a uma solução conjuntamente. Essa composição é realizada por intermédio de um conciliador (terceiro imparcial), no qual poderá opinar e propor a melhor forma de resolver a lide¹⁴.

Ou seja, a conciliação é uma forma alternativa de resolução de conflitos, onde as partes discutem seus interesses e buscam uma solução que seja benéfica para eles, a fim de atingir um acordo de benefício mútuo.

Segundo Mello e Baptista¹⁵,

“a conciliação visa à obtenção de acordo para acabar com o processo, enquanto a mediação vai facilitar a composição entre as partes, influenciando, posteriormente, a relação entre elas após o término do processo”.

Considerando sua função jurídica, a conciliação e a mediação deveriam ser incentivadas pelos advogados das partes, a fim de oportunizar aos interessados a possibilidade de chegar a uma solução para suas divergências. Todavia, infelizmente, não é uma realidade no Brasil. Sendo estes, assim como o divórcio, uma ferramenta para que os casais possam se entender, a diferença entre eles é que, enquanto a conciliação e mediação buscam através do diálogo e da ajuda de um terceiro para que o casal possa resolver a adversidade que os levou

ao conflito, de modo que estes continuem com sua relação, o divórcio é uma forma ainda mais intrusiva, a partir do momento que este não busca entender o problema, apenas permite que o casal dê um fim ao seu vínculo conjugal de forma que possam vir a contrair um novo posteriormente.

Considerando tais semelhanças e relacionando elas com as finalidades opostas entre a conciliação e o divórcio, torna-se previsível que, por se tratar de um acordo que busca a solução do conflito do casal, a conciliação além de mais prática para as partes também é mais rápida do que o processo necessário para se pôr fim em toda a relação conjugal.

Apesar disso, com as alterações legislativas da Emenda Constitucional nº 66/2010, o processo para que o divórcio fosse possível tornou-se ainda mais prático e simples, diminuindo ainda mais o tempo necessário para obter-se o

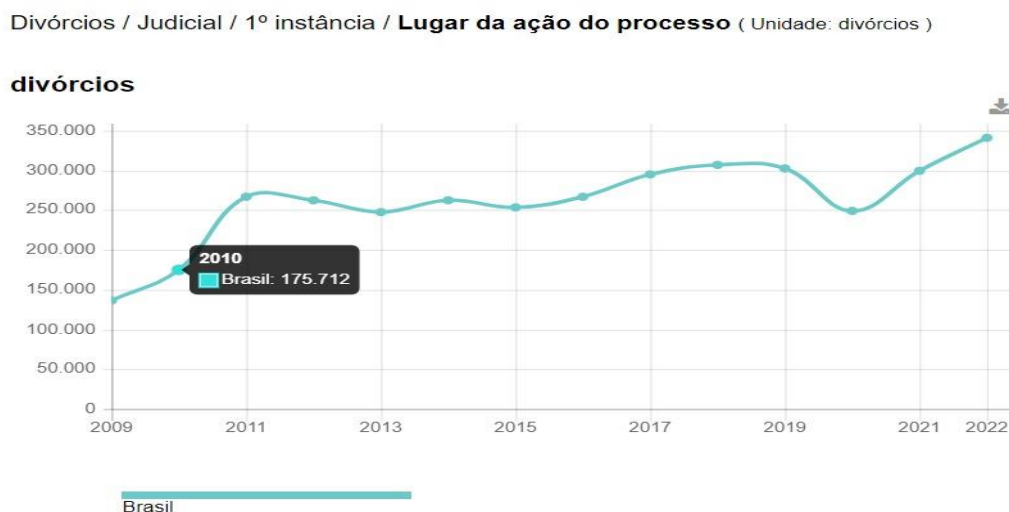
resultado e com ainda menos gastos, obscurecendo completamente alternativas como a conciliação.

2.1 ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS

A partir da Emenda Constitucional nº 66/2010, que flexibilizou os requisitos do divórcio, houve um aumento considerável na busca pelas vias judiciais.

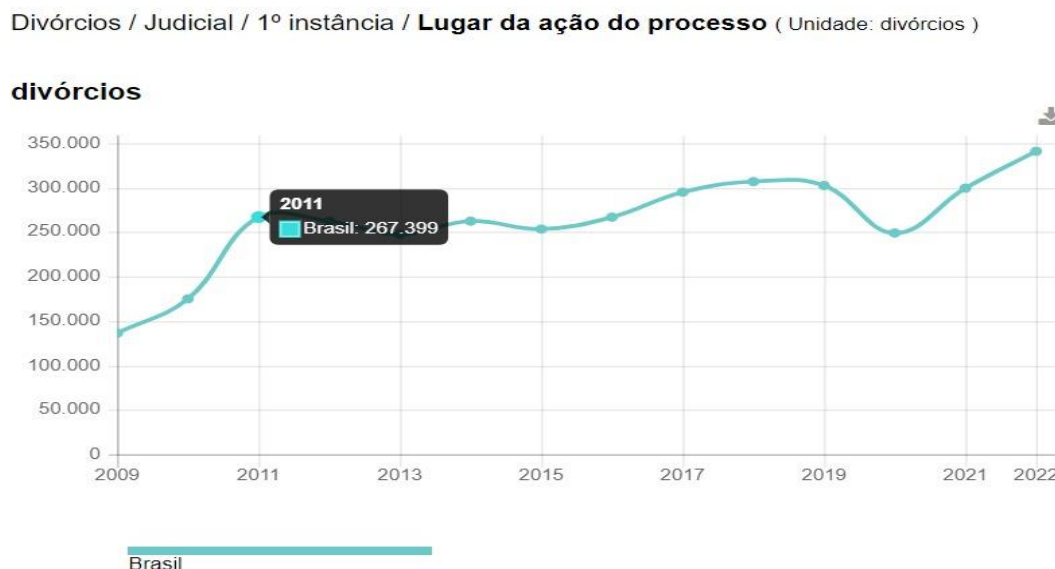
Com isso, pode-se verificar que com a retirada do requisito de prévia separação judicial ou a necessidade de que o casal se separasse de fato, além da retirada dos anos que um casal precisaria passar até poder entrar com o processo de divórcio, as alterações legislativas acabaram por causar um aumento significativo no número de divórcios, desde o ano de 2011, que se tornou o ano com o maior aumento em seu índice, com cerca de 45,4% em relação ao ano anterior, conforme dados do IBGE¹⁶.

Gráfico 1: Processos Judiciais no Brasil em 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - 2010.

Gráfico 2: Processos Judiciais no Brasil em 2011.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - 2011.

Em agosto de 2024, após o pedido de providências do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) publicou a resolução nº 571, que alterou a Resolução CNJ nº 35/2007, que dispôs acerca do divórcio. A partir dessa resolução, foi permitida a lavratura da certidão de divórcio de forma extrajudicial, desde que o casal, com filhos, os identifique e conclua suas pendências para com eles⁶.

Outrossim, passou a ser permitido que o casal se divorcie sem a necessidade de comparecimento pessoal dos interessados para lavratura da escritura pública (Arts. 34 e 36, Resolução nº 571, CNJ)⁶.

Além disso, enquanto instituto que visa resguardar o Direito de Família, o IBDFAM, erroneamente, incentiva a

flexibilização do processo de divórcio por meio da solicitação de alterações na legislação e, com isso, promove a dissolução das relações conjugais, sob fundamento de que essas alterações visam à celeridade e desburocratização do processo de separação, o que torna o divórcio uma opção mais desejada pelos interessados.

Entretanto, nem sempre a solução mais rápida e prática será a melhor para resolver o conflito de um casal, já que, ao tratar de relacionamentos pessoais, é necessário que haja uma maior sensibilidade com as relações interpessoais, juntamente com um acompanhamento para compreender e resolver de maneira efetiva a situação que os fizeram buscar a via judicial.

Assim, com toda essa praticidade do

divórcio, outras opções para solução de problemas acabam por ser sobrepostas e esquecidas dando cada vez mais visibilidade para a separação como o melhor meio para que um casal com divergências venha a solucionar a adversidade e seguir com suas vidas, sendo que, caso tivessem recebido o acompanhamento e apoio adequado, poderiam ainda ter seguido com sua conjugalidade e, em última ocasião, virem a buscar a separação.

3 A LIQUIDEZ NAS RELAÇÕES AFETIVAS FRENTE AO DIVÓRCIO

Em razão do constante aumento na busca pelo divórcio e com a visibilidade que a medida vem ganhando por ser a mais prática para solução dos problemas entre casais, veio se popularizando entre a sociedade brasileira a ideia de que, caso seu casamento venha a apresentar problemas, basta divorciar-se e seguir com sua vida. Com isso em mente, é perceptível que toda a flexibilização que veio ocorrendo na legislação que envolve o processo de separação, também acabou por afetar a forma como se enxerga uma relação afetiva interpessoal, tornando-o mais rasa e curta, onde as pessoas não se esforçam mais para compreender seu próprio cônjuge, onde, caso algo vá contra seus planos, basta se divorciar já que, além de mais rápido, é a solução que apresentam como a mais efetiva.

Sendo assim, esses fatos remetem ao estudo do sociólogo Zygmunt Bauman¹, que em suas pesquisas criou a teoria da modernidade líquida onde ele afirma que, anos atrás, as relações interpessoais eram mais valorizadas e o vínculo entre as pessoas eram mais sólidos, mas com o passar dos anos e com o surgimento de novas formas de resolver e desenvolver as coisas, as relações econômicas acabaram por se tornar a prioridade na vida das pessoas, sendo sobrepostas às relações afetivas e, como efeito disso, o laço que deve existir entre as pessoas acabou por se tornar cada vez mais tênue, tornando-se tão superficial que o menor dos empecilhos gerados por esse laço já é motivo suficiente para que ele seja rompido e abandonado¹.

Juntamente das relações econômicas, passou a ser mais valorizada a ideia do prazer imediato, onde as pessoas pararam de prezar pela qualidade e sim pela quantidade, fazendo com que, ao invés de buscarem algo que vá trazer um benefício duradouro pelo qual valha a pena desenvolver, acabam optando por momentos breves e simples, com o intuito de apenas satisfazer o desejo momentâneo. Espelhando-se também nas próprias relações conjugais da contemporaneidade, onde os casais não buscam mais gastar seu tempo para poder agradar ou se entender com seu parceiro,

a partir do momento que surge algo que ameace os planos traçados, as pessoas tendem por abandonar o casamento, pelo simples fato de que encerrar a relação é muito mais cômodo do que “perder” tempo e dinheiro fazendo terapia de casais ou até mesmo buscando alinhar os planos de ambos.

Tal desapego com a relação conjugal se tornou tão intrínseco na cultura brasileira, que atualmente é comum ouvir pessoas afirmando antes de se casar que, caso não venha a dar certo, “basta” se separar e seguir caminhos diferentes, sem que haja sequer o interesse mínimo de solucionar o que está impedindo a conjugalidade de seguir firme, havendo casos onde só é proposto o casamento, com o intuito de se conseguir alguma vantagem econômica, onde, após adquirida e o objetivo inicial cumprido, buscam a separação para poder se desvincular da outra pessoa e seguir a vida sem responsabilidades e seguindo seus caprichos e desejos.

Como espelho da situação do Brasil, considerando o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país registrou que, para cada dois casamentos, ocorre um divórcio, sendo que no ano de 2022, houveram 970 mil casamentos, enquanto que no mesmo ano, foram registrados 420 mil divórcios, sendo que essa quantidade

vem sendo registrada pelo instituto com números cada vez mais expressivos desde o ano de 2010, ou seja, cada vez mais a população vem abandonando a ideia de manter a relação conjugal, procurando o divórcio como principal solução para os problemas gerados pelo seu matrimônio¹⁷.

Considerando o exposto, é claramente visível que a Modernidade Líquida de Bauman vem se intensificando cada vez mais em meio à população do Brasil, e as alterações legislativas que colaboram para a facilitação do divórcio acabam por dar ainda mais força para essa transformação do jeito de pensar das pessoas. Atualmente, convivemos em uma sociedade onde a cada ano busca-se mais a separação e se ignora a possibilidade de conciliação, onde graças ao pensamento singular, ao visar a celeridade e a desburocratização do processo, acabou-se por indiretamente fragilizar as relações socioafetivas, fazendo com que os casais, visando a uma forma de ter o menor prejuízo possível, acabem optando pela separação para resolver algo que o simples diálogo e acompanhamento poderiam resolver.

4 POSICIONAMENTO DA DINAMARCA EM RELAÇÃO AO DIVÓRCIO

Após analisar a situação em que as relações conjugais se encontram no Brasil e identificar que a tendência é que, com o

passar dos anos, o número de divórcios continua a aumentar, a presente pesquisa buscou analisar a realidade de países com baixos índices de divórcio, como por exemplo do Sri Lanka e da Itália, a fim de comparar suas legislações e ações sobre este tema com a lei brasileira, diferenciando ambas e tentando encontrar nessas diferenças aquilo que pode ser implementado na legislação brasileira¹⁸.

Entretanto, ao compreender a situação desses países, pode-se perceber que eles são muito diferentes do Brasil, tendo legislações muito retrógradas e ainda ligadas com a religião local predominante, desta forma, foi feita uma nova pesquisa com ênfase em encontrar países com situações e legislações semelhantes ao Brasil, que sofrem com o mesmo problema: o crescimento exponencial do divórcio.

A partir disto, foi escolhida a Dinamarca como comparativo, já que esta possui altos índices de divórcio e por sua vez buscam encerrar os gastos constantes relacionados a esses processos, da mesma forma que o Brasil está fazendo, entretanto, diferentemente da legislação brasileira, além de flexibilizar e desburocratizar o processo, esses países definiram formas de prestar auxílio aos casais que buscam se divorciar.

Dentre os países, vale tomar como referência para o presente estudo, a

Dinamarca, que possui uma legislação semelhante da lei brasileira de divórcio antes da Emenda Constitucional nº 66/2010, onde o país define que o casal, antes de poder se divorciar, deve passar por um período de tempo predeterminado pela lei para que possa entrar na via judicial e efetivamente se separar. Sendo que mesmo com os requisitos prévios, o país possui um dos maiores índices de divórcio de toda a Europa.

Diante de tal situação, de acordo com o jornal britânico de notícias “The guardian”, juntamente com os requisitos estabelecidos em lei para que o divórcio se torne viável, a exemplo de 90 dias prévios após o pedido judicial de divórcio, os casais devem passar por esse período acompanhados de um terapeuta, para que aja como um mediador, com a finalidade de que o casal se entenda ou possa chegar a um acordo, com o intuito de desistir da separação ou ao menos para que a relação conjugal tenha um fim amigável¹⁹.

Apesar de que o governo acabe tendo que lidar com os custos da terapia de casal que ele fornece, essa alternativa se tornou bastante efetiva, já que por mais que o país possua um alto índice de divórcios, a quantidade de desistências desta ação também é bastante expressiva.

Logo, por mais que a Dinamarca se

encontre em uma situação semelhante à do Brasil, por possuir altos índices de divórcio que estão aumentando com o passar dos anos, ela buscou, através da sua legislação, uma maneira alternativa para poder lidar com o problema da crescente busca pelo divórcio, já que além de flexibilizar a lei para reduzir os gastos, ela também buscou ajudar e tratar das relações dos casais, para que eles pudessem se entender e chegar a uma solução mais razoável e amigável para ambas as partes.

Desta forma, acaba por fortalecer o vínculo conjugal que o casal possui, além de trabalhar a importância da relação afetiva que também acaba culminando em uma sociedade mais unida, cujos indivíduos, ao entenderem que precisam compreender seu parceiro, acabam por fortalecer seus laços trazendo de volta traços da “Sociedade Sólida” descrita por Zygmunt Bauman¹ em sua obra “Modernidade Líquida”. Tais atitudes, com o tempo, podem vir a reduzir a quantidade de pessoas que buscam se divorciar no país da mesma forma que já está fazendo os casais desistirem no meio do processo de divórcio.

Portanto, é perceptível que a legislação brasileira carece de assistência ao casal que está buscando a separação, sendo estes diretamente levados e incentivados pela legislação a se separar por ser a

forma mais simples de resolver a lide, enquanto que, na Dinamarca, o casal precisa passar por todo um processo de reeducação conjugal, a fim de fazê-los raciocinar melhor sobre o momento pelo qual estão passando e refletir a respeito de como proceder no processo e podendo ocasionar na desistência do divórcio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar os principais fatores que contribuíram para o aumento de divórcios no Brasil, bem como a visão e o posicionamento do Poder Judiciário acerca do divórcio, pode-se concluir que apenas flexibilizar as condições para que o casal possa se divorciar, pode resultar por fragilizar a relação conjugal e socioafetiva do casal. Verificando-se que a partir das mudanças de 2010 pela Emenda Constitucional de número 66, com a remoção de requisitos para que a separação fosse possível, a quantidade de divórcios judicializados começou a aumentar a cada ano em relação ao ano anterior, como também, notou-se o aumento na extrajudicialização destes processos.

A priori, após verificar a legislação, e o entendimento do IBDFAM a respeito da retirada de requisitos prévios para o prosseguimento do processo de divórcio, tornou-se compreensível que tais mudanças vieram com boas intenções, já que nem todos possuem condições

financeiras para arcar com os custos que um processo judicial traz, como também existem casos onde o casamento não é equilibrado, possuindo casos em que essas relações sofrem com o abuso e a violência sendo esta uma realidade na vida dos brasileiros; nestes casos, torna-se muito melhor para as partes apenas se livrar daquele vínculo conjugal sem que haja nenhum tipo de insistência em sua manutenção.

Apesar disso, existem casamentos que não fazem parte destas realidades infelizes, onde, por causa de ideais diferentes e desentendimentos, um casal que outrora construiu laços genuínos de afeto acaba por perder o diálogo entre si e não consegue chegar a um acordo para voltar a haver um entendimento, e tentando solucionar o dilema, acabam buscando maneiras excepcionais de resolver a atual adversidade em suas vidas, e por conveniência e por popularidade da separação como a melhor solução para problemas entre casais, acabam por recorrer ao divórcio.

Considerando que as flexibilizações na lei não tinham como alvo o aumento no índice de divórcio e sim buscava-se a celeridade e o corte de gastos, juntamente com a procura pela melhor maneira de proteger as vidas individuais dos cidadãos brasileiros, conclui-se que estas alterações foram efetivas, mas

tiveram resultados indesejados.

Com base no aumento constante na busca pela separação entre os casais brasileiros, e considerando o vínculo necessário para que os cônjuges queiram se unir em matrimônio, após a correlação entre esse aumento e o estudo do sociólogo Zygmunt Bauman¹ envolvendo a extinção de relações sólidas entre as pessoas com a chegada de uma geração que preza mais pelos próprios interesses do que pela sua relação para com o próximo. E como ele descreveu em sua obra “Modernidade Líquida”, a tendência é que relações mais frágeis e menos duradouras só aumentem com o passar do tempo, sendo exatamente isso o que se vivencia nos dias atuais.

Na busca por outras legislações e de outros pontos de vista a respeito deste assunto, foi possível concluir que ao prestar assistência ao casal de forma que estabeleça um diálogo amigável entre eles, junto da apresentação de maneiras, como por exemplo a conciliação e mediação, para que estes possam solucionar o conflito existente, de modo que a separação não precise ser considerada, conclui-se que o problema envolvendo o alto índice de divórcio pode ter solução. Sendo necessário o apoio do Estado para auxiliar e compreender as demandas individuais e buscar a manutenção do vínculo conjugal, de modo

que o divórcio ocorra apenas em caso de impossibilidade de reparação.

Portanto, não é necessário criar novos métodos de resolução de conflitos, através da presente pesquisa, tornou-se conclusivo que retirar requisitos legislativos para tornar o divórcio mais simples, barato e célere, acabou por torná-lo a opção mais popular e também a mais viável em relação aos demais métodos de solução de conflitos a exemplo da mediação.

Considerando que no Brasil já existem audiências de conciliação e mediação, apenas faz-se necessário legislar de forma que antes do divórcio ser uma opção, seja requisitado que o casal seja acompanhado por um mediador, para que estes voltem a estabelecer um diálogo entre si, sendo que, ao restabelecer um diálogo entre os cônjuges de forma que estes parem de visualizar o divórcio como uma alternativa, os casais com dificuldades em chegar a um acordo vão acabar por achar mais interessante e prático chegar a um acordo que beneficie ambos, do que abandonar um relacionamento que pode ter bons frutos no presente e muitos outros no futuro.

Estas medidas visam manter a estabilidade familiar e fortalecer os vínculos do casal. É importantíssimo que se desenvolva essa ponte para que o casal possa compreender e resolver o

problema de maneira conjunta, onde, com o passar do tempo, seja possível ver a diminuição do índice do divórcio, de modo que o casal já não busca mais se separar ao se deparar com problemas matrimoniais e sim, em unidade, busquem se entender e alcançar a solução juntos, consequentemente, sem a necessidade de abrir um processo judicial ou extrajudicial e sem a necessidade de gastos extras, trazendo benefícios tanto para a família quanto para o judiciário.

REFERÊNCIAS

1. BAUMAN, Zygmunt. **MODERNIDADE LÍQUIDA**. 2021. Elaborada e publicada por Ailton Sena. Disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/enem/sociologia/modernidade-liquida>. Acesso em: 29 mai. 2024.
2. BRASIL. Emenda Constitucional nº 66/2010. Dá nova redação ao § 6º do art. 226 da Constituição Federal, que dispõe sobre a dissolubilidade do casamento civil pelo divórcio, suprimindo o requisito de prévia separação judicial por mais de 1 (um) ano ou de comprovada separação de fato por mais de 2 (dois) anos.. Brasília: Planalto, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc66.htm. Acesso em: 23 set. 2024

3. DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro: Direito de Família**. 38 ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2024. E-book. p.360. ISBN 9788553621453. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788553621453/>. Acesso em: 18 out. 2024.
4. GONÇALVES, Carlos R. **Direito civil brasileiro: Direito de família. v.6**. SRV Editora LTDA, 2024. E-book. ISBN 9788553622382. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553622382/>. Acesso em: 18 out. 2024.
5. BRASIL . Constituição (1827). Decreto nº 57, de 03 de novembro de 1827. Coleção de Leis do Império do Brasil de 1827, 03 nov. 1827. v. 1, Seção 2, p. 83-83
6. IBDFAM. Instituto Brasileiro de Direito de Família. **A trajetória do divórcio no Brasil: A consolidação do Estado Democrático de Direito**. 2010. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/a-trajetoria-do-divorcio-no-brasil-a-consolidacao-do-estado-democratico-de-direito/2273698> . Acesso em: 27 mai. 2024.
7. BRASIL . Decreto nº 1.144, de 11 de Setembro de 1861. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decreto/1824-1899/decreto-1144-11-setembro-1861-555517-publicacaooriginal-74767-pl.html> Acesso em: 27 mai. 2024.
8. BRASIL (Estado). Constituição (1977). **Emenda Constitucional nº 9, de 28 de junho de 1977**. DF, 29 jun. 1977. v. 3, p. 13-13. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc09-77.htm. Acesso em: 27 mai. 2024.
9. BRASIL. **LEI Nº 6.515, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1977**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6515.htm. Acesso em: 27 mai. 2024.
10. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 23 set. 2024.
11. BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 66, DE 13 DE JULHO DE 2010**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/emendas/emc/emc66.htm Acesso em: 23 set. 2024.
12. BRASIL. IBGE. **Divórcios - Judicial e Extrajudicial. 2023**. Elaborada com base na Estatística do Registro Civil de 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/20/0?indicador=29775&tipo=grafico>. Acesso em: 30 mai. 2024.
13. CAHALI, Francisco. **3. Mediação In: CAHALI, Francisco. Curso de Arbitragem**. São Paulo (SP): Editora Revista dos Tribunais. 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/curso-de-arbitragem/1153093767>. Acesso em: 18 de Outubro de 2024.
14. CAVALCANTE, Ana Beatriz Diniz de França; JUNG, Roseli Meirelles. **Do físico ao PJe: os limites da celeridade dos processos judiciais eletrônicos à luz dos princípios constitucionais**. DêCiência em Foco, v. 7, n. 2, p. 26-39, 2023. Acesso em: 06 out. 2024.

15. MELLO, Kátia Sento Sé; BAPTISTA, Bárbara Gomes Lupetti. **Mediação e conciliação no judiciário: dilemas e significados.** Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social 4.1 (2011): 97-122. Acesso em: 25 Out. 2024.
16. BRASIL. IBGE. **Divórcios - Judicial e Extrajudicial. 2023.** Elaborada com base na Estatística do Registro Civil de 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/20/0?indicador=29775&tipo=grafico>. Acesso em: 30 maio 2024.
17. OLIVEIRA, Klyvia Brayner de. **Divórcios voltam a bater recorde no país**, diz IBGE: o total dos dados de 2021 representou uma alta de 16,8% frente a 2020. 2023. Publicado por Lucianne Carneiro. Disponível em: <https://valorinveste.globo.com/mercado/brasil-e-politica/noticia/2023/02/16/divorcios-voltam-a-bater-recorde-no-pas-diz-ibge.ghtml> Acesso em: 29 mai. 2024.
18. MONKEY, Insider. **Países com as menores taxas de divórcio do mundo.** 2024. Elaborado por Ricardo, Meu Valor Digital. Disponível em: <https://meuvalordigital.com.br/10-paises-com-menos-divorcios-do-mundo-e-os-motivos-para-isso/>. Acesso em: 01 jun. 2024.
19. GUARDIAN, The. **Breaking up is harder to do in Denmark after divorce law changes:** couples planning to split must wait three months and undergo counseling. Couples planning to split must wait three months and undergo counselling. 2019. Elaborada por Jon Henley. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2019/jul/22/breaking-up-is-harder-to-do-in-denmark-after-divorce-law-changes>. Acesso em: 18 out. 2024.

ANAFILAXIA NA EMERGÊNCIA: MANEJO DO PACIENTE PEDIÁTRICO E O IMPACTO NO DESFECHO CLÍNICO

ANAPHYLAXIS IN THE EMERGENCY: MANAGEMENT OF THE PEDIATRIC PATIENT AND IMPACT ON CLINICAL OUTCOME

ANAFILAXIS EN EMERGENCIA: MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO E IMPACTO EN EL RESULTADO CLÍNICO

Letícia Bezerra Barroso¹, Caio Visalli Lucena da Cunha², Thaise de Abreu Brasileiro Sarmiento³, Dra. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa^{4*}

1. Graduanda em Medicina Universidade Santa Maria (UNIFSM), PB, Brasil.
2. Especialista em Saúde da Família e Comunidade Escola de Saúde Pública de Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0009-0008-8863-2040>
3. Especialista em Pediatria Universidade do Pernambuco (UPE), PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0390-805X>
4. Pós-Doutora em Ciências da Saúde Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), PB, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4751-2404>.

* **Autor correspondente:** vankilma@fsmead.com.br

RESUMO

Objetivo: Apresentar a relação entre manejo anafilaxia e o desfecho clínico no departamento de emergência pediátrica, bem como investigar o uso de epinefrina pré-hospitalar e a importância de medidas educacionais e de treinamento acerca da síndrome.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada entre junho e novembro de 2023, sendo eleitos artigos científicos de periódicos indexados nas bases de dados PUBMED e BVS, tendo como descritores: “Anaphylaxis”; “Pediatrics”; “Emergency Medical Services”. Foram selecionados trabalhos publicados de 2018 a 2023, de idiomas português, inglês e espanhol, dentro da temática, e excluídos estudos de revisão de literatura, resumos, teses, dissertações, monografias e estudos com objetivos alheios ao desenvolvimento deste trabalho.

Resultados e Discussões: A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica aguda, potencialmente fatal, que se caracteriza por broncoespasmo, angioedema das vias aéreas superiores e/ou comprometimento circulatório. Sabe-se que existem dificuldades na identificação e manejo adequado da anafilaxia pelos médicos em um cenário teórico. Dados apontam que pode haver um subdiagnóstico desta condição. As recomendações apontam a injeção imediata de epinefrina intramuscular como o padrão ouro, permitindo reduzir a morbidade, a mortalidade e a hospitalização. Entretanto, seu uso ainda é insuficiente em quase todos os estudos pediátricos.

Considerações Finais: Existe uma necessidade de promoção de medidas educacionais e de manuseio, seja para pacientes alérgicos e cuidadores, seja para profissionais médicos mediante diretrizes e programas de reconhecimento e tratamento imediato da síndrome.

Dessa forma, será possível evitar a subutilização da melhor linha de tratamento, o desfecho negativo e a recorrência dos quadros.

Palavras-Chave: Anafilaxia. Pediatria. Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Objective: To present the relationship between anaphylaxis management and clinical outcome in the pediatric emergency department, as well as to investigate the use of prehospital epinephrine and the importance of educational and training measures regarding the syndrome.

Method: This is an integrative literature review carried out between June and November 2023, selecting scientific articles from journals indexed in the PUBMED and BVS databases, with the following descriptors: “Anaphylaxis”; “Pediatrics”; “Emergency Medical Services”. Studies published from 2018 to 2023, in Portuguese, English and Spanish, within the theme were selected, and literature review studies, abstracts, theses, dissertations, monographs and studies with objectives unrelated to the development of this work were excluded.

Results and Discussion: Anaphylaxis is an acute, potentially fatal systemic hypersensitivity reaction characterized by bronchospasm, upper airway angioedema and/or circulatory impairment. It is known that there are difficulties in the identification and adequate management of anaphylaxis by physicians in a theoretical scenario. Data indicate that there may be an underdiagnosis of this condition. Recommendations point to immediate intramuscular epinephrine injection as the gold standard, allowing for reduced morbidity, mortality, and hospitalization. However, its use is still insufficient in almost all pediatric studies.

Final Considerations: There is a need to promote educational and management measures, both for allergic patients and caregivers, and for medical professionals through guidelines and programs for immediate recognition and treatment of the syndrome. In this way, it is possible to avoid underutilization of the best line of treatment, negative outcomes, and recurrence of the symptoms.

Keywords: Anaphylaxis. Pediatrics. Emergency Medical Services.

RESUMEN

Objetivo: Presentar la relación entre el manejo de la anafilaxia y el resultado clínico en el servicio de urgencias pediátricas, así como investigar el uso de epinefrina prehospitalaria y la importancia de las medidas educativas y de capacitación sobre el síndrome.

Metodología: Se trata de una revisión integradora de la literatura realizada entre junio y noviembre de 2023, seleccionando artículos científicos de revistas indexadas en las bases de datos PUBMED y BVS, con los siguientes descriptores: “Anafilaxis”; “Pediatria”; “Servicios Médicos de Emergencia”. Se seleccionaron trabajos publicados entre 2018 y 2023, en portugués, inglés y español, dentro de la temática y se excluyeron estudios de revisión de literatura, resúmenes, tesis, disertaciones, monografías y estudios con objetivos ajenos al desarrollo de este trabajo.

Resultados y discusiones: La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad sistémica aguda, potencialmente fatal, que se caracteriza por broncoespasmo, angioedema de las vías respiratorias superiores y/o deterioro circulatorio. Se sabe que existen dificultades en la identificación y manejo adecuado de la anafilaxia por parte de los médicos en un

escenario teórico. Los datos indican que puede haber un infradiagnóstico de esta afección. Las recomendaciones apuntan a la inyección inmediata de epinefrina intramuscular como estándar de oro, permitiendo reducir la morbilidad, la mortalidad y la hospitalización. Sin embargo, su uso sigue siendo insuficiente en casi todos los estudios pediátricos.

Consideraciones Finales: Es necesario promover medidas educativas y de manejo, ya sea para pacientes y cuidadores alérgicos, o para profesionales médicos a través de guías y programas para el reconocimiento y tratamiento inmediato del síndrome. De esta manera, es posible evitar la subutilización de la mejor línea de tratamiento, resultados negativos y recurrencia de afecciones.

Palabras clave: Anafilaxia. Pediatría. Servicios Médicos de Emergencia.

INTRODUÇÃO

A anafilaxia é definida como uma reação multissistêmica grave de início agudo e potencialmente fatal, em que alguns ou todos os seguintes sinais e sintomas podem estar presentes: urticária, angioedema, comprometimento respiratório e gastrointestinal e/ou hipotensão arterial. A ocorrência de dois ou mais destes sintomas imediatamente após a exposição ao alérgeno suspeito alerta para o diagnóstico e tratamento imediato. A ausência de critérios mais abrangentes leva à sua subnotificação, subdiagnóstico e possíveis erros ou retardo na instituição da terapêutica adequada. O termo ANAFILAXIA deve ser utilizado na descrição tanto de casos mais graves acompanhados de choque (colapso cardiovascular), quanto dos casos mais leves¹.

A incidência de anafilaxia em crianças em todo o mundo vem apresentando mudanças significativas, variando de 1 a 761 por 100.000 pessoas/ano para anafilaxia total e 1 a 77 por 100.000

pessoas/ano para anafilaxia induzida por alimentos². Apesar de uma tendência de tempo crescente para hospitalizações por anafilaxia, a mortalidade permanece baixa, estimada em 0,05-0,51 por milhão de pessoas/ano para drogas, em 0,03-0,32 para alimentos e em 0,09-0,13 para anafilaxia induzida por veneno, sem evidências na maioria das regiões de uma mudança na incidência de anafilaxia fatal³.

Os sintomas e sinais de anafilaxia ocorrem geralmente dentro de 2h após a exposição ao alérgeno, geralmente dentro de 30 min para a alergia alimentar e ainda mais rapidamente com medicação parenteral ou picadas de insetos. Numa grande série de casos de anafilaxia fatal, o tempo médio desde os sintomas até à paragem foi relatado como 30, 15 e 5 min para alimentos, veneno de inseto, e medicação parenteral, respectivamente. Um atraso na administração de adrenalina (epinefrina), adrenalina insuficiente ou a não administração de um glicocorticosteroide pode aumentar o risco de reações bifásicas. O diagnóstico

diferencial da anafilaxia inclui doenças médicas, que afetam os sistemas orgânicos mais frequentemente envolvidos na anafilaxia⁴.

O tratamento de primeira linha para anafilaxia é a adrenalina intramuscular. Intervenções úteis de segunda linha podem incluir a remoção do gatilho sempre que possível, o pedido de ajuda, posicionamento correto do paciente, oxigênio de alto fluxo, fluidos intravenosos, broncodilatadores inalados de ação curta e adrenalina nebulizada. As medidas de alta devem incluir uma avaliação do risco de novas reações, um plano de gestão com plano de ação de emergência para anafilaxia e, se for caso disso, a prescrição de um auto injetor de adrenalina. Caso isso ocorra, a educação sobre quando e como usar o dispositivo deve ser fornecida. O acompanhamento especializado é essencial para o seguimento e evitar recorrência. O treinamento para o paciente e todos os cuidadores é essencial. Ainda existem muitas lacunas na base de evidências para anafilaxia⁴.

A importância deste trabalho consiste no fato de que a anafilaxia é uma condição potencialmente fatal que ocorre com relativa frequência nos serviços de emergência de todo o mundo, sendo necessário tanto o diagnóstico assertivo quanto o tratamento imediato para que a

morbimortalidade seja reduzida, bem como o desfecho seja assegurado positivamente. Ademais, a anafilaxia muitas vezes permanece pouco reconhecida, talvez, em parte, devido à variabilidade nos critérios diagnósticos. Como consequência, isso pode levar a atrasos no tratamento adequado, aumentando o risco de desfechos graves³. Portanto, refere-se a uma emergência clínica que todos os profissionais de saúde devem reconhecer e gerir⁴.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida a partir de seis fases do processo de elaboração: 1ª fase – elaboração da pergunta norteadora; 2ª fase – busca ou amostragem da literatura; 3ª fase – coleta de dados; 4ª fase – análise crítica dos estudos incluídos; 5ª fase – discussão dos resultados; 6ª fase – apresentação da revisão integrativa⁵. Para atender aos passos, foi levantada a seguinte pergunta norteadora: “Como está sendo realizado o manejo da anafilaxia em pacientes pediátricos e qual a relação com a redução da mortalidade?”

A pesquisa foi realizada mediante a seleção de trabalhos científicos publicados em periódicos indexados nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores extraídos do DeCS

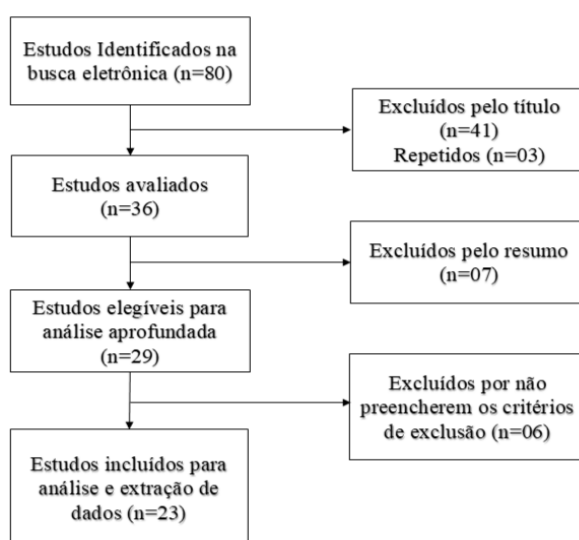
(Descritores em Ciências da Saúde), com base nas palavras-chave: “Anaphylaxis”, “Pediatrics” e “Emergency Medical Services”, através do operador booleano AND., sendo a busca ocorrida entre os meses de junho e novembro de 2023.

Foram selecionados trabalhos de acordo com os critérios de inclusão: Estudos com seres humanos, de delineamento quase-experimental, estudos de caso, artigos disponíveis em texto completo, com público-alvo de idade delimitada desde o nascimento até os 18 anos, que tenham sido publicados no período de 2018 a 2023, de idiomas português, inglês e espanhol, e que abarque o tema. Foram excluídos: estudos de revisão de literatura, resumos, teses, dissertações, monografias e, no

geral, estudos cujos objetivos não interessam ao desenvolvimento deste trabalho.

A seleção dos artigos encontrados com a busca nas diferentes bases de dados foi realizada inicialmente pela seleção de títulos, os que apresentaram relação com o objetivo foram selecionados para a leitura do resumo e os que continham informações pertinentes à revisão foram lidos por completo. Sendo somados, ao final, 23 estudos para elaboração da presente RIL. Não houve divergências entre os revisores sobre a inclusão dos manuscritos. A seguir estão representadas as etapas que caracterizam o processo de seleção dos artigos na forma de um fluxograma (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos que constituíram a amostra.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica aguda,

potencialmente fatal, que se caracteriza por broncoespasmo, angioedema das vias aéreas superiores e/ou compromisso

circulatório. Em um estudo no qual foram atendidos 335.692 pacientes pediátricos na emergência, 10.580 (3,2%) eram apresentações relacionadas com alergia localizada ou anafilaxia. Os sintomas mais comuns foram urticária/erupção cutânea e inchaço/angioedema (69% para ambos), sendo que a maioria dos pacientes apresentava os sinais vitais dentro da normalidade e que os quadros mais graves como choque e parada cardiorrespiratória eram minoria⁶.

No que tange à apresentação clínica, um estudo retrospectivo de informações clínicas em relatórios digitais de um Departamento de Emergência (DE), mostrou que as características relacionadas à pele foram as mais comuns nas apresentações, sendo seguidas pelas características respiratórias, cardiovasculares e gastrointestinais, respectivamente. Acompanhando esse viés, o angioedema foi a forma cutânea mais comum, e inchaço e aperto na garganta foram as queixas respiratórias mais prevalentes. Ademais, a combinação de apresentações clínicas mais frequentemente observada foi respiratória e cutânea em 60% das crianças⁷.

O quadro de anafilaxia grave, a título de exemplo, deve ser considerado quando houver presença de pelo menos um dos dois critérios seguintes: a) Hipotensão, choque, dificuldade respiratória,

insuficiência respiratória, arritmias com risco de vida, coma ou morte e/ou b) Recebimento de qualquer uma das seguintes terapias em ambientes pré - DE, DE ou internação: ≥ 3 doses de epinefrina (intravenosa, intramuscular e subcutânea), ≥ 3 bólus de fluidos, vasopressores, antiarrítmicos, beta-agonistas inalatórios a cada 1 ou 2 horas, albuterol contínuo, sulfato de magnésio, terbutalina intravenosa, ventilação com pressão positiva e intervenções para salvar vidas (traqueostomia, RCP, desfibrilação/cardioversão e ECMO)⁸.

Nessa ótica, o estudo de coorte, retrospectivo e multicêntrico conduzido pelo Pediatric Emergency Medicine Collaborative Research Committee (PEMCRC), mostra que é indispensável que os profissionais estejam cientes das nuances acerca da síndrome, bem como estejam treinados a reconhecer assertivamente os quadros relativos à anafilaxia e suas apresentações, uma vez que o diagnóstico precoce é uma tarefa em que a aplicação bem sucedida das descobertas de rastreio pode produzir diminuição na duração da internação no DE e evitamento nas hospitalizações desnecessárias que contribuem para o aumento dos custos de assistência médica⁸.

Trata-se, ainda, de uma síndrome aguda multissistêmica a qual resulta

frequentemente de uma reação mediada pela imunoglobulina E, principalmente a alimentos e medicamentos, oferecendo, assim, risco de vida. O diagnóstico nem sempre é fácil de efetuar, principalmente caso seja o primeiro episódio, sendo os fatores apontados como associados ao diagnóstico correto nos Serviços de Urgência, um episódio anterior de anafilaxia, chegada por ambulância, uma categoria de triagem de alta acuidade e apresentação a um hospital terciário. Nesse sentido, diagnosticar corretamente é essencial para um tratamento adequado imediato e recomendações relativas à evitação do alérgeno, à posse de um dispositivo auto injetável e ao acompanhamento com alergologista, podendo, desse jeito, evitar a recorrência⁹.

Por esse prisma, sobre o diagnóstico, é interessante mostrar que, mesmo com implementação de medidas diagnósticas e diretrizes, a porcentagem de casos mal diagnosticados pode permanecer intacta. Aponta-se, ainda, que um fator que alavanca a falha diagnóstica é a relutância dos médicos no que diz respeito à convicção de que as reações rápidas podem ser geridas sem o uso da epinefrina, além de que o diagnóstico de “anafilaxia” obrigaria o uso de epinefrina intramuscular⁹.

O envolvimento de pele e/ou mucosa, sintomas respiratórios e choque foram

reconhecidos mais facilmente do que aqueles casos menos frequentes como o envolvimento gastrointestinal quando não há envolvimento de pele associada. Sabe-se ainda que existem dificuldades na identificação e manejo adequado da anafilaxia pelos médicos em um cenário teórico. Dados apontam que pode haver um subdiagnóstico desta condição. Isso sugere, portanto, o desenvolvimento de estratégias educativas e protocolos de atendimento clínico que permitam otimizar a gestão destes tipos de eventos que requerem ações urgentes¹⁰.

A epinefrina é o tratamento de primeira linha, com administração tardia identificada como fator de risco para reações bifásicas. Além do uso de epinefrina, os médicos frequentemente usam terapias adjuvantes, incluindo anti-histamínicos, antagonistas dos receptores H₂, broncodilatadores inalatórios, bólus de fluidos intravenosos (IV) e corticosteroides sistêmicos, que têm um papel teórico na melhora dos sintomas e na prevenção de reações bifásicas. Em uma análise com 10.351 crianças que se apresentaram em DEs pediátricos com anafilaxia de 2009 a 2013, o uso de terapias adjuvantes foi comum: 71% esteroides, 60% anti-histamínicos e 53% antagonistas do receptor H₂. Em 2020, um parâmetro publicado pela Joint Task Force on Practice Parameters sugeriu "contra a

administração de glicocorticoides ou anti-histamínicos como uma intervenção para prevenir anafilaxia bifásica", ao mesmo tempo em que estipulou que a certeza da evidência para esta recomendação era muito baixa⁸.

Considerando o exposto, as recomendações apontam a injeção imediata de epinefrina intramuscular como o padrão ouro, permitindo reduzir a morbidade, a mortalidade e a hospitalização. Entretanto, seu uso ainda é insuficiente em quase todos os estudos pediátricos. Alguns resultados de estudos sugerem que os médicos tinham uma abordagem intuitiva da gravidade e reservavam a epinefrina para as crianças admitidas mais graves. Essa constatação do comportamento médico pode ser explicada pelo atraso entre a admissão/gerenciamento no DE e o início do episódio, e talvez também por um medo relativo dos efeitos colaterais da epinefrina, mesmo que sua segurança tenha sido claramente demonstrada (21,6% dos efeitos colaterais geralmente leves e transitórios, como tremores, palpitações, ansiedade, mais frequentes entre adultos)⁸.

Aponta-se ainda, que, se os sinais de anafilaxia diminuíssem ou desaparecessem antes da admissão no DE, os profissionais poderiam ter considerado que a administração de

epinefrina era inútil. Outrossim, os achados não permitem determinar se o comportamento dos médicos induz mais hospitalização. Contudo, a falta de prescrição de epinefrina nos pacientes hospitalizados é claramente surpreendente e questionável. Assinala-se, até então, que, para melhorar a prescrição de epinefrina em DEs, o uso de auto injetores deve ser incentivado. Por serem fáceis de usar, eles também podem favorecer a educação familiar e incentivar uma prescrição médica muito baixa na alta domiciliar, ponto encontrado em alguns estudos¹¹.

Destarte, a epinefrina é o melhor tratamento para a anafilaxia e é mister a administração Pré Hospitalar (PH) aos doentes, evitando a morte por complicações como o comprometimento das vias aéreas ou a hipotensão. Sobre isso, há também um atraso preocupante na administração PH, e este atraso está associado a piores resultados. A oportunidade de administrar a epinefrina ocorre quando há a apresentação mais grave de anafilaxia e, mesmo cumprindo os critérios, ainda é pouco aplicada. Principalmente em < 10 anos, os profissionais optam por confiar em terapêuticas adjuvantes, uma vez que estes pacientes apresentam imprecisamente sintomas que fariam os profissionais acreditarem na necessidade

da epinefrina, além de que a análise dos sinais vitais depende da idade¹².

No que diz respeito a crianças < 5 anos que foram submetidas ao tratamento PH com epinefrina, as taxas do seu uso no DE apresentaram-se menores, mas houve uma tendência em direção a maiores taxas de observação adicional, além do tratamento de ED. Desse jeito, crianças pequenas que não receberam epinefrina pré-hospitalar não foram hospitalizadas ou admitidas para observação adicional em uma taxa maior (e, de fato, tiveram taxas menores de observação adicional) do que crianças que receberam epinefrina pré-hospitalar. Isso contrasta com estudos pediátricos em menores de 16 anos, os quais demonstraram taxas mais baixas de internação hospitalar para crianças que receberam tratamento precoce com epinefrina¹³.

Nessa linha de raciocínio, os estudos apontam também que o uso da epinefrina antes da chegada do socorro aumenta a probabilidade dos sinais vitais estarem normais quando comparados com os pacientes que receberam apenas após a chegada do serviço revelando, então, que os sinais vitais são restaurados mais precocemente e a possibilidade de deterioração do quadro é mais rara. Outrossim, a epinefrina administrada precocemente oferece benefícios indiscutíveis ao doente, sendo verdadeiro

que uma quantidade mínima dos pacientes com anafilaxia precisará de dose adicional do fármaco ou então de cuidados intensivos⁶.

Não obstante, apesar das diretrizes e educação internacionais sobre o tratamento da anafilaxia, a adrenalina é subutilizada por cuidadores e profissionais de saúde. Um fator interessante é que a idade é apontada como sendo preditor do uso mais frequente da adrenalina, de maneira que crianças mais jovens recebem mais o fármaco. Ademais, com relação à subutilização, as principais razões para essa subutilização são a falta de reconhecimento da gravidade da anafilaxia e a melhora rápida espontânea dos sintomas. Confirma-se, portanto, que, apesar de diretrizes claras, o fármaco é subutilizado por cuidadores e até mesmo por médicos de medicina de emergência, tanto em atendimento pré-hospitalar quanto no DE¹⁴.

Destarte, dada a incapacidade de prever reações graves no início dos primeiros sintomas e evidências de que a adrenalina precoce pode ajudar a reduzir o risco de piora rápida, todas as reações de anafilaxia requerem adrenalina intramuscular imediata. Programas educacionais para pacientes alérgicos e cuidadores e diretrizes para profissionais de saúde devem enfatizar a gravidade potencial da anafilaxia e o risco de reação

rápida e imprevisível mais grave. Portanto, a adrenalina intramuscular deve ser prontamente injetada assim que a anafilaxia for reconhecida. Para isso, as definições atualizadas da Organização Mundial de Alergia (WAO) para anafilaxia podem ajudar os clínicos a estarem cientes do amplo espectro de gravidade da anafilaxia¹⁴.

Por fim, a anafilaxia é uma reação dinâmica com um curso de tempo clínico heterogêneo, o qual não pode ser previsto no início dos primeiros sinais, sendo capaz de se resolver espontânea e rapidamente, mas também progredir para uma reação mais grave de forma muito célere. Para mais, a adrenalina continua como tratamento de primeira linha necessário no início dos primeiros sinais. Enfim, mais estudos são necessários para determinar qual perfil de pacientes tem maior risco de reações alérgicas mais graves. O desenvolvimento de um sistema de pontuação harmonizado para reações alérgicas agudas promovido pela Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica pode ser uma ótima oportunidade para abordar essa questão¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz dessas considerações, entende-se, dado isso, que a anafilaxia é uma síndrome sistêmica cuja apresentação

clínica na emergência é, indiscutivelmente, mutável, de modo que suas formas podem variar muito rapidamente, desde sinais referentes ao comprometimento da pele a formatos mais perigosos como ao que tange às manifestações respiratórias e circulatórias.

Nesse sentido, muitas vezes, o diagnóstico pode ser desafiador no ambiente da emergência, principalmente caso seja o primeiro episódio, haja vista essa mudança rápida no quadro clínico, bem como o espectro de manifestações, como é discutido no presente trabalho. Sendo assim, depreende-se que há um número considerável de casos mal diagnosticados.

Somado a isso, compreende-se, logo, que a epinefrina é o tratamento padrão-ouro para esses episódios e que, mesmo com as diretrizes indicando-a, ainda há um uso insuficiente e atraso na administração fármaco em detrimento de tratamentos e manejos adjuvantes do doente. Isso, mesmo a epinefrina revelando, na maioria dos trabalhos, diminuir a chance de deterioração da clínica e também de morbidade, mortalidade e hospitalização, quando administrada precocemente. Desse jeito, evita, consequentemente, mortes por complicações e desfechos negativos.

Levando em consideração isso, é possível enxergar a necessidade de promoção de medidas educacionais e de manuseio, seja para pacientes alérgicos e cuidadores, seja para profissionais médicos mediante diretrizes e programas de reconhecimento e tratamento imediato da síndrome, dessa forma, sendo possível evitar a subutilização da melhor linha de tratamento, o desfecho negativo e a recorrência dos quadros.

REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Alergia. In: ANAFILAXIA: atualização 2021. [S.L: s. n], 2021.
2. TANVERDI, Melisa S. et al. Anaphylaxis in Children. *Pediatric Emergency Care*, [S.L.], v. 38, n. 9, p. 456-461, set. 2022. **Ovid Technologies** (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1097/pec.00000000000002812>.
3. CARDONA, Victoria et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. *World Allergy Organization Journal*, [S.L.], v. 13, n. 10, p. 100472, 30 out. 2020. **Elsevier BV**.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472>
4. MURARO, A. et al. Anaphylaxis: guidelines from the european academy of allergy and clinical immunology. *Allergy*, [S.L.], v. 69, n. 8, p. 1026-1045, 9 jun. 2014. Wiley.
<http://dx.doi.org/10.1111/all.12437>
5. SOUZA, M. T. DE.; SILVA, M. D. DA.; CARVALHO, R. DE. Integrative review: what is it? How to do it?. *einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102–106, jan. 2010. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.
6. ANDREW, Emily et al. Pediatric Anaphylaxis in the Prehospital Setting: incidence, characteristics, and management. **Prehospital Emergency Care**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 445-451, 19 jan. 2018. Informa UK Limited.
<http://dx.doi.org/10.1080/10903127.2017.1402110>
7. WEBER, Heinrich C et al. Emergency department childhood anaphylaxis presentations in regional/remote Australia. **Journal of Paediatrics And Child Health**, Tasman, v. 58, n. 8, p. 1407-1413, 4 maio de 2022. Wiley.
<http://dx.doi.org/10.1111/jpc.16006>
8. DRIBIN, Timothy e et al. PEMCRC anaphylaxis study protocol: a multicentre cohort study to derive and validate clinical decision models for the emergency department management of children with anaphylaxis. **Bmj Open**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 037341, jan. 2021. BMJ.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037341>
9. COHEN, Neta et al. Trends in the diagnosis and management of anaphylaxis in a tertiary care pediatric emergency department. *Annals Of Allergy, Asthma & Immunology*, [S.L.], v. 121, n. 3, p. 348-352, set. 2018. **Elsevier BV**.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2018.06.033>
10. FUSTIÑANA, Ana Laura et al. Reconocimiento y manejo de la Anafilaxia en pediatría. *Revista Chilena de Pediatría*, [S.L.], v. 90, n. 1, p. 44, 19 fev. 2019. **Sociedad Chilena de Pediatría**.

<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i1.839>

11. DUBUS, Jean-Christophe et al. Use of epinephrine in emergency department depends on anaphylaxis severity in children. *European Journal Of Pediatrics*, France, v. 178, n. 1, p. 69-75, 29 set. 2018. **Springer Science and Business Media LLC**. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-018-3246-3>
12. CRISTIANO, Leslie M. et al. Prehospital Administration of Epinephrine in Pediatric Anaphylaxis – A Statewide Perspective. *Prehospital Emergency Care*, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 452-456, 16 jan. 2018. **Informa UK Limited**. <http://dx.doi.org/10.1080/10903127.2017.1399184>.
13. KO, Jimmy et al. Prehospital Treatment and Emergency Department Outcomes in Young Children with Food Allergy. *The Journal Of Allergy And Clinical Immunology: In Practice*, [S.L.], v. 8, n. 7, p. 2302-2309, jul. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.047>
14. PATEK, Paul M.; OWDA, Dalia; MENOCH, Margaret J.A. Anaphyl-Crisis. *Pediatric Emergency Care*, [S.L.], v. 38, n. 9, p. 1529-1532, 31 maio de 2022. **Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health)**. <http://dx.doi.org/10.1097/pec.0000000000002771>.
15. POUESSEL, Guillaume et al. The time course of anaphylaxis manifestations in children is diverse and unpredictable. *Clinical & Experimental Allergy*, [S.L.], v. 50, n. 1, p. 117-120, 12 nov. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/cea.13510>

ANÁLISE DA CONSTITUCIONALIDADE DA PEC N° 245/2016 NOS DITAMES DAS CLÁUSULAS PÉTREAS DA CF/88

ANALYSIS OF THE CONSTITUTIONALITY OF PEC N° 245/2016 UNDER THE DICTATES OF CF/88'S PERMANENT CLAUSES

Samaira Leite da Silva^{1*}, Leonardo Silva de Oliveira Bandeira²

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

***Autor correspondente:** samairaleite8@gmail.com

RESUMO

A PEC n° 245/2016 - Proposta de Emenda à Constituição n° 245/2016 - cujo principal signatário é o deputado Beto Rosado, objetiva substituir o atual sistema de governo do Brasil, bem como fazer alterações significativas ao texto constitucional e ao próprio corpo da Constituição de tal forma que se torna imprescindível fazer uma análise pormenorizada da constitucionalidade da PEC supracitada. O objetivo central do estudo é abordar e analisar a constitucionalidade da PEC n° 245, sob a égide das cláusulas pétreas bem como entendimento doutrinário e jurisprudencial acerca do sistema de governo descrito na proposta e a sua forma de implementação. Propõe-se, assim, apresentar conclusões e analisar a possibilidade jurídica de alteração do sistema de governo do Brasil, a partir de uma análise jurídica e histórica. Busca-se, ainda, colaborar para a reflexão e conhecimento do texto de uma PEC pouco conhecida, mas que em breve será alvo de discussões não apenas na Câmara dos Deputados, mas também por aqueles que entendem a significativa relevância na busca pela consolidação democrática no Brasil. Sob essa ótica, conclui-se com o estudo que a PEC n° 245/2016 não contraria o texto constitucional ao apresentar como proposta principal a substituição do sistema presidencialista para o semipresidencialista ou parlamentarista, todavia, o texto apresentado pelo deputado Beto Rosado não descreve a forma pela qual seria implementado o novo sistema de governo, desta forma cabe ressaltar que a alteração será possível somente através da consulta prévia ao público de um plebiscito composto pela população brasileira, fazendo valer a supremacia da decisão popular, assim como foi no plebiscito de 1993.

Palavras-chave: Proposta de Emenda à Constituição; sistema de governo; Plebiscito; Cláusulas Pétreas.

ABSTRACT

PEC N°. 245/2016 - Proposed Amendment to the Constitution N°. 245/2016 - whose main signatory is Congressman Beto Rosado, aims to replace Brazil's current system of government, as well as make significant changes to the constitutional text and the body of

the Constitution itself, so it is essential to make a detailed analysis of the constitutionality of the aforementioned PEC. The central objective of the study is to address and analyze the constitutionality of PEC N°. 245, under the aegis of the perpetual clauses as well as doctrinal and jurisprudential understanding about the system of government described in the proposal and its form of implementation. The aim is to present conclusions and analyze the legal possibility of changing Brazil's system of government, based on a legal and historical analysis. It also seeks to contribute to reflection and knowledge of the text of a little-known PEC, which will soon be the subject of discussions not only in the Chamber of Deputies, but also by those who understand its significant relevance in the search for democratic consolidation in Brazil. From this perspective, the study concludes that PEC N°. 245/2016 does not contradict the constitutional text by presenting as its main proposal the replacement of the presidential system with semi-presidentialism or parliamentarism, however, the text presented by deputy Beto Rosado does not describe the way in which the new system of government would be implemented, so it should be noted that the change will only be possible through prior consultation with the public in a plebiscite composed of the Brazilian population, enforcing the supremacy of the popular decision, just as it was in the 1993 plebiscite.

Keywords: Proposed Amendment to the Constitution. system of government. Plebiscite. Stony Clauses.

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem o condão de analisar a constitucionalidade da PEC n° 245/2016, que objetiva implementar o sistema de governo parlamentarista no Brasil. A ambiguidade do assunto encontra-se no entendimento de que o art. 2° do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) prevê que o Brasil, em 1993, teve a faculdade de escolher qual sistema seria adotado no país. A consulta popular levou à vitória o sistema presidencialista. Contudo, na situação política atual, cada vez, mais pessoas apoiam a mudança do sistema político e o estabelecimento de um sistema parlamentarista. Desta forma, esta pesquisa será responsável por buscar respostas científicas objetivas às

questões e incertezas levantadas por esta situação sob a égide das cláusulas pétreas bem como entendimento doutrinário e jurisprudencial acerca do assunto.

Entre as incógnitas existentes, serão destacadas três questões principais, nomeadamente, analisar se o sistema de governo presidencialista pode ser alterado, verificar se a implementação do parlamentarismo no Brasil, através da PEC n° 245/2016, contraria as cláusulas pétreas da CF/88 e, por fim, examinar se há possibilidade de instituir o parlamentarismo de forma constitucional. Além das formalidades destacadas acima, esta análise não iniciou questões substantivas e explora em profundidade questões relacionadas à PEC 245/2016 e

ao controle de constitucionalidade sobre decisões do governo acerca de uma mudança de regime.

1 SISTEMA DE GOVERNO

1.1 PRESIDENCIALISMO

O presidencialismo originou-se nos Estados Unidos após a declaração de sua independência em 1776. Assim, em 1787, as treze colônias reuniram-se na Filadélfia, para estabelecer as diretrizes políticas para criação de uma moeda única, a constituição de um exército comum e a estruturação de um comércio exterior. Para tanto, era imprevisível a instituição de um poder central moderado, que não apresentasse risco de possível tirania, tal decisão foi tomada na “Convenção da Filadélfia” com a criação da Constituição, cujos poderes executivo e legislativo foram definidos como autônomos e independentes entre si, vigendo até os dias de hoje nos Estados Unidos¹.

O presidencialismo consiste em um sistema de governo comum em repúblicas, no qual o poder executivo é exercido por apenas uma pessoa, denominada Presidente da República, cuja eleição é feita através de voto direto ou indireto. Esse representante exercerá acumuladamente as funções de chefe de Estado e Chefe de governo de forma autônoma, todavia, ressalta-se que

apesar dos três poderes (executivo, legislativo e judiciário) serem autônomos entre si, é necessário que haja harmonia para seu pleno funcionamento, e para tal, são estabelecidas limitações recíprocas pela Constituição Federal².

O poder executivo é concentrado em uma só pessoa, cabendo ao detentor exercer exclusivamente todas as funções que lhe são atribuídas pela Constituição. Este poder inclui os Ministros de Estado, mas estes apenas desempenham a função de auxiliar o Presidente da República e não estão vinculados às suas decisões. Ao ser eleito e devidamente empossado, o chefe do Executivo passa a governar com autoridade unipessoal durante o período de quatro anos no Brasil e 5 anos em alguns países.

Seu mandato não pode ser cassado, exceto nos casos em que suas ações estiverem tipificadas na lei penal ou relacionadas a crimes de responsabilidade funcional, conforme especificado na Constituição. Neste caso, os atos praticados pelo chefe do Executivo serão julgados através de processo de Impeachment, no qual a denúncia será apresentada na Câmara dos Deputados e, se válida, será decidida pelo Supremo Tribunal Federal na hipótese de crime comum ou, pelo Senado, quando se tratar de crime funcional³.

Como já supracitado, o Presidencialismo surgiu com a independência das 13 colônias dos Estados Unidos, sendo, portanto, o modelo mais conhecido e adotado pela maioria dos países da América Latina, a exemplo do México, Argentina, Colômbia e o Brasil, também utilizam esse sistema, alguns países da África bem como da Ásia. Tais países, utilizam a divisão dos três poderes, sendo o poder executivo exercido somente pelo Presidente na maioria das Repúblicas presidencialistas.

Alexandre de Moraes destaca:

A tendência dos regimes representativos que adotaram a Separação de Poderes como posta modernamente por Montesquieu e adaptada pelos federalistas norte-americanos, em especial em relação ao sistema presidencial, é estabelecer a unidade do Poder Executivo⁴.

A Constituição pioneira do Brasil foi outorgada em 1824 pelo imperador D. Pedro I. O que deveria ser o início da introdução do constitucionalismo no Brasil, tornou-se a ascensão de um governo autoritário e centralizado, cujo Poder Judiciário e parlamentar submetiam-se às suas decisões, consolidando-se então um regime político totalmente arbitrário. Após a Proclamação da República em 1889, foi instaurado no Brasil, pela primeira vez, o sistema presidencialista, inspirado no modelo americano do século XVIII, foi promulgado

pela Constituição de 1891, tendo como primeiro presidente da república presidencialista brasileira, Manuel Deodoro da Fonseca⁵.

1.2 SEMIPRESIDENCIALISMO

O sistema semipresidencialista é novidade contemporânea, surgida ao decorrer do século XX, oficializada em 1919 através da Constituição de Weimar na Alemanha, mais tarde adotado pela Constituição francesa de 1958 e posteriormente pela Constituição de Portugal em 1976. O semipresidencialismo manifesta-se, na maioria dos Estados, em situações de instabilidade, como exemplo na França, o governo foi organizado de forma híbrida, de tal modo que possuía elementos do sistema presidencialista e parlamentarista mesclado em um único governo, cabendo salientar que nesta situação o poder executivo, chefiado pelo presidente da república, era mais sólido possuindo maior força nas decisões⁶.

Tal sistema possui a estrutura de uma república parlamentarista, de forma que há dois chefes que exercem o poder executivo, caracterizando-se então um poder dualista, sendo eles, o chefe de Estado (Presidente) escolhido pelo povo através de sufrágio, cujas atribuições governamentais são divididas com o então chefe de Governo (Primeiro-Ministro),

indicado pelo Presidente da República. A depender do modelo do semipresidencialismo vigente, a destituição do Primeiro-Ministro caberá ao Presidente quando se tratar do *president-parliamentary*, nesta hipótese o chefe de governo possui responsabilidade perante o Presidente e o legislativo. No subtipo *premier-presidential*, o Primeiro-Ministro apenas poderá ser destituído pelo Legislativo, portanto não possuindo responsabilidade diante do Presidente da República, podendo atuar de forma mais independente².

O conceito de Semipresidencialismo abrange um sistema governamental onde a seleção do Chefe de Estado é realizada através de voto popular. Isto garante a legitimidade democrática essencial para o exercício eficaz e consistente dos poderes constitucionalmente atribuídos e associados a esta posição. Simultaneamente, o Chefe do Governo mantém uma ligação política com o Parlamento, concedendo-lhe assim autoridade para iniciar um movimento de censura para apelar à destituição do gabinete governamental.

Distinguindo-se do parlamentarismo, esta forma de governo confere ao Chefe de Estado autoridade para identificar determinadas responsabilidades que estão especificamente associadas aos

poderes estabelecidos, estendendo-se para além das questões de relações internacionais e de diplomacia. No entanto, não deve ser confundido com o presidencialismo, uma vez que a gestão global da administração pública está intimamente ligada ao parlamento e pode ser revogada pela sua autoridade⁷.

A primeira experiência semipresidencialista no Brasil surgiu no governo de João Goulart, presidente do Brasil no ano de 1961. Um dia após tomar posse como presidente, enviou para o Congresso Nacional a relação com os nomes dos Ministros que iriam compor o Conselho de Ministro, chefiado por Tancredo Neves, aprovado por 259 votos de parlamentares a 22. O que se esperava desse governo era a instituição do sistema parlamentarista, no entanto, devido a ambiguidade estrutural entre os poderes atribuídos ao chefe de Estado e o Chefe de Governo, surge então o chamado Semipresidencialismo.

João Goulart excedia os limites da competência de um Chefe de Estado, envolvendo-se em assuntos que cabiam exclusivamente ao Chefe de Governo, por este motivo havia constantes conflitos entre os poderes, de tal forma que, para se manter no poder, Goulart teve que pressionar Tancredo Neves a desistir de seu mandato, desta forma improvisou-se

um Semipresidencialismo cheio de conflitos entre o poder Legislativo com o Conselho de Ministros, e entre o Primeiro-Ministro e o Presidente da República. Portanto, extrai-se que o sistema adotado pelo Brasil falhou em seu objetivo de se formar um “gabinete puro”⁵.

1.3 PARLAMENTARISTA

O parlamentarismo, como sistema de governo, opera com base no princípio de que o estabelecimento e a administração dos assuntos públicos pelo Poder Executivo dependem do endosso explícito ou implícito do Legislativo. Normalmente, esse endosso assume a forma de um voto de confiança. Ao contrário do presidencialismo, o parlamentarismo não envolve uma divisão distinta entre os poderes Executivo e Legislativo. Neste sistema o poder executivo é constituído através da pluralidade partidária ou alianças interpartidárias no parlamento, podendo ser dissolvido a qualquer tempo antes mesmo das eleições regulares. Pode-se dizer, portanto, que no parlamentarismo, as funções de Chefe de Estado e Chefe de Governo são singulares⁷.

O parlamentarismo, em oposição ao presidencialismo, não é um produto de um *design* deliberado, mas sim de um desenvolvimento histórico gradual. Suas origens remontam ao cenário político da

Grã-Bretanha do século XVIII. As origens do parlamentarismo iniciam-se com o estabelecimento de uma monarquia cerceada após a revolução de 1688. Isto marcou a divisão de poderes, com o monarca passando a possuir como atribuições a administração, a defesa e a política externa, enquanto o Parlamento se encarregava da legislação e da tributação⁸.

A dinâmica de funcionamento do sistema parlamentarista pode ser sucintamente resumida da seguinte forma: o Monarca ou Presidente da República, na qualidade de chefe de Estado, designa o Primeiro-Ministro, que assume a função de chefe de Governo (nos casos em que o chefe de Governo não é uma entidade coletiva). A principal responsabilidade do indivíduo nomeado é formular uma agenda governamental abrangente e apresentá-la ao Poder Legislativo para deliberação, onde estará sujeita à aprovação. O endosso da agenda governamental proposta implica automaticamente o endosso do nomeado para o Primeiro Ministro, enquanto a sua destituição normalmente resulta na desqualificação do candidato para o cargo.

O plano de governo deve receber a aprovação do Parlamento, que por sua vez assume uma responsabilidade política

perante o povo. Isto contrasta com o presidencialismo, onde tal responsabilização não está presente. No Parlamentarismo, a relação entre o Governo e o Parlamento é a seguinte: o Primeiro-Ministro ou o Conselho de Ministros, em representação do Governo, é politicamente responsável perante o Parlamento pela implementação do plano de governo, e o Parlamento, por sua vez, responde perante o povo.

Se a maioria do Parlamento ficar insatisfeita com as políticas seguintes, pode retirar o seu apoio ao Primeiro-Ministro ou ao Gabinete, levando à sua demissão. Nesses casos, o processo recomeça quando o chefe de Estado nomeia um substituto. Por outro lado, em certos casos em que haja atritos entre o chefe do Governo e o Parlamento, em vez de demitir o Primeiro-Ministro, o chefe de Estado pode optar por dissolver o Parlamento e convocar novas eleições simultaneamente⁹.

No Brasil o parlamentarismo predominou em dois momentos ao longo da história. O primeiro ocorreu durante o Segundo Reinado, que se estendeu desde a abdicação de D. Pedro I, em 1831, até à maioridade de D. Pedro II, em 1840. Nessa época, o país foi governado por quatro regências e no final da terceira regência, conhecida como Regência Una

de Feijó, em 1837, os alicerces do sistema parlamentar começaram a tomar forma. Apesar de não terem sido aprovadas leis ou alterações específicas, a Constituição de 1824 ainda concedeu amplos poderes ao Imperador, incluindo a capacidade de escolher livremente os ministros como titulares do Poder Moderador. No entanto, devido às circunstâncias políticas e institucionais prevalecentes, o parlamentarismo foi eficazmente implementado.

O governo fez a transição para um sistema parlamentar, semelhante ao da Grã-Bretanha, devido à pouca idade e à falta de experiência do imperador. Em 20 de julho de 1847, o Decreto nº. 523 foi expedido por D. Pedro II, estabelecendo o cargo de Presidente do Conselho de Ministros. Isto marcou a melhoria de um governo de gabinete, onde o Presidente do Conselho de Ministros ocuparia teoricamente o cargo de chefe do Poder Executivo. Inicialmente, o Imperador delegou a maior parte das responsabilidades aos ministros dos primeiros gabinetes do Segundo Reinado. Porém, a partir de 1853, com o Gabinete do Paraná, D. Pedro II passou a supervisionar de perto as atividades do Ministério.

O segundo momento ocorreu em meio a uma crise institucional desencadeada

pela renúncia do presidente Jânio Quadros em agosto de 1961. João Goulart, o vice-presidente, enfrentou oposição dos militares devido ao seu papel anterior como Ministro do Trabalho no governo de Getúlio Vargas e suas posturas percebidas como "esquerdistas". Para superar esse impasse, o Congresso aprovou uma emenda à Constituição de 1946, conhecida como "Ato Adicional n. 4", que inaugurou o sistema parlamentar em 2 de setembro de 1961. Tancredo Neves, então deputado federal, assumiu o cargo de primeiro-ministro. O objetivo principal era limitar os poderes do recém-empossado Presidente da República e, assim, evitar um golpe militar¹⁰.

2 DA POSSIBILIDADE DE ALTERAÇÃO DO TEXTO CONSTITUCIONAL

O objetivo das constituições é perdurar no tempo. Destina-se a salvaguardar questões de extrema importância e significado na influência da política cotidiana. Ao constitucionalizar certas decisões fundamentais, garantem que não estejam sujeitas aos caprichos de maiorias temporárias. No entanto, as constituições não são eternas e não podem impor a sua vontade às gerações futuras. Nas palavras de Luís R. Barroso¹⁰, "Os mortos não podem governar os vivos. Porque assim é, todas as Cartas Políticas preveem mecanismos

institucionais para sua própria alteração e adaptação a novas realidades. Isso não quer dizer que essa seja a única hipótese de mudança do conteúdo das normas constitucionais".

A Constituição Federal de 1988 inclui disposições para duas formas distintas de reforma: emenda constitucional prevista no art. 60 e revisão constitucional disposta no art. 3 do Ato das Disposições Constitucionais.

2.1 MECANISMOS DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO

O exercício do poder constituinte originário, irrestrito, dá origem a normas constitucionais originárias que não estão sujeitas ao controle concentrado de constitucionalidade. Isto significa que a ideia de uma disposição entre essas normas, onde algumas podem ser declaradas inconstitucionais em relação a outras, é incompatível com uma Constituição. Na atual Carta Magna, o Supremo Tribunal Federal é o principal responsável por salvaguardar a Constituição como um todo, em vez de fiscalizar a atuação do poder constituinte originário para determinar se este violou os princípios do direito supra positivo incluídos na própria Constituição⁴.

O controle concentrado de constitucionalidade aplica-se às normas constitucionais derivadas, ainda que

sejam criadas através do exercício do poder constituinte derivado, que é de natureza limitada. Existem dois cenários principais onde podem surgir normas inconstitucionais. O primeiro envolve normas constitucionais federais que são introduzidas como emendas à Constituição da República, geradas através do exercício do poder reformador constituinte derivado. Estas regras violam as restrições ao poder de reforma constitucional, conforme descrito no artigo 60º, parágrafos 1 a 4. O segundo trata-se das disposições constitucionais estaduais, dispostas por emenda à Constituição do Estado⁴.

O processo de modificação da constituição é personificado pelas emendas constitucionais, cujo enfoque concentra-se em disposições específicas. É competente para alterar o texto constitucional o Poder Legislativo, tal atribuição foi concedida pelo Poder Originário. Exemplificando, o Poder Legislativo assume o papel do Poder Constituinte para execução dessas reformas. Rodrigo Padilha¹¹ acentua: “Não se fala em “projeto” de emenda constitucional, e sim em “Proposta”, as chamadas PECs”.

Caso a emenda constitucional siga as diretrizes previstas no artigo 60 da CF/88, será oficialmente incorporada ao

arcabouço legal como dispositivo constitucional e deverá alinhar-se aos dispositivos existentes. Por outro lado, se a emenda violar as condicionantes deste princípio normativo, torna-se inconstitucional e estará sujeita à revisão constitucional para manter a integridade e validade do texto constitucional¹².

No estado atual, uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) exige a assinatura de 171 deputados federais de um total de 513. Da mesma forma, no Senado, uma PEC exige a avaliação de 27 senadores de um total de 81. O Presidente da República também possui capacidade para elaborar uma Proposta de Emenda Constitucional. Embora suas origens democráticas sejam questionáveis (como foi introduzida pela primeira vez na Constituição de Getúlio Vargas de 1937), persistiu nas Constituições subsequentes¹³.

Quanto à iniciativa popular para emenda à constituição, Flávio Martins¹³ depreende sucintamente que:

Em 25 de outubro de 2018, o STF, no julgamento da ADI 825, de relatoria do Ministro Alexandre de Moraes, decidiu que a Constituição estadual pode prever a edição de Emenda Constitucional de iniciativa popular. A ação foi ajuizada pelo Governo do Estado do Amapá, que admite a iniciativa popular para reforma de sua Constituição. Segundo os ministros, embora a Constituição Federal não autorize expressamente proposta de iniciativa popular para emendas ao próprio texto, mas apenas para normas infraconstitucionais, não há impedimento

para que as constituições estaduais prevejam a possibilidade, ampliando a competência constante na Constituição Federal. Prevaleceu o entendimento do Ministro Edson Fachin, segundo o qual "na democracia representativa, além dos mecanismos tradicionais de seu exercício, por meio dos representantes eleitos pelo povo, também há esses mecanismos de participação direta"¹³.

2.2 CLÁUSULAS PÉTREAS

Na formulação de André Ramos Tavares¹, o conceito de "cláusulas pétreas" tornou-se amplamente utilizado na literatura jurídica brasileira. Serve para identificar um conjunto específico de disposições constitucionais imunes a alterações restritivas. A Constituição de 1988 afirma explicitamente que qualquer proposta de alteração que pretenda abolir uma norma constitucional considerada essencial, não pode ser submetida à deliberação parlamentar. Para salvaguardar a integridade da Constituição, consideram-se protegidos do âmbito da reforma constitucional os seguintes assuntos: I) a estrutura federal do Estado; II) os princípios do voto direto, secreto, universal e periódico; III) separação de poderes; e IV) direitos e garantias individuais.

Na perspectiva dos autores Mitidiero, Marinoni e Sarlet¹⁴:

Em termos gerais, o reconhecimento de limitações de cunho material significa que o conteúdo da Constituição não se encontra à disposição plena do legislador, mesmo que este atue por meio de uma maioria qualificada, sendo

necessário, por um lado, que se impeça uma vinculação inexorável e definitiva das futuras gerações às concepções do constituinte, ao mesmo tempo em que se garanta às constituições a realização de seus fins¹⁴.

As cláusulas pétreas são limitações materiais previstas na Constituição Federal. Tal denominação se dá devido a restrições relacionadas ao conteúdo da emenda constitucional, desta forma, as cláusulas pétreas abolem emendas que possam implicar alterações ou abolição circunstancial em determinado conteúdo. Conforme entendimento do autor Gustavo Muzy¹⁵, as cláusulas pétreas se subdividem em explícitas, ou expressas, e implícitas¹⁵. As cláusulas pétreas explícitas encontram-se postuladas no art. 60, § 4º da CF, o qual traz a seguinte disposição:

Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta:

(...)

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:

I - a forma federativa de Estado;

II - o voto direto, secreto, universal e periódico;

III - a separação dos Poderes;

IV - os direitos e garantias individuais.

O doutrinador Muzy¹⁵ descreve as cláusulas pétreas implícitas como dispositivos constitucionais que, embora não sejam especificamente elencados no artigo 60, § 4º, da Constituição Federal,

são consideradas necessárias para a manutenção dos propósitos do poder constituinte originário¹⁵.

Não há acordo entre os estudiosos quanto à quantidade e conexão das cláusulas implícitas na doutrina. Alguns autores antecipam um valor maior, enquanto outros sugerem um valor menor. No entanto, existem pontos específicos sobre os quais todos os estudiosos estão de pleno acordo, e estes pontos merecem atenção especial:

As restrições formais e temporais impostas pelo poder constituinte originário ao poder constituinte derivado; a titularidade do exercício do poder constituinte derivado; os princípios fundamentais – ou, para outros, somente os fundamentos – da República Federativa do Brasil¹⁵.

3 DO SISTEMA DE CONTROLE DE CONSTITUCIONALIDADE

O controle de constitucionalidade consiste em mecanismos que se destinam a determinar a compatibilidade entre uma lei e a Constituição Federal, de modo que, caso haja conflito entre o dispositivo normativo e o texto constitucional, este último prevalecerá e resultará na invalidade da norma do sistema jurídico. Em síntese, o controle de constitucionalidade é um dos instrumentos de defesa ou garantia da Constituição¹⁶.

O mecanismo criado pelo legislador constituinte originário tem o objetivo de controlar atos normativos, em

consonância com a Constituição Federal. Nos dizeres do doutrinador Pedro Lenza¹⁷, “A ideia de controle, então, emanada da rigidez, pressupõe a noção de um escalonamento normativo, ocupando a Constituição o grau máximo na aludida relação hierárquica, caracterizando-se como norma de validade para os demais atos normativos do sistema”¹⁷.

Insta enfatizar que a Constituição Federal brasileira é rígida, desta forma, para que haja algum aditamento, exclusão ou alteração de seu texto normativo, é necessária a observância das regras procedimentais solenes, descritas na própria Constituição, em seu artigo 60 e incisos.

Cabe ao poder legislativo, especificamente, à sua comissão de constituição e justiça, bem como ao chefe do Poder Executivo, exercer o controle preventivo de constitucionalidade, vetando projetos de lei que contrariam e ferem a Constituição. Caso haja dúvidas acerca da constitucionalidade do projeto de lei, deverá ser feita a manutenção do texto do projeto que fere a Constituição¹⁸.

3.1 ESPÉCIES DE INCONSTITUCIONALIDADE

A Constituição Federal serve de parâmetro para determinar a compatibilidade de atos legislativos ou administrativos. Desta forma, a

inconstitucionalidade ocorre quando o ato legislativo ou administrativo diverge das disposições da Constituição Federal. Conforme entendimento majoritário doutrinário, a inconstitucionalidade pode manifestar-se de duas formas: através de ações que contrariem a Constituição e através de omissões que não respeitem os seus princípios¹⁹.

3.1.1 Inconstitucionalidade por ação

O ato de criar medidas legislativas ou normativas que contrariem os dispositivos previstos na Constituição caracteriza-se como inconstitucionalidade por ação. Isso pode ocorrer por motivos formais ou materiais. A inconstitucionalidade formal refere-se à criação de uma lei ou ato normativo por uma autoridade sem a competência necessária ou em violação das formalidades especificadas na constituição, tais como prazos ou requisitos processuais. Por outro lado, a inconstitucionalidade material envolve a criação de medidas legislativas ou normativas que desrespeitam os princípios fundamentais consagrados nas normas constitucionais¹⁹.

3.1.2 Inconstitucionalidade por omissão

A inconstitucionalidade pode manifestar-se também por meio de comportamento negativo. De acordo com a Constituição, o

Poder Público é obrigado a apresentar comportamento positivo, a fim de garantir a implementação e eficácia das normas constitucionais. Essa contradição entre a exigência constitucional de comportamento positivo e a conduta negativa do Poder Público é denominada inconstitucionalidade por omissão; sucintamente, decorre da inércia legislativa quanto à determinação de normas constitucionais, cuja eficácia é limitada. O doutrinador Alexandre de Moraes⁴ ressalta:

Não se deve, porém, confundir “omissão legislativa” com “opção legislativa”, que se consubstancia em legítima discricionariedade do Congresso Nacional, no exercício de sua função legiferante precípua. Portanto, só há o cabimento da presente ação quando a constituição obriga o Poder Público a emitir um comando normativo e este se queda inerte⁴.

De forma complementar segue o entendimento jurisprudencial:

O desrespeito à Constituição tanto pode ocorrer mediante ação estatal quanto mediante inércia governamental. A situação de inconstitucionalidade pode derivar de um comportamento ativo do Poder Público, seja quando este vem a fazer o que o estatuto constitucional não lhe permite, seja, ainda, quando vem a editar normas em desacordo, formal ou material, com o que dispõe a Constituição. Essa conduta estatal, que importa em um facere (atuação positiva), gera a inconstitucionalidade por ação. Se o Estado, no entanto, deixar de adotar as medidas necessárias à realização concreta dos preceitos da Constituição, abstenendo-se, em consequência, de cumprir o dever de prestação que a própria Carta Política lhe impôs, incidirá

em violação negativa do texto constitucional. Desse non facere ou non praestare, resultará a inconstitucionalidade por omissão, que pode ser total (quando é nenhuma a providência adotada) ou parcial (quando é insuficiente a medida efetivada pelo Poder Público) (STF, ADI nº 1.484/DF, Rel. Min. Celso de Mello, j. 21.08.2001).

3.2 MOMENTO DE CONTROLE

Para começar, é importante fazer uma distinção conceitual. A jurisdição constitucional e o controle de constitucionalidade não representam o mesmo objetivo. A jurisdição constitucional abrange todas as instâncias em que o Poder Judiciário aplica a Constituição, enquanto o controle de constitucionalidade se concentra especificamente na avaliação do alinhamento entre a Constituição e uma lei ou ato normativo²⁰.

O processo de controle de constitucionalidade envolve a avaliação da conformidade das leis e dos atos normativos com a Constituição. Isto decorre da superioridade constitucional sobre outras leis dentro do quadro jurídico de um país. Dado que a Constituição tem a maior importância no sistema jurídico e serve de base para a validade de todas as leis, qualquer lei deve ser autenticada com as suas disposições para ser considerada válida. Se uma lei ou ato normativo descumprir a Constituição, será considerado inválido e inconstitucional¹³.

3.2.1 Controle de constitucionalidade preventivo

O conceito de controle preventivo de constitucionalidade, originado do modelo francês, envolve a avaliação da constitucionalidade de uma lei antes que ela se torne parte do sistema jurídico. Esse tipo de controle visa evitar a inclusão de normas defeituosas no arcabouço jurídico-constitucional do país. A identificação de qualquer potencial de inconstitucionalidade ocorre antes da sanção da lei pelo Poder Executivo. A responsabilidade pelo exercício desse controle cabe principalmente ao Poder Legislativo, especificamente por meio de suas Comissões de Constituição e Justiça. Os Regimentos Internos da Câmara dos Deputados e do Senado definem os procedimentos para a realização desse controle. Além disso, o Plenário também tem competência para examinar a constitucionalidade de um projeto de lei²¹.

No ordenamento jurídico brasileiro, geralmente não é permitido ao Poder Judiciário exercer controle preventivo de constitucionalidade. Isso significa que a constitucionalidade material de projetos de lei e normas ainda em formação, não pode ser objeto de fiscalização judicial. No entanto, há uma exceção a esta regra. O Supremo Tribunal Federal aprovou o

direito dos parlamentares, e somente dos parlamentares, de impetrar o mandado de segurança para impedir ações praticadas durante o processo de aprovação de lei ou emenda constitucional que sejam incompatíveis com as disposições constitucionais que regem o processo legislativo. Rodrigo Cezar R. Pinho²² enfatiza esse ponto em seu trabalho.

3.2.2 Controle de constitucionalidade repressivo

No caso do controle repressivo, a responsabilidade pela análise da constitucionalidade das leis e dos atos normativos recai prioritariamente ao Poder Judiciário, conforme manda a Constituição Federal (art. 97, art. 102, I, “a”, etc.). No entanto, há casos em que outros organismos também podem exercer controle repressivo. Esses órgãos podem atuar de forma autônoma, como o Congresso Nacional suspendendo medida provisória considerada inconstitucional (artigo 62), ou no âmbito do controle jurisdicional, como o envolvimento do Senado no controle difuso de constitucionalidade¹³.

Outrossim, acentuam os autores Sarlet, Marinoni e Mitidiero²³ de forma sucinta em sua obra:

O controle repressivo, realizado posteriormente à publicação da lei, constitui a maneira típica e tradicional de controle da constitucionalidade. Porém, antes da publicação da lei, em vista da

inconstitucionalidade do processo legislativo, também há, como visto, controle repressivo²³.

3.3 SISTEMAS E VIAS DE CONTROLE

3.3.1 Controle difuso

Os meios indiretos ou defensivos de exercício do controle, conhecidos como controle difuso, podem ser exercidos por qualquer membro do Poder Judiciário, desde o juiz de primeira instância até o ministro do STF. Esta forma de controle é aplicada incidentalmente, apenas na medida do necessário, e pode ter implicações negativas para a matéria subjacente a ser examinada. É importante notar que este tipo de controle não se limita apenas à declaração de inconstitucionalidade, abrange ações legais mais amplas²⁴.

A autora Aline Soares enfatiza:

O controle de constitucionalidade pela via difusa realizado pelos membros do Poder Judiciário de primeiro grau, ou seja, não colegiados, no exercício desse controle apenas afastam a aplicação da lei que, na fundamentação de sua decisão entendem inconstitucional; logo não há dispositivo declarando a inconstitucionalidade da lei, mas apenas a sua não aplicação – deixa de aplicar – ao caso concreto, em face da inconstitucionalidade reconhecida²⁴.

O controle difuso possui como finalidade central o amparo àqueles direitos subjetivos. A declaração de inconstitucionalidade dar-se-á em caráter subsidiário, ou seja, de maneira incidental

(*Incidenter tantum*), após a verificação do caso concreto, podendo ser reconhecida de ofício. Pleiteia-se em juízo, por intermédio de *processo constitucional subjetivo*, a inconstitucionalidade de lei ou norma, fundamentadamente, cuja causa de pedir será a alegação de inconstitucionalidade, portanto, a decisão judicial limitar-se-á apenas ao reconhecimento da pretensão pleiteada.¹⁷

A inconstitucionalidade de qualquer ato normativo estadual poderá ser declarada pela maioria absoluta de votos de todos os membros do tribunal ou, conforme o caso, dos membros do órgão especial, sob pena de nulidade absoluta da decisão proferida pelo órgão fracionário (turma, câmara ou seção), observado o disposto no art. 97 da Constituição Federal. Esta verdadeira cláusula de reserva plenária funciona como condição real de efetivação jurídica da declaração jurisdicional de inconstitucionalidade dos atos do Poder Público, sendo aplicável a todos os tribunais de forma difusa e ao Supremo Tribunal Federal de forma concentrada também⁴.

A Constituição Federal leciona em seu art. 97 o seguinte dispositivo: “somente pelo voto da maioria absoluta de seus membros ou dos membros do respectivo órgão especial poderão os tribunais declarar a inconstitucionalidade de lei ou

ato normativo do Poder Público”.

É obrigatória a observância da cláusula de reserva de plenário, tanto no controle difuso quanto no controle concentrado, seja a previsão legal específica, conforme estabelece o art. 23 da Lei 8.688/1999, ou não. Ainda que esta determinação não se aplique de imediato nos tribunais de contas, não se obsta que tais órgãos proponham ações de inconstitucionalidade ao plenário.

O controle difuso dos tribunais é regulado por normas internas e pelo dos próprios tribunais e pelo Código de Processo Civil. Caso a lei ou ato normativo do Poder Público alegado seja inconstitucional, o relator do caso apresentará a questão à turma ou câmara competente para conhecimento e deliberação (CPC/2015, art. 948). Caso a alegação de inconstitucionalidade seja negada pelo órgão fracionário, o julgamento prosseguirá conforme pretendido até a conclusão. Porém, caso a denúncia seja sancionada, a decisão deverá ser tomada no sentido de submeter a questão ao plenário ou, se houver, ao órgão especial (CPC/2015, art. 949) independentemente da solicitação das partes¹⁸.

3.3.2 Controle concentrado

O controle centralizado ou abstrato de constitucionalidade foi implementado no

Brasil por meio da 16ª Emenda à Constituição, aprovada em 12 de junho de 1965. Esta Emenda conferiu ao Supremo Tribunal Federal o poder de investigar e julgar originariamente a legitimidade de uma lei ou normativo federal, ato apresentado pelo procurador-geral do país, apesar da presença de uma representação intervencionista na Constituição de 1934.

Este controle é exercido de acordo com o procedimento em que Hans Kelsen recomendou para o Tribunal Constitucional Austríaco, que foi posteriormente adotado pelos Tribunais Constitucionais alemão, espanhol, italiano e português. O Supremo Tribunal Federal é responsável pela implementação e avaliação de leis e decisões judiciais, sendo, a princípio, responsável por processar e julgar leis federais ou estaduais que regulamentam o assunto⁴.

No Brasil, o controle concentrado é exercido diretamente pelo Supremo Tribunal Federal, normalmente de forma abstrata, ou seja, não está vinculado a um caso específico. Este tipo de controle é conhecido como controle objetivo. Quando o Supremo Tribunal emite uma decisão neste contexto, este tem efeitos *erga omnes*, o que significa que se aplica a todos, mesmo aos que não estão envolvidos no caso. Como resultado, os

tribunais inferiores são obrigados a seguir as orientações fornecidas pelo Supremo Tribunal. Neste sistema, geralmente não é necessário demonstrar um interesse jurídico específico para tentar uma ação judicial. O objetivo em si é a preservação da ordem constitucional, considerada matéria de interesse público¹⁵.

4 DA PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 245/2016

4.1 CONTEÚDO DA PROPOSTA

O ano de 2016 foi marcado pela introdução da PEC nº 245, que trouxe sugestões de transformações significativas na organização do Poder Executivo e na articulação entre este Poder e o Legislativo. Estas alterações na estrutura governamental abrangem não apenas alterações substanciais ao texto constitucional, mas também alterações específicas ao próprio corpo da Constituição. Por exemplo, a inclusão do cargo do Primeiro-Ministro e a omissão de referências ao Presidente ou Vice-Presidente da República exemplificam estas mudanças.

O deputado Beto Rosado é o principal signatário da proposta de emenda constitucional citada acima. Esta alteração visa introduzir alterações em vários artigos da Constituição da República, nomeadamente nos artigos 12º, 14º, 44º, 45º, 49º, 50º, 51º, 52º, 56º, 57º e 60º a

64º, bem como nos artigos 68º, 71º, 76º, 77º, 78º, 80º, 81º, 84º, 86º, 87º e 89º a 91º, 94º, 102º, 103º, 131º, 153º, 155º, 165º, 166º e 223º. Adicionalmente, propõe a inclusão dos artigos 88-A a 88-H do texto constitucional. O objetivo final dessas mudanças propostas é estabelecer um sistema de governo parlamentar no Brasil.

As alterações introduzidas nos artigos 60, 61 e 68 redefinem o âmbito do poder legislativo para propor alterações à Constituição, bem como leis complementares, ordinárias e delegadas. Estas responsabilidades, outrora assumidas pelo Presidente da República, passam agora a ser da competência do Primeiro-Ministro. Da mesma forma, as modificações introduzidas nos artigos 131, § 1º; 153, § 1º; 165, caput e § 3º; e 166 §§ 1º, 5º e 6º conferem ao Primeiro-Ministro autoridade para nomear o Advogado-Geral da União, modificar as taxas de imposto e iniciar legislação orçamental.

A PEC em análise alinha-se com os modelos de governo parlamentar e semipresidencialista, que necessita de uma reorganização de responsabilidades. Nos sistemas parlamentaristas, o Poder Executivo adota uma estrutura dualística. Esta estrutura é composta pelo Presidente da República, que exerce as funções de Chefe de Estado e é responsável pelos assuntos relacionados com o Estado,

incluindo as relações externas e o comando militar. Desta forma, o Primeiro-Ministro assume o papel de Chefe de Governo e tem a tarefa de executar funções administrativas, executivas e políticas.

As funções do Presidente da República abrangem diversas responsabilidades, incluindo o poder de aprovar, rejeitar e promulgar leis, bem como de manter relações diplomáticas com nações estrangeiras. O Presidente também tem autoridade para declarar guerra ou estabelecer a paz, comandar as Forças Armadas (embora a nomeação dos Comandantes da Marinha, do Exército e da Aeronáutica esteja sujeita à decisão do Governo), convocar e presidir o Conselho da República, determinar o decreto de defesa e cerco, executar intervenções federais e ratificar tratados, convenções e acordos internacionais, que poderão ser objeto de referendo do Congresso Nacional.

Uma das responsabilidades do Primeiro-Ministro é nomear ou demitir Ministros de Estado, por determinação do Presidente da República. Adicionalmente, o Primeiro-Ministro tem competência para substituir temporariamente um Ministro de Estado nos casos em que haja acumulação de cargos. O Primeiro-Ministro também é responsável por

submeter ao Congresso Nacional documentos importantes, como o Plano Plurianual de Investimentos, o projeto de lei de Diretrizes Orçamentárias e as propostas orçamentárias previstas na Constituição. Além disso, o Primeiro-Ministro tem o poder de iniciar o processo legislativo conforme definido na Constituição. Eles também estão autorizados a emitir decretos e regulamentos para garantir a boa execução das leis. Outra função do Primeiro-Ministro é nomear o Procurador-Geral da União. Por último, o Primeiro-Ministro tem competência para apresentar medidas provisórias de apreciação do Conselho de Ministros, nos termos do artigo 88-C da PEC 245/16.

Segundo entendimento do Deputado Beto Rosado, as regras de funcionamento do sistema parlamentar são mais adequadas às características da democracia representativa moderna, que exige respostas rápidas e direcionadas às demandas políticas em constante atualização da sociedade civil. Para este fim, um sistema parlamentar é simultaneamente mais propício à medição do apoio legislativo e popular a programas governamentais específicos e possui mecanismos institucionais mais eficazes para lidar com crises de legitimidade política que podem afetar o funcionamento

normal dos governos existentes.

O deputado apresenta ainda duas críticas ao sistema de governo presidencialista:

a) a excessiva concentração de poderes nas mãos do Presidente da República, em detrimento da atuação mais ativa do Poder Legislativo na formulação das políticas públicas e implementação do Programa de Governo referendado nas urnas; b) a longa série de crises institucionais e políticas que caracterizam o sistema presidencialista, no qual, em mais de um século de funcionamento no país, poucos Presidentes cumpriram até o final do mandato para o qual foram eleitos²⁵.

Além disso, ressalta ainda que os sistemas presidencialistas demonstram não estarem preparados para responder às crises políticas, sociais e econômicas que possam ocorrer durante as missões eleitorais. Numa sociedade complexa, o sistema político deve ser construído para funcionar dentro de suas próprias regras estipuladas na constituição federal e de uma forma que seja mais adaptável às flutuações na legitimidade política do governo.

4.2 TRAMITAÇÃO LEGISLATIVA

No dia 16 de junho de 2016 foi apresentada a PEC 245 ao plenário pelo Deputado Beto Rosado do PP. Em seguida, após publicação no DCD, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), onde foi designado como relator o Deputado Veneziano Vital

do Rêgo do PMDB, todavia, a proposta foi devolvida por ele sem apresentação de manifestação. Por este motivo, foi designado como relator substituto o Deputado Betinho Gomes do PSDB, que apresentou parecer favorável acerca da proposta opinando pela sua admissibilidade.

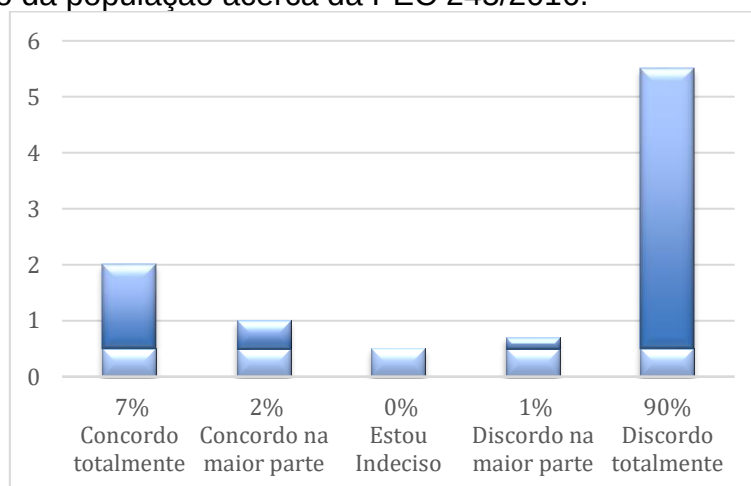
Em janeiro de 2019 a PEC foi arquivada com fundamento no art. 105 do regimento interno da Câmara dos Deputados, sendo desarquivada em 19 de março de 2019 pela CCJC após solicitação de desarquivamento feita pelo próprio autor da proposta, nos termos do art. 105, parágrafo único do RICD. Em julho de 2019 foi designado novamente um novo deputado como relator, o Deputado Luiz Philippe de Orleans e Bragança do PSL, haja visto, que o Deputado Betinho Gomes deixou de ser membro da CCJC.

Em 2021 foi instalada novamente a

comissão (CCJC), para apuração e continuidade da PEC, entretanto, novamente o relator designado deixou a comissão. Portanto, a PEC encontra-se inerte aguardando a designação de um novo relator. O deputado Giovani Cherini (PL/RS) apresentou uma proposta adicional, a PEC 178/2019, que visa instituir o Sistema Parlamentarista de Governo por meio de emendas à Constituição Federal, esta, foi apensada à PEC 245/2016 e as duas tramitam juntas.

O site da Câmara dos Deputados disponibilizou uma enquete popular acerca da PEC 245/2016 em tramitação. Cabe ilustrar para melhor visualização acerca da opinião de uma pequena parcela da população que tem conhecimento de sua tramitação:

Gráfico 1: Opinião da população acerca da PEC 245/2016.



Fonte: Site da Câmara dos Deputados²⁵

Extrai-se do gráfico supracitado que a maioria das pessoas que votaram desde o ano de 2018, discordam totalmente da proposta, sob o argumento de que, no sistema adotado na proposta, o Primeiro-Ministro não seria eleito pelo povo, bem como a relativa dificuldade de mudanças mais profundas no texto constitucional, principalmente em aspectos sociais, já que o parlamento tende à centralização dos ideais políticos.

5 DA ANÁLISE DA CONSTITUCIONALIDADE DA PEC Nº 245/2016

5.1. FUNDAMENTOS DA CONSTITUCIONALIDADE

Tanto o parlamentarismo como o presidencialismo são sistemas governamentais que decorrem do conceito de divisão de poderes. Contudo, a distinção reside na dinâmica das relações entre estes poderes e nos métodos de controle recíproco. É importante notar que a adoção de um sistema parlamentarista não fere o princípio da separação de poderes. Em vez disso, estabelece um quadro único de colaboração e de controle e equilíbrio entre os poderes Executivo e Legislativo.

A separação de poderes nas democracias modernas é singular em

relação à tradicional divisão de funções entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Em vez disso, estas democracias adaptaram de forma constitucional um modelo que permite a distribuição de responsabilidades e a possibilidade de funções não convencionais serem exercidas por todos os poderes, ao mesmo tempo em que incorporam mecanismos de controles e equilíbrios. No contexto dos sistemas parlamentaristas, o equilíbrio de poder entre os poderes Executivo e Legislativo não prejudica o princípio da separação de poderes; pelo contrário, promove um alinhamento cooperativo e dinâmico entre eles, com o objetivo de implementar eficazmente a agenda do governo.

Em termos de considerações materiais, não há obstáculos à alteração da proposta, uma vez que a lista abrangente do § 4º do artigo 60 não inclui nenhuma exclusão sobre o assunto considerado. No que diz respeito aos aspectos formais, estes requisitos podem ser cumpridos através de uma administração eficaz do procedimento constitucional para a implementação de um novo sistema de governo.

O Poder Constituinte Derivado está sujeito a limitações materiais explícitas, conforme previsão no § 4º do artigo 60º da

CF. Esta disposição proíbe qualquer alteração ou discussão legislativa sobre determinados assuntos. O presidencialismo não está incluso no rol das cláusulas pétreas, por este motivo não é possível a argumentação de inconstitucionalidade de implementação do parlamentarismo com fulcro no artigo supramencionado, seria incongruente com os princípios da hermenêutica constitucional. Tanto o sistema parlamentarista como o presidencialista baseiam-se no conceito de separação dos Poderes, residindo a distinção apenas nas respectivas abordagens à ligação entre os Poderes Legislativo e Executivo.

Conforme entendimento do relator deputado Betinho Gomes²⁵ em seu parecer:

Diante de todo o exposto, concluímos que a dualidade do Executivo no sistema parlamentarista, a estreita interdependência entre esse Poder e o Legislativo para a governabilidade do País e a possibilidade de destituição do Primeiro-Ministro pela Câmara dos Deputados ou de dissolução deste Colegiado pelo Executivo são características que trazem maior flexibilidade a esse sistema de governo e o diferem do sistema presidencialista. Isto, todavia, não implica desrespeito ao princípio democrático e ao de divisão dos poderes²⁵.

Os autores Hachem e Gussoli²⁶ entendem pela possibilidade de implementação de um sistema parlamentarista no Brasil através de proposta de emenda à Constituição, com

a ressalva de que tais propostas devem ser colocadas diante da população através de plebiscito para que então possa ser democraticamente escolhido pelo povo o sistema pelo qual quer ser regido.

Fernanda Raquel Carvalho²⁷ compartilha do mesmo entendimento, de que existe a possibilidade teórica de alteração do sistema presidencialista, uma vez que a estrutura governamental não está explicitamente elencada como disposição permanente na Constituição Federal. Contudo, há necessidade de uma interpretação jurídica sobre a questão do presidencialismo, que atualmente é abordada através de uma cláusula implícita.

5.2 FUNDAMENTOS DA INCONSTITUCIONALIDADE

Como já citado nos capítulos anteriores, conforme entendimento majoritário da doutrina, as cláusulas pétreas podem ser explícitas, expressas no Art. 60, § 4º da Constituição Federal, ou podem ser implícitas, cujo entendimento encontra-se na essência do texto constitucional. Por esse motivo, entende-se que ao ser consolidada através do Art. 2º da ADCT, a escolha popular pela forma republicana presidencialista, sagrou implicitamente a petrificação da forma e sistema de governo brasileiro.

Destarte, a PEC em análise não

menção em seu escopo a forma pela qual se materializará a mudança, não abordando em momento algum uma possível convocação de um plebiscito para votação e escolha de um novo sistema de governo como foi feito em 1993. Nesse sentido, Clever Vasconcelos¹⁶ entende que o Congresso Nacional, ao votar uma legislação, cumpre apenas a sua função legislativa. Isso difere do cenário de aprovação de uma emenda constitucional, onde os mesmos indivíduos que ocupam cargos legislativos, sejam senadores ou deputados federais, exercem o poder de reformar. Assim, pode-se afirmar que uma norma constitucional original nunca pode ser considerada inconstitucional, ao passo que uma norma constitucional originada do poder de reforma pode de fato ser declarada inconstitucional.

Embora o sistema de governo não seja explicitamente listado como uma cláusula permanente, pode-se mensurar que o plebiscito de 1993 solidificou o presidencialismo dentro da estrutura constitucional brasileira de forma implícita. Como resultado, esta regra não pode ser alterada através de emendas, tornando o presidencialismo um componente integrante do “núcleo pétreo” da Constituição. Esta perspectiva demonstra a total impossibilidade de modificação do

sistema de governo.

Não obstante, a alteração do sistema de governo dentro dos limites da ordem constitucional, é imprescindível a necessidade de um novo plebiscito, não sendo constitucional o entendimento de que seria suficiente uma simples alteração à Constituição. Implícita nessa postura está a crença de que a democracia direta, manifestada por meio de consultas populares como o plebiscito (conforme previsto no artigo 14, inciso I da Constituição), supera a democracia representativa, que encontra sua expressão nas deliberações parlamentares. Alexandre de Moraes⁴ ressalta:

A Constituição Federal prevê expressamente que uma das formas de exercício da soberania popular será por meio da realização direta de consultas populares, mediante plebiscitos e referendos (CF, art. 14, caput), disciplinando, ainda, que caberá privativamente ao Congresso Nacional autorizar referendo e convocar plebiscitos (CF, art. 49, XV), salvo, por óbvio, quando a própria Constituição expressamente determinar (por exemplo: art. 18, §§ 3º e 4º, da CF; art. 2º, Ato das Disposições Constitucionais Transitórias)⁴.

Embora o sistema de governo não seja explicitamente listado como uma cláusula permanente, pode-se argumentar que o plebiscito de 1993 solidificou o presidencialismo dentro da estrutura constitucional brasileira. Como resultado, esta regra não pode ser alterada através

de emendas, tornando o presidencialismo um componente integrante do “núcleo duro” da Constituição. Esta perspectiva afirma a total impossibilidade de modificação do sistema de governo.

O sistema de governo abordado pela PEC, em contraste com o presidencialismo, é um sistema governamental que se distingue pela delineação do Poder Executivo. Este sistema funciona com uma estrutura dupla, composta por um Chefe de Estado e um Primeiro Ministro, que lidera o Executivo e é eleito pelo parlamento. O Primeiro-Ministro permanece no cargo enquanto mantém a confiança do Parlamento. Em comparação com o presidencialismo, o parlamentarismo promove um nível mais elevado de colaboração entre o Executivo e o Legislativo. Tendo em vista que o sistema adotado pela União seja o presidencialista, a adoção de medidas parlamentaristas pelos Estados-Membros viola o princípio da separação de poderes estabelecido pela constituição federal. Somente a Constituição Federal e o voto popular podem estabelecer a instituição de um novo sistema de governo, a saber, o sistema parlamentarista²⁸.

Para Hóilton Oliveira²⁹, embora possa haver pessoas que acreditam que uma transição para o parlamentarismo através

de uma PEC é alcançável, as circunstâncias atuais, como demonstram a história do Brasil e a posição do STF, tornam tal esforço impraticável. Conquanto haja um interesse evidente por parte dos partidos políticos e dos políticos, a implementação imediata não é viável, uma vez que o Ministro Durão Barroso sugere que a população necessita de um período de preparação de 8 anos, livre de quaisquer crises graves. Isto representa uma situação complexa, pois levanta preocupações sobre como garantir que o processo parlamentar não seja afetado pelas agendas pessoais de figuras políticas específicas e pelos interesses instalados dos partidos políticos.

Everton Luan Oliveira de Figueiredo³⁰ entende por sua vez que a utilização do poder constituinte para fins de reforma encontra obstáculos quando se trata de fiscalizar a execução da estrutura governamental no Brasil. Esses obstáculos decorrem das diretrizes delineadas no artigo 2º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Especificamente, as normas aplicáveis neste dispositivo não permitem especificamente a implantação de uma Emenda Constitucional para regular diretamente conforme suas disposições. No entanto, o poder reformador pode ser utilizado para reavaliar questões que

tenham sido tratadas através do plebiscito, conforme ditado pelo seu próprio instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva legal e constitucional permite a possibilidade de transição de um sistema de governo presidencialista para um parlamentarista no Brasil, desde que isso seja feito por meio de emenda constitucional e precedido de plebiscito. A própria constituição original, no artigo 2º do ADCT, conferiu ao povo brasileiro o poder de escolher o sistema parlamentar, dissipando assim qualquer noção de que esse modelo contraria fundamentadamente os princípios fundamentais da separação de poderes (artigo 60, §4º, III da CF) ou sufrágio direto (art. 60, §4º, III da CF). No entanto, tal mudança exigia o cumprimento das mesmas formalidades descritas na Constituição original para este tipo de modificação, incluindo a aprovação de uma emenda constitucional e consulta prévia ao público de um plebiscito.

Com base nas informações apresentadas até o momento, pode-se concluir que na PEC nº 245/2016, não há violação evidente ao exercício da soberania popular e Constitucional do Brasil, independentemente dos sistemas governamentais que foram analisados e discutidos nesta pesquisa, sobre a

reforma política, contudo é importante considerar que, se o sistema presidencialista for substituído por um sistema parlamentarista ou semipresidencialista, existe a possibilidade de que a extensão da soberania popular na seleção direta de líderes possa ser diminuída. Isso acontece porque a autoridade governamental já não seria detida por um representante eleito pelo povo para este fim.

A noção de ter um presidente da república eleito através do voto popular direto torna-se menos significativa se o sistema de governo em vigor é parlamentarista, no qual o chefe do governo não é o presidente, portanto, as decisões de maior valor e importância, não seriam tomadas por eles. A previsão de manter a tradição de eleições presidenciais diretas num sistema presidencialista é discutível, como evidenciado pelos pontos de vista apresentados por especialistas e acadêmicos na área.

REFERÊNCIAS

1. TAVARES, André R. **Curso de direito constitucional**. SRV Editora LTDA, 2024. E-book. ISBN 9788553621248. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553621248/>. Acesso em: 05 mai. 2024.
2. GAMBA, João Roberto G. **Teoria Geral do Estado e Ciência Política**.

- Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559775316. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559775316/>. Acesso em: 21 fev. 2024.
3. MALUF, Sahid. **Teoria geral do estado**. Editora Saraiva, 2022. E-book. ISBN 9786553626171. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553626171/>. Acesso em: 19 fev. 2024.
4. MORAES, Guilherme Peña de. **Curso de Direito Constitucional**. Grupo GEN, 2024. E-book. ISBN 9786559775958. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559775958/>. Acesso em: 01 mai. 2024.
5. ABRANCHES, Sergio. Presidencialismo de coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro. **São Paulo: Companhia das Letras, 2018**. Disponível em: <https://boletimluanova.org/resenha-de-abranches-sergio-presidencialismo-de-coalizao-raizes-e-evolucao-do-modelo-politico-brasileiro-sao-paulo-companhia-das-letras-2018/>. Acesso em: 08 mai. 2024.
6. SGARBOSSA, Luís Fernando; lensue, Geziela. Teoria do Estado Moderno e Contemporâneo: fundamentos do Direito Público e do Direito Constitucional./ Luís Fernando Sgarbossa./Geziela lensue./1ª ed./ **Campo Grande: Instituto Brasileiro de Pesquisa Jurídica, 2018**. P. 605.
7. FIGUEIREDO, Leonardo V. **Lições de Direito Constitucional**. Grupo GEN, 2013. E-book. ISBN 978-85-309-5107-8. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-309-5107-8/>. Acesso em: 25 abr. 2024.
8. FILHO, Manoel Gonçalves F. **Curso de Direito Constitucional**. Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559644599. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559644599/>. Acesso em: 27 abr. 2024.
9. MOTTA, Sílvio. **Direito Constitucional**. Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788530993993. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993993/>. Acesso em: 27 abr. 2024.
10. BARROSO, Luís R. **Curso de direito constitucional contemporâneo**. Editora Saraiva, 2024. E-book. ISBN 9788553621132. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553621132/>. Acesso em: 27 abr. 2024.
11. PADILHA, Rodrigo. **Direito Constitucional**. Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN 9788530988319. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530988319/>. Acesso em: 28 abr. 2024.
12. JÚNIOR, André P. **Curso de direito constitucional**. Editora Saraiva, 2015. E-book. ISBN 9788502627611. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502627611/>. Acesso em: 02 mai. 2024.
13. MARTINS, Flávio. **Curso de direito constitucional**. Editora Saraiva, 2024. E-book. ISBN 9788553621187. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553621187/>. Acesso em: 02 mai. 2024.
14. MITIDIERO, Daniel F.; MARINONI, Luiz Guilherme B.; SARLET, Ingo W. **Curso de direito constitucional**. SRV

Editora LTDA, 2023. E-book. ISBN 9786553624771. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553624771/>. Acesso em: 05 mai. 2024.

15. MUZY, Gustavo. **Direito Constitucional Decifrado**. (Coleção Decifrado). Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559646449. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559646449/>. Acesso em: 06 mai. 2024.

16. Vasconcelos, Clever. **Curso de direito constitucional**. Saraiva Jur; 8ª edição (29 junho 2022).

17. LENZA, Pedro. **Direito constitucional**. (Coleção esquematizado®). São Paulo: SRV Editora LTDA, 2023. E-book. ISBN 9786553624900. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553624900/>. Acesso em: 22 jul. 2024.

18. NOVELINO, Marcelo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Editora Jus Podvm, 2023.

19. PINHO, Rodrigo César R. Sinopses Jurídicas v 17 - **Direito constitucional - teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. SRV Editora LTDA, 2019. E-book. ISBN 9788553619627. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553619627/>. Acesso em: 08 mai. 2024.

20. JÚNIOR, Luiz Alberto David Araujo, Vidal Serrano N. **Curso de direito constitucional**. 23 ed. Editora Manole, 2021. E-book. ISBN 9786555769838. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555769838/>. Acesso em: 09 mai. 2024.

21. TANAKA, Sônia Yuriko K. **Direito**

Constitucional. Grupo GEN, 2015. E-book. ISBN 978-85-970-0312-3. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-970-0312-3/>. Acesso em: 09 mai. 2024.

22. PINHO, Rodrigo César R. **Direito constitucional: teoria geral da constituição e direitos fundamentais**. (Sinopses jurídicas). SRV Editora LTDA, 2024. E-book. ISBN 9786553623682. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553623682/>. Acesso em: 09 mai. 2024.

23. SARLET, Ingo; MARINONI, Luiz G.; MITIDIERO, Daniel. **Curso de direito constitucional**. SRV Editora LTDA, 2024. E-book. ISBN 9788553621163. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553621163/>. Acesso em: 09 mai. 2024.

24. CARNAÚBA, Aline Soares L. **Direito Constitucional**. (Coleção Método Essencial). [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9786559644193. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559644193/>. Acesso em: 08 mai. 2024.

25. BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 245/2016**. 2016. Disponível em: <https://www.fontera.leg.br/propostas-legislativas/2088445>. Acesso em: 17 abr. 2024.

26. GUSSOLI, Felipe Klein; HACHEM, Daniel Wunder. Modificação do sistema de governo no Brasil via emenda constitucional: parlamentarismo, semipresidencialismo e outros modelos. **Sequência Estudos**

Jurídicos e Políticos, Florianópolis, v. 43, n. 92, p. 1–35, 2023. DOI: 10.5007/2177-7055. 2022.e91977. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/91977>. Acesso em: 14 maio. 2024.

27. CARVALHO. Fernanda Raquel. PARLAMENTARISMO NO BRASIL: uma análise dos possíveis instrumentos de reforma. **UniEvangélica**, 2018. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/1271>. Acesso em: 17 abr. 2024.
28. MENDES, Gilmar F.; BRANCO, Paulo Gustavo G. **Curso de direito constitucional**. (Série IDP). SRV Editora LTDA, 2023. E-book. ISBN 9786553624474. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553624474/>. Acesso em: 14 de mai. 2024.
29. OLIVEIRA, Hóliton. Possibilidade de parlamentarismo no Brasil. **Jusbrasil**, 2020. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/possibilidade-de-parlamentarismo-no-brasil/900549478>. Acesso em: 17 abr. 2024.
30. FIGUEIREDO, Everton Luan Oliveira de. Parlamentarismo e a constituição federal de 1988: o poder constituinte derivado reformador e os limites do art. 2º, do ADCT. **Universidade Federal da Bahia**, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/26359>. Acesso em: 14 maio. 2024.
31. CÂMARA. **Parecer**. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1522208&filename=Parecer-CCJC-2017-02-01. Acesso em: 14 de maio. 2024.

PERDA AUDITIVA RELACIONADA À IDADE COMO FATOR PREDISPONENTE À DEPRESSÃO EM IDOSOS

AGE-RELATED HEARING LOSS AS A PREDISPOSING FACTOR FOR DEPRESSION IN THE ELDERLY

LA PÉRDIDA AUDITIVA RELACIONADA CON LA EDAD COMO FACTOR PREDISPONENTE A LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Bárbara Maria Vieira de Medeiros¹, Caio Visalli Lucena da Cunha², Thaise de Abreu Brasileiro Sarmiento³, Dra. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa^{4*}

1. Graduanda em Medicina Universidade Santa Maria (UNIFSM), PB, Brasil.
2. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Escola de Saúde Pública de Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0009-0008-8863-2040>
3. Especialista em Pediatria Universidade do Pernambuco (UPE), PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0390-805X>
4. Pós Doutora em Ciências da Saúde Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), PB, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4751-2404>

*Autor correspondente: ankilma@fsmead.com.br

RESUMO

Introdução: A população idosa aumentou em todo o mundo e, por isso, é importante promover ações de prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento. Entre essas doenças, tem-se a perda auditiva relacionada à idade (ARHL). Evidências recentes relacionam a ARHL à depressão e a distúrbios neurocognitivos, pois diminui significativamente a autonomia dos indivíduos afetados.

Objetivo: Identificar os mecanismos subjacentes que ligam a perda auditiva às mudanças no estado emocional, bem como avaliar o impacto das intervenções preventivas e corretivas na redução dos sintomas depressivos.

Método: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, entre o mês de novembro do ano de 2024, utilizando os descritores “Depression”, “Elderly” e “Presbycusis” através das bases de dados PubMed, Scielo, Cochrane e MedLine. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 6 anos, em inglês, em português e em espanhol, e excluídas teses, dissertações, cartas ao editor e textos incompletos.

Resultados e Discussões: Em relação à fisiologia da presbiacusia relacionada à idade, estudos históricos de ossos temporais humanos após a morte indicam o envolvimento de estruturas auditivas, como degeneração das células ciliadas internas e externas mecanotransdutoras da cóclea, função reduzida na estria vascular e degeneração do nervo auditivo. A presbiacusia contribui principalmente para a anulação de sons consonantais agudos, além de déficit neurossensorial simétrico de altas frequências, o que interfere na compreensão em meio ao ruído. Foi demonstrado que pacientes depressivos com idades entre 65 e 79 anos viviam mais frequentemente sozinhos (88,9%) e tinham tendência ao isolamento. Isso ocorre porque, com a dificuldade de audição, há confusão de palavras e interrupção do diálogo, o que afeta o estado psicossocial do indivíduo e o interesse em relações interpessoais. Além da depressão, diversos estudos correlacionam a presbiacusia

com declínio cognitivo, demência e doença de Alzheimer. As principais hipóteses sugerem que a falta de audição e posterior isolamento social acelera a perda da função cognitiva; que a própria perda auditiva seja uma manifestação precoce de um declínio cognitivo pré-clínico; ou que pode haver vias patológicas comuns envolvidas na causa de ambos os distúrbios.

Considerações Finais: Os estudos científicos estabeleceram uma conexão robusta entre a presbiacusia e a prevalência de depressão entre indivíduos idosos. Estes achados sublinham a importância de iniciativas que promovam maior acessibilidade a exames preventivos de detecção de perda auditiva. Essa condição, muitas vezes subdiagnosticada, é, em muitos casos, passível de prevenção ou manejo adequado, o que pode ter um impacto significativo na promoção de uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Idosos. Presbiacusia. Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To identify the underlying mechanisms that link hearing loss to changes in emotional state, as well as to evaluate the impact of preventive and corrective interventions in reducing depressive symptoms.

Method: An integrative review of the literature was carried out between November 2024, using the descriptors “Depression”, “Elderly” and “Presbycusis” through the PubMed, Scielo, Cochrane and MedLine databases. Articles published in the last 6 years, in English, Portuguese and Spanish, were included, and theses, dissertations, letters to the editor and incomplete texts were excluded.

Results and Discussion: Regarding the physiology of age-related presbycusis, historical studies of human temporal bones after death indicate the involvement of auditory structures, such as degeneration of the mechanotransducing inner and outer hair cells of the cochlea, reduced function in the stria vascularis, and degeneration of the auditory nerve. Presbycusis mainly contributes to the cancellation of high-pitched consonant sounds, in addition to symmetrical high-frequency sensorineural deficit, which interferes with comprehension in noise. It was demonstrated that depressed patients aged 65 to 79 years lived more frequently alone (88.9%) and had a tendency to isolation. This occurs because, with hearing difficulty, there is confusion of words and interruption of dialogue, which affects the individual's psychosocial state and interest in interpersonal relationships. In addition to depression, several studies correlate presbycusis with cognitive decline, dementia, and Alzheimer's disease. The main hypotheses suggest that the lack of hearing and subsequent social isolation accelerate the loss of cognitive function; that hearing loss itself is an early manifestation of preclinical cognitive decline; or that there may be common pathological pathways involved in the causation of both disorders.

Final Considerations: Scientific studies have established a robust connection between presbycusis and the prevalence of depression among elderly individuals. These findings highlight the importance of initiatives that promote greater accessibility to preventive screenings for detecting hearing loss. This condition, often underdiagnosed, is, in many cases, amenable to prevention or adequate management, which can have a significant impact on promoting a better quality of life.

Keywords: Cognitive Development. Elderly. Presbycusis. Mental Health.

Método: Se realizó una revisión integrativa de la literatura, entre noviembre de 2024, utilizando los descriptores “Depresión”, “Ancianos” y “Presbiacusia” a través de las bases de datos PubMed, Scielo, Cochrane y MedLine. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 6 años, en inglés, portugués y español, y se excluyeron tesis, disertaciones, cartas al editor y textos incompletos.

Resultados y discusiones: En cuanto a la fisiología de la presbiacusia relacionada con la edad, los estudios históricos de los huesos temporales humanos después de la muerte indican la participación de estructuras auditivas, como la degeneración de las células ciliadas mecanotransductoras internas y externas de la cóclea, función reducida en la estría vascular, y degeneración del nervio auditivo. La presbiacusia contribuye principalmente a la cancelación de sonidos consonánticos agudos, además de un déficit neurosensorial simétrico de alta frecuencia, que interfiere con la comprensión en ruido. Se demostró que los pacientes deprimidos de entre 65 y 79 años vivían con mayor frecuencia solos (88,9%) y tenían tendencia a aislarse. Esto ocurre porque, ante la dificultad auditiva, hay confusión de palabras e interrupción del diálogo, lo que afecta el estado psicosocial del individuo y el interés por las relaciones interpersonales. Además de la depresión, varios estudios correlacionan la presbiacusia con el deterioro cognitivo, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Las principales hipótesis apuntan a que la falta de audición y el posterior aislamiento social aceleran la pérdida de la función cognitiva; que la pérdida auditiva en sí misma es una manifestación temprana del deterioro cognitivo preclínico; o que puede haber vías patológicas comunes involucradas en la causa de ambos trastornos.

Consideraciones Finales: Los estudios científicos han establecido una conexión sólida entre la presbiacusia y la prevalencia de la depresión entre las personas mayores. Estos hallazgos resaltan la importancia de iniciativas que promuevan una mayor accesibilidad a exámenes preventivos para detectar la pérdida auditiva. Esta condición, muchas veces infradiagnosticada, está, en muchos casos, sujeta a prevención o manejo adecuado, lo que puede tener un impacto significativo en la promoción de una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Desarrollo Cognitivo. Anciano. Presbiacusia. Salud mental.

INTRODUÇÃO

A população idosa aumentou em todo o mundo e, por isso, é importante promover ações de prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento. Entre essas doenças, tem-se a perda auditiva relacionada à idade (ARHL), a qual atingiu uma incidência de 30% entre pessoas com mais de 50 anos de idade e de 80% das pessoas com mais de 80 anos, tornando-se um problema mundial de saúde¹.

A ARHL, também chamada de presbiacusia, é o terceiro distúrbio mais comum da vida adulta. Até pouco tempo atrás, era considerada somente um incômodo, sem consequências mais graves para a saúde. No entanto, evidências recentes relacionam a ARHL à depressão e a distúrbios neurocognitivos, pois diminui significativamente a autonomia dos indivíduos afetados². Essa

condição tem causa heterogênea, incluindo fatores genéticos e ambientais³.

Segundo o DSM-IV MDD, o transtorno depressivo maior é definido como a persistência de pelo menos cinco dos nove sintomas depressivos quase todos os dias por 2 semanas ou mais, dos quais pelo menos um é humor deprimido ou diminuição do interesse (critério A), além de que é necessário que haja sofrimento e prejuízo clinicamente significativos associados a esses sintomas (critério C). Para exclusão, devem ter existido episódios maníacos/hipomaníacos ao longo da vida (critério B) e sintomas depressivos exclusivamente atribuíveis aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica geral (critério D) ou ao luto (critério E)⁴.

A depressão causada pela ARHL é decorrente do afastamento dos idosos de contextos sociais nos quais o ruído de fundo dificultará a comunicação, resultando em isolamento social e comunicação reduzida com familiares e amigos. Alguns estudos observacionais relataram associação entre perda auditiva relacionada à idade e funcionamento social prejudicado, redução do apoio social e aumento da limitação de papel por problemas emocionais. Demonstrou-se que a presença de problemas auditivos reduz a quantidade de tempo em que os idosos passam fora de casa e aumenta o distanciamento das atividades de lazer⁵.

De forma paradoxal, mesmo sendo uma condição tão prevalente, o tratamento com aparelhos auditivos é bastante incomum. Com isso, a perda auditiva relacionada à idade, por ser um fator de risco modificável para transtornos do humor e neurológicos, ganhou importância nos últimos anos⁶. Além disso, estudos recentes mostram que o uso de próteses auditivas na presbiacusia, que é o manejo padrão, pode induzir neuroplasticidade e modificar os resultados de testes cognitivos⁷.

Com isso, a ARHL, por estar relacionada ao isolamento social e à depressão, interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas idosas. Além disso, o fato de ter um tratamento tão contraditório e escasso, evidencia a necessidade de atenuar os riscos de desenvolver perda auditiva com o avançar da idade⁸.

Com isso, urge a necessidade de debater a associação entre a perda auditiva relacionada à idade e o desenvolvimento de depressão em idosos. Com o envelhecimento global e o aumento expressivo do número de pessoas na terceira idade, torna-se imperativo compreender os desafios específicos que acompanham essa fase da vida. Assim, discutir e estudar este tema é essencial para a construção de estratégias que promovam a detecção

precoce, o manejo adequado e a reabilitação.

O presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre a perda auditiva relacionada à idade e o desenvolvimento de depressão em idosos. Ao investigar essa relação, busca-se identificar os mecanismos subjacentes que ligam a perda auditiva às mudanças no estado emocional, bem como avaliar o impacto das intervenções preventivas e corretivas, como o uso de próteses auditivas, na redução dos sintomas depressivos. Além disso, esse tipo de análise pode auxiliar na formulação de políticas de saúde pública mais direcionadas e na criação de estratégias terapêuticas integrativas, promovendo um envelhecimento mais saudável e com maior qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que possibilita a síntese, a identificação e a realização de uma análise ampla na literatura acerca de uma temática específica⁹. Realizada no mês de novembro de 2024, a partir de um levantamento bibliográfico de artigos científicos publicados nos periódicos indexados nas bases de dados da *National Library of Medicine* (PUBMED) e *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS)¹⁰.

Este trabalho teve como base a seguinte pergunta norteadora: “A perda

auditiva relacionada à idade tem relação com a depressão em idosos?”.

Para realização da pesquisa os descritores foram utilizados de acordo com os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Depression”, “Elderly” e “Presbycusis”. O operador booleano “AND” foi usado para cruzamento entre todos os termos.

Foram considerados elegíveis artigos completos disponíveis nas bases de dados definidas. Ao total foram encontrados 27 estudos na base do PUBMED e 54 na BVS por meio da estratégia de busca. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2018 a 2024, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, estudos de coorte retrospectivos, prospectivos, transversais e comparativos, além de publicações que corroborem o objetivo e tema central do estudo. Foram excluídas teses, monografias, relatos de caso, dissertação, cartas ao editor, textos incompletos e manuscritos que não respeitaram o objetivo do estudo.

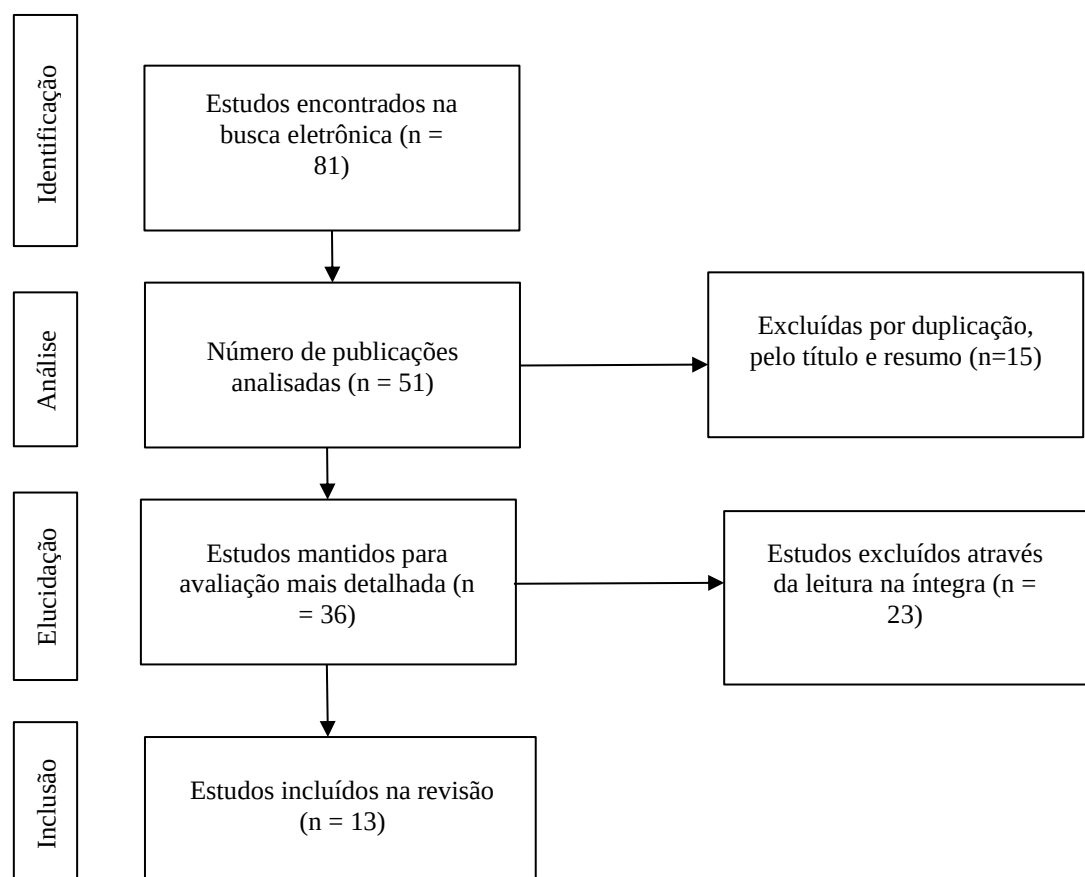
Após aplicação dos critérios de elegibilidade, a análise dos resultados foi feita, inicialmente, por meio da leitura e avaliação dos títulos e resumos dos artigos selecionados nas bases de dados, em conformidade com os critérios de inclusão/exclusão já definidos anteriormente. Aqueles selecionados foram, então, submetidos à leitura

completa. A partir dessa busca, foram encontrados em cada base de dados: PubMed (n=18) e BVS (n=43), totalizando 51 manuscritos. Após isso, os artigos foram analisados (n=51), depois excluídos os manuscritos duplicados pelo título e resumo (n=15).

Em seguida, foram mantidos para avaliação mais detalhada (n=36), e excluídos (n=23) após a leitura na íntegra. Ao final da avaliação, foram selecionados

13 estudos para elaboração da presente RIL. Não houve divergências entre os revisores sobre a inclusão dos manuscritos. Para sistematizar o processo de seleção dos artigos, foi utilizada a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses* (PRISMA)¹¹. A seguir estão representadas as etapas que caracterizam o processo de seleção dos artigos na forma de um fluxograma (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma PRISMA de seleção dos artigos que constituíram a amostra.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, são destacados os estudos primordiais utilizados nesta revisão, oferecendo informações cruciais sobre os autores, títulos e objetivos das pesquisas

selecionadas. Esta estrutura foi concebida para simplificar a compreensão e a organização dos trabalhos pertinentes ao tema em discussão. Ao apresentar os dados de forma tabular, o Quadro 1

proporciona uma visão panorâmica das fontes de pesquisa fundamentais, tornando mais acessível a identificação e a avaliação dos estudos relevantes para a abordagem do assunto em pauta.

Após a apresentação dos dados, a discussão dos resultados assume um papel central, possibilitando uma análise

mais aprofundada da problemática em foco. Nesse contexto, a reflexão crítica sobre os resultados obtidos nos estudos compilados permite não apenas uma interpretação contextualizada dos achados, mas também uma contribuição substancial para o avanço do conhecimento sobre o tema em questão.

Quadro 1: Publicações incluídas na pesquisa segundo o autor, título e objetivo principal.

Autor	Título	Objetivo Principal
Atef et al. 2023	Impact of Hearing Aids on Progression of Cognitive Decline, Depression, and Quality of Life Among People with Cognitive Impairment and Dementia	Avaliar se o uso de aparelhos auditivos pode estar positivamente associado à progressão da função cognitiva, depressão e QVRS entre PcD.
Bowl & Dawson, 2019	Age-Related Hearing Loss	Revisar descobertas recentes de pesquisas sobre ARHL de estudos humanos e animais e discutimos perspectivas futuras para avanços em nossa compreensão da suscetibilidade genética, patologia e potenciais abordagens terapêuticas em ARHL.
Golub et al. 2020	Subclinical Hearing Loss is Associated With Depressive Symptoms	To assess whether the relationship between hearing and depressive symptoms is present among older adults classified as normal hearing (≤ 25 dB).
Hasansulama et al. 2022	Glutathione Peroxide and Glutathione to Disulfide Glutathione Ratio in Presbycusis: a Case-control Study	The aim of this study was to investigate GPx and the GSH:GSSG ratio as risk factors for presbycusis.
Kim et al. 2020	Age-related hearing loss in the Korea National Health and Nutrition Examination Survey	Age-related hearing loss (ARHL), also known as presbycusis, is a chronic disorder characterized by impairment of the transduction of acoustic signals. This study analysed the prevalence and demographic characteristics of ARHL in the Korean population.
Marques et al. 2022	Age-related hearing loss, depression and auditory	Investigar a eficácia da reabilitação auditiva para diminuir os sintomas

	amplification: a randomized clinical trial	depressivos em adultos mais velhos e a relação entre perda auditiva e depressão.
Nübel et al. 2020	Persistent depressive disorder across the adult lifespan: results from clinical and population-based surveys in Germany.	Analisar comparativamente e diferenciar características de PDD vs. cursos de depressão não crônica durante a vida usando dados populacionais do programa alemão de monitoramento de saúde no Instituto Robert Koch e uma amostra clínica da Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Rodrigues et al. 2021	How do presbylarynx and presbycusis affect the Voice Handicap Index and the emotional status of the elderly? A prospective case-control study	Avaliar a influência da presbilaringe e da presbiacusia no Índice de Desvantagem Vocal e no estado emocional.
Sakurai et al. 2023	Cognitive, physical, and mental profiles of older adults with misplaced self-evaluation of hearing loss	Avaliar os perfis cognitivo, físico e mental associados à discrepância.
Vuckovic et al. 2018	Whole-genome sequencing reveals new insights into age-related hearing loss: cumulative effects, pleiotropy and the role of selection.	Identificar uma carga de variantes em dados WGS significativamente diferentes entre casos e controles, análise de seleção natural de genes para detectar genes sob seleção, que podem influenciar direta ou indiretamente o fenótipo, estudos de expressão no ouvido interno e análise de via.

Em relação à fisiologia da presbiacusia relacionada à idade, estudos históricos de ossos temporais humanos após a morte indicam o envolvimento de estruturas auditivas, como degeneração das células ciliadas internas e externas mecanotransdutoras da cóclea, função reduzida na estria vascular e degeneração do nervo auditivo. Além dessas lesões periféricas, é provável que haja alterações nas vias auditivas centrais e efeitos

cumulativos de fatores extrínsecos ao longo da vida, contribuindo para a ocorrência de presbiacusia².

A presbiacusia contribui principalmente para a anulação de sons consonantais agudos, além de déficit neurosensorial simétrico de altas frequências, o que interfere na compreensão em meio ao ruído. Sendo assim, a dificuldade de ouvir com ruído ao fundo é um dos primeiros sinais de perda auditiva neurosensorial,

ilustrada pelo paciente como problemas para compreender as conversas, e não deficiência auditiva propriamente dita^{12, 13}.

No estudo de Nubel *et al.*⁴, foi demonstrado que pacientes depressivos com idades entre 65 e 79 anos viviam mais frequentemente sozinhos (88,9%) e tinham tendência ao isolamento. Isso ocorre porque, com a dificuldade de audição, há confusão de palavras e interrupção do diálogo, causando retraimento, o que afeta o estado psicossocial do indivíduo e o interesse em relações interpessoais.

Também, além da presbiacusia, existem outros fatores idade-dependentes associados a sintomas depressivos. Esses fatores incluem níveis elevados de triglicerídeos e de glicose em jejum, aumento da liberação de melatonina (o que reduz a serotonina cerebral), acidente vascular encefálico prévio (diminui a albumina sérica), níveis diminuídos de bilirrubina, altos níveis de sódio e cloreto e hipofosfatemia, causada pela perda óssea comum em idosos¹⁴.

Além da depressão, diversos estudos correlacionam a presbiacusia com declínio cognitivo, demência e doença de Alzheimer. As principais hipóteses sugerem que a falta de audição e posterior isolamento social aceleram a perda da função cognitiva; que a própria perda auditiva seja uma manifestação precoce de um declínio cognitivo pré-clínico; ou

que pode haver vias patológicas comuns envolvidas na causa de ambos os distúrbios².

Segundo Golub⁶, em um estudo com 5499 participantes, com mais de 50 anos e sem perda auditiva precoce, indivíduos que tinham audiometria alterada, também pontuavam altos valores na escala de depressão geriátrica. Corroborando essa pesquisa, o estudo de Rodrigues *et al.*¹⁵ avaliou uma população de 174 indivíduos com idade média de 73,99 anos, dos quais 22,8% apresentavam presbiacusia. A aplicação da Escala de Depressão Geriátrica demonstrou que essa condição influenciou a saúde mental e emocional desses idosos.

Ainda, o estudo caso-controle de Marques *et al.*¹³ mostrou que o aumento dos limiares auditivos na audiometria tonal está relacionado a um aumento expressivo dos sintomas depressivos. O efeito da reabilitação auditiva, por meio de próteses, demonstrou melhora da depressão ao longo de 4 semanas de acompanhamento, evidenciando a importância do tratamento.

Há diferenças subjetivas na magnitude da perda auditiva, a qual pode representar muito mais dificuldade para uma pessoa que trabalha em locais barulhentos e socializa em lugares movimentados do que para um aposentado que frequenta locais tranquilos. Do mesmo modo, levantou-se a hipótese de que a

presbiacusia pode afetar a sociabilidade feminina de forma mais severa pois, em diversas culturas, as mulheres dependem mais da comunicação verbal para dar e receber apoio emocional⁵.

A extensão e a gravidade da presbiacusia podem ser avaliadas por meio da audiometria de tom puro, a qual testa a integridade geral da via auditiva de 125 Hz a 8 KHz. Porém, a maioria da população encara a perda auditiva como um processo natural e inevitável do envelhecimento e, assim, não se submetem a exames médicos para rastreio ou tratamentos. Dessa forma, é imprescindível que haja acessibilidade aos exames de triagem para que a população idosa alcance a reabilitação auditiva precoce e melhor qualidade de vida^{5, 12}.

No trabalho de Atef *et al.*⁸, foi realizada uma pesquisa com 123 pacientes com perda auditiva, dos quais 54 utilizavam próteses auditivas. Os indivíduos que faziam uso desse aparelho apresentavam menor aumento dos sintomas depressivos ao longo do tempo, em comparação àqueles que não utilizavam próteses. No estudo, não houve efeito na cognição com o uso dessas próteses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos científicos estabeleceram uma conexão robusta entre a presbiacusia e a prevalência de depressão entre indivíduos

idosos. Essa relação foi amplamente confirmada por meio da aplicação de ferramentas padronizadas, como escalas de avaliação psicológica e escores clínicos, além do acompanhamento longitudinal desses indivíduos, que fornece evidências consistentes ao longo do tempo. Estes achados sublinham a importância de iniciativas que promovam maior acessibilidade a exames preventivos de detecção de perda auditiva, especialmente para populações mais vulneráveis. Essa condição, muitas vezes subdiagnosticada, é, em muitos casos, passível de prevenção ou manejo adequado, o que pode ter um impacto significativo na promoção de uma melhor qualidade de vida.

Além disso, torna-se evidente o papel das próteses auditivas na mitigação dos sintomas de depressão em idosos. Ao restabelecer, ao menos parcialmente, a capacidade auditiva, essas intervenções tecnológicas favorecem uma comunicação mais eficaz entre os idosos e seu entorno social. Esse fator tem um efeito positivo na manutenção do vínculo interpessoal, promovendo maior engajamento em atividades sociais e evitando o isolamento, que é um dos principais fatores de risco para o agravamento da depressão nessa faixa etária. Portanto, estratégias que integram detecção precoce, educação sobre a condição adequada de dispositivos

auditivos podem ser vistas como medidas indispensáveis em políticas públicas voltadas para a saúde do idoso.

Também faz parte desse processo compreender que o envelhecimento é multifacetado, que vai além das condições clínicas mais visíveis, abrangendo também aspectos emocionais, sociais e funcionais que afetam profundamente a qualidade de vida dos idosos. Assim, é crucial abordar não apenas as doenças diretamente relacionadas ao envelhecimento, mas também outras condições que, mesmo frequentemente negligenciadas, geram desconforto, isolamento social e diminuição do bem-estar geral dessa população. Ao focar em intervenções que promovam autonomia, integração social e suporte contínuo, é possível transformar a percepção da idade, diminuindo preconceitos e destacando o valor e a contribuição dos idosos na sociedade.

Com as mudanças demográficas e a inversão da faixa etária, torna-se urgente a implementação de políticas públicas e programas que não só atendem às necessidades dessa faixa etária, mas que também celebram suas potencialidades. Espera-se que estudos futuros se aprofundem na inter-relação entre condições crônicas, saúde mental e fatores sociais no envelhecimento, buscando intervenções mais integrativas e personalizadas.

Por fim, é necessário explorar tecnologias inovadoras e estratégias preventivas que possam mitigar os desafios associados ao envelhecimento, incluindo o impacto das mudanças na mobilidade, cognição e saúde emocional. Somente com uma abordagem ampla e proativa será possível criar um ambiente no qual a terceira idade seja valorizada como uma etapa rica e digna da vida, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e equitativa.

REFERÊNCIAS

1. HASANSULAMA W., Madiadipoera TS, Sunarjati, Garna H.(2022). Glutathione Peroxide and Glutathione to Disulfide Glutathione Ratio in Presbycusis: a Case-control Study. *Med Arch.* 76(3):209-214. <https://dx.doi.org/10.5455/medarh.2022.76.209-214>
2. BOWL, M.R., Dawson, S. J. (2019). Age-Related Hearing Loss. *Cold Spring Harb Perspect Med*, 9(8):a033217. <https://dx.doi.org/10.1101/cshperspect.a033217>
3. VUCKOVIC, D., Mezzavilla M, Cocca M, et al. (2018) Whole-genome sequencing reveals new insights into age-related hearing loss: cumulative effects, pleiotropy and the role of selection. *Eur J Hum Genet.* 26(8):1167-1179. <https://dx.doi.org/10.1038/s41431-018-0126-2>
4. NÜBEL, J., Guhn, A., Müllender, S., Le, H. D., Cohrdes, C., & Köhler, S. (2020). Persistent depressive disorder across the adult lifespan: results from clinical and population-based surveys in Germany. *BMC psychiatry*, 20(1),

58. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2460-5>
5. RUTHERFORD, B.R., Brewster K, Golub JS, Kim AH, Roose SP. (2018) Sensation and Psychiatry: Linking Age-Related Hearing Loss to Late-Life Depression and Cognitive Decline. **Am J Psychiatry**. 175(3):215-224. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040423>
6. GOLUB, Justin S; Brewster, Katharine K; Brickman, Adam M; Ciarleglio, Adam J; Kim, Ana H; Luchsinger, José A; Rutherford, Bret R. (2020). Subclinical Hearing Loss is Associated With Depressive Symptoms. **Am J Geriatr Psychiatry**. 28(5):545-556. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2019.12.008>
7. TORRENTE, M.C., Vergara R., Moreno-Gómez F.N., et al. (2022). Speech Perception and Dichotic Listening Are Associated With Hearing Thresholds and Cognition, Respectively, in Unaided Presbycusis. **Front Aging Neurosci**. 14:786330. <https://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2022.786330>
8. ATEF, R. Z., Michalowsky, B., Raedke, A., Platen, M., Mohr, W., Mühlichen, F., Thyrian, J. R., Hoffmann, W. (2023). Impact of Hearing Aids on Progression of Cognitive Decline, Depression, and Quality of Life Among People with Cognitive Impairment and Dementia. **IOS Press**, 629-638. <https://dx.doi.org/10.3233/JAD-220938>
9. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. d. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo, Brazil)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.
10. CAVALCANTE, L. T. C.; OLIVEIRA, A. A. S. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicologia em Revista**, v. 26, n. 1, p. 83-102, 2020.
11. MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. 1–6, 2009.
12. KIM, S., Park, J.M., Han, J.S., et al. (2020) Age-related hearing loss in the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. **PLoS One**. 15(12):e0243001. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0243001>
13. MARQUES, T., Marques, FD & Miguéis, A. (2022) Perda auditiva relacionada à idade, depressão e amplificação auditiva: um ensaio clínico randomizado. **Eur Arch Otorhinolaryngol** 279 , 1317–1321. <https://doi.org/10.1007/s00405-021-06805-6>
14. LI, X., Mao, Y., Zhu, S., Ma, J., Gao, S., Jin, X., Wei, Z., & Geng, Y. (2023). Relationship between depressive disorders and biochemical indicators in adult men and women. **BMC psychiatry**, 23(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04536-y>
15. RODRIGUES, D., Santos, M., Sousa, F., Azevedo, S., Sousa e Castro, S., Freitas, S., Moreira da Silva, Á. (2021). How do presbylarynx and presbycusis affect the Voice Handicap Index and the emotional status of the elderly? A prospective case–control study. **The Journal of Laryngology & Otology**, 135(12), 1051-1056. <https://dx.doi.org/10.1017/S0022215121002528>
16. SAKURAI, R., Kawai, H., Suzuki, H., Ogawa, S., Yanai, S., Hirano, H., Ito, M., Ihara, K., Obuchi, S., Fujiwara, Y. (2023). Cognitive, physical, and mental profiles of older adults with misplaced self-evaluation of hearing loss.



Archives of Gerontology and Geriatrics. Volume 104, 2023, 104821, ISSN 0167-4943.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104821>

APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO IVCF-20 EM IDOSOS ATENDIDOS PELOS ACADÊMICOS DE MEDICINA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

IVCF-20 QUESTIONNAIRE APPLICATION IN ELDERLY PATIENTS ATTENDED BY MEDICAL STUDENTS - EXPERIENCE REPORT

Rodolfo Alves Queiroz¹, Karoliny Rodrigues Santini^{1*}, Pamela Jéssica Coutinho¹, Mariana Benevides Monteiro¹, Elismara Silva Modesto Sanches¹, Natalia Calderon¹, Walisson Cosmiro de Lima¹, Luciana Maria Avelino de Menezes¹.

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

***Autor correspondente:** karolinyasantini@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a utilização do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) nos idosos atendidos na unidade básica de saúde (UBS), assim como explorar suas competências. Este instrumento avalia a saúde dos idosos entrevistados, possui alto grau de validade e confiabilidade para identificar fragilidade, é de fácil aplicação e pode ser realizado por todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária de saúde.

Método: Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicos do curso de Medicina, com amostra de conveniência de pacientes atendidos durante atividades discentes. Foram abordadas pessoas idosas (> 60 anos), de ambos os sexos. Os acadêmicos receberam treinamento prévio com uma médica geriatra e uma médica gerontóloga.

Relato de experiência: O IVCF-20 possui 20 questões divididas em 8 seções, que geram pontuação. Quanto maior a pontuação, maior a indicação de fragilidade do idoso, e maior a indicação deste paciente para receber atendimento e acompanhamento por um especialista geriatra. Sua aplicação foi realizada diretamente pelos acadêmicos envolvidos. Os aplicadores consideram que o instrumento é de fácil manuseio e não requer formação técnica sofisticada.

Conclusão: Trata-se de uma ferramenta valiosa para todos os profissionais da saúde que possuem contato direto com o paciente idoso. Permite uma avaliação objetiva e quantificável, com baixa variabilidade entre entrevistadores. Seu resultado pode prever as necessidades do paciente e direcionar o futuro terapêutico, pois torna-se indispensável antes de realizar um encaminhamento ao serviço especializado de Geriatria, evitando que o paciente frágil não seja corretamente encaminhado, ou que o paciente robusto sobrecarregue o serviço de referência. A experiência acadêmica com a execução do presente estudo mostrou que o conhecimento sobre o índice e manuseio correto da ferramenta gera autonomia na decisão clínica baseada em evidências.

Palavras-chave: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional. Triagem. Gerontologia. Geriatria.

ABSTRACT

Objective: To describe the use of the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) among elderly individuals attended at a primary health care unit (UBS), as well as to explore its applications. This instrument assesses the health status of elderly patients, has a high degree of validity and reliability for identifying frailty, is easy to administer, and can be used by all health professionals working in primary health care.

Method: This is an experience report carried out by medical students, with a convenience sample of patients seen during academic activities. Elderly individuals (> 60 years old) of both sexes were included. The students received prior training from a geriatrician and a gerontologist.

Experience report: The IVCF-20 consists of 20 questions divided into 8 sections, which generate a score. The higher the score, the greater the indication of frailty in the elderly individual, and the greater the recommendation for referral and follow-up by a geriatric specialist. The application was performed directly by the participating students. The interviewers considered the tool easy to use and noted that it does not require advanced technical training.

Conclusion: The IVCF-20 is a valuable tool for all health professionals who have direct contact with elderly patients. It allows for an objective and quantifiable assessment with low inter-interviewer variability. Its results can predict patient needs and guide therapeutic decision-making, becoming essential before referring a patient to a specialized Geriatrics service. It helps prevent frail patients from being improperly referred and avoids overburdening referral services with robust patients. The academic experience of conducting this study demonstrated that knowledge and correct handling of the tool foster autonomy in evidence-based clinical decision-making.

Keywords: Clinical-Functional Vulnerability Index. Screening. Gerontology. Geriatrics.

INTRODUÇÃO

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é utilizado para executar uma triagem rápida e objetiva, que pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da atenção primária de saúde. Foi desenvolvido a partir do modelo multidimensional de saúde da pessoa idosa e é o instrumento referência em rastreabilidade e estratificação em nível nacional, sendo sua utilização preconizada desde 2019¹.

Esta ferramenta de rastreio pode selecionar os idosos com fragilidade, pois são estes que mais se beneficiariam de uma avaliação feita pelo especialista de geriatria. A pontuação máxima é de 40 pontos, e os pontos de corte sugeridos são: ≤ 6 indica vulnerabilidade clínico-funcional (IDOSO ROBUSTO); 7 a 14 indica risco moderado (IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO); ≥ 15 pontos indica alto risco de vulnerabilidade (IDOSO FRÁGIL)².

Os indivíduos avaliados como “alto risco” devem ser acompanhados por

especialistas geriatras, os de “baixo risco” podem ser acompanhados na atenção básica, e os considerados de “risco moderado” precisam de avaliações adicionais para decisão de conduta².

Esse instrumento é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, constituído por 20 questões distribuídas em oito seções^{3,4}:

- 1 questão: idade;
- 1 questão: autopercepção da saúde;
- 4 questões: atividade de vida diária;
- 3 questões: cognição;
- 2 questões: humor;
- 6 questões: mobilidade;
- 2 questões: comunicação;
- 1 questão: comorbidades múltiplas.

Cada seção tem pontuação específica que perfaz um valor máximo de 40 pontos. Quanto maior o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade do idoso³.

Moraes, em 2016, realizou um estudo comparativo entre o IVCF-20 e o teste AGA (Avaliação Geriátrica Ampla), entrevistando 397 pacientes com idade maior ou igual a 60 anos, e obteve sensibilidade superior a 90%. O questionário do IVCF-20, na amostra analisada, mostrou ser positivamente correlacionado com a AGA, além de os resultados indicarem alto grau de validade e confiabilidade. Assim, o teste se mostra

viável como instrumento de rastreio na atenção básica que identifica o idoso com fragilidade³.

O teste AGA é considerado padrão-ouro na triagem e implica diretamente a qualidade do cuidado das pessoas idosas, pois permite a identificação de problemas geriátricos e fragilidades que tenham implicações na saúde do indivíduo. Apesar de seus benefícios, dificuldades relacionadas ao tempo e gastos com essa ferramenta limitam sua implantação na prática por se tratar de um questionário extenso e minucioso⁴.

Portanto, o IVCF-20 pode ser realizado por profissionais não especialistas em geriatria e gerontologia. Entretanto, ressalta-se que se trata de um instrumento de triagem inicial e o paciente precisa receber orientações da necessidade de seguimento de saúde^{3, 5, 6}.

Assim, o presente artigo tem por objetivo relatar a experiência dos acadêmicos no treinamento e aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) em pacientes idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo por meio de relato de experiência realizado por oito acadêmicos do curso de Medicina, com amostra de conveniência de pacientes atendidos durante atividades discentes.

Os pacientes são oriundos de atendimentos durante o estágio na disciplina de Prática Integrada em Saúde (PIS) realizado na Unidade Básica de Saúde Luana de Freitas, em Rio Branco-AC, durante o decorrer do primeiro semestre de 2024.

Os estudos de relato de experiência consistem no registro de práticas vivenciadas com o intuito de gerar conhecimento crítico e reflexivo, apoiado na teoria e no método. É uma ferramenta científica utilizada para propor mudanças e aprimorar as práticas profissionais, além de promover parâmetro para demais ações no trabalho em saúde⁷.

Foram abordadas pessoas idosas com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos.

As percepções do processo, na perspectiva dos acadêmicos, foram organizadas em três categorias de análise: viabilidade da aplicação, grau de complexidade e fragilidades na aplicação.

A aplicação do IVCF-20 foi realizada por acadêmicos dos sexto e sétimo períodos do curso de bacharelado em Medicina do Centro Universitário Uninorte, da cidade de Rio Branco-AC. Os acadêmicos receberam treinamento prévio em sala de aula, realizado em dois momentos, primeiro por uma professora Especialista Médica de Família e pós-graduada em Geriatria e Gerontologia, e

depois por uma professora Especialista em Geriatria.

RELATO DA VIVÊNCIA

O período de relato condiz com o período letivo semestralizado entre os meses de fevereiro e maio de 2024. A matriz do curso de Medicina do Centro Universitário Uninorte, da cidade de Rio Branco-AC, conta com disciplinas de competência prática, onde os acadêmicos acompanham os preceptores indicados pela instituição em Unidades Básicas de Saúde da cidade. O campo de estágio contempla o atendimento de um público diverso, entre crianças, adultos e idosos. Conforme a evolução gradual do discente no curso de formação, este recebe maior responsabilidade e autonomia no atendimento ao paciente, podendo realizar entrevistas com finalidade de anamnese, exame físico e registro documentado em prontuário, assim como participação ativa na discussão de diagnóstico, plano de tratamento e, quando necessário, encaminhamento ao serviço de atendimento secundário em saúde.

Neste cenário, os acadêmicos questionam a subjetividade na avaliação clínica e encaminhamento dos pacientes idosos ao serviço especializado de geriatria e propõem aos preceptores a aplicação de uma ferramenta validada que

permite a verificação funcional do paciente de maneira objetiva.

RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo são qualitativos e foram analisados a partir de diferentes perspectivas. Os pacientes não serão mencionados, assim como seus resultados, para garantir o sigilo do atendimento.

Durante as práticas do estágio supervisionado que ocorreram em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), os acadêmicos propuseram a utilização do questionário IVCF-20 com a finalidade de avaliar a saúde dos idosos atendidos durante as consultas médicas.

Após os atendimentos foram levantadas três categorias de análise (ilustradas na Tabela 1): viabilidade da aplicação, grau de complexidade e fragilidades na aplicação.

A viabilidade da aplicação é descrita por diversos autores desde 2019, quando o questionário se tornou um instrumento indicado para uso nacional¹. É apoiado pelo Ministério da Saúde e publicado em formato de manual para aplicação em atenção primária de saúde por secretarias de saúde de estados. Originou-se da necessidade de simplificar questionários longos e complexos aplicados por especialistas geriatras e gerontólogos, com o objetivo de melhor identificar o

paciente idoso fragilizado que precisa do encaminhamento prioritário ao serviço de saúde especializado. Em estudos nacionais foi prontamente comparado ao Teste AGA, considerado padrão ouro no diagnóstico de fragilidade do idoso, e recebeu alto grau de sensibilidade (90%) ao corresponder com resultado positivo dentre as pessoas com fragilidade clínica^{3, 4, 5}.

O questionário IVCF-20 é curto, composto por 20 questões, que não ultrapassam o tamanho de uma folha tamanho A4, e de rápida aplicação (durando cerca de 5 minutos para os profissionais mais experientes)¹.

O grau de complexidade sobre a aplicação da ferramenta foi consideravelmente diminuído após duas aulas teóricas ministradas por professoras médicas especialistas em gerontologia e geriatria. As aulas constam na matriz do curso de Medicina, dentro da ementa da disciplina de Processo do Envelhecimento. Foram divididas em duas etapas compostas por três horas/aula cada, realizadas no modelo de aula expositiva no campus do Centro Universitário Uninorte. A disciplina exigiu, como parte complementar da nota bimestral, um trabalho científico redigido pelos discentes, o que acentuou a leitura sobre o método.

A fragilidade na aplicação foi percebida em três momentos subsequentes. O primeiro foi durante a proposta da aplicação do questionário IVCF-20 ao preceptor da disciplina de Prática Integrada em Saúde, pois o médico desconhecia a ferramenta e temia pela legitimidade dos resultados ou pelo tempo extra que seria exigido durante as consultas. Os acadêmicos mostraram através de pesquisas que o questionário é recomendado pelo Ministério da Saúde¹ para aplicação na atenção básica em saúde e provinha do renomado Teste AGA³. Sobre o tempo de aplicação², seriam necessários entre 5 e 10 minutos a mais na consulta médica, e como o número de pacientes com idade maior ou igual a 60 anos era pequeno nos agendamentos de consultas, sua aplicação não interferiu negativamente no cotidiano da UBS.

O segundo momento de fragilidade foi observado durante as primeiras aplicações do questionário, onde a habilidade dos acadêmicos em conduzir entrevistas médicas ficou em questão. A pouca familiaridade com as perguntas,

associada à tímida indagação sobre atos que afetam de maneira íntima a qualidade de vida da pessoa idosa, resultou em consultas mais longas. Este obstáculo teve uma duração breve e foi superado já no primeiro mês de atendimento.

O terceiro momento de fragilidade foi protagonizado pelos próprios pacientes quando possuíam déficit cognitivo ou distúrbio de fala e/ou audição, e apresentaram dificuldades significativas na interpretação da pergunta e ao oferecer uma resposta concisa. Quando o paciente apresentava respostas imprecisas ou duvidosas, os acompanhantes eram indagados e podiam participar ativamente sem que o questionário ficasse comprometido⁴. Nestes casos, os acadêmicos notaram que os pacientes realizavam maiores pontuações nas questões de incapacidade funcional, cognição, humor e comunicação, e consequentemente eram classificados como idosos em risco de fragilização ou frágeis, e por fim eram encaminhados ao serviço de saúde especializado em geriatria.

Tabela 1: Categorias de análise do relato de experiência de acadêmicos de Medicina na aplicação do questionário IVCF-20 em pessoas idosas na UBS de Rio Branco-AC.

CATEGORIAS ANALISADAS	SUBCATEGORIA
Viabilidade da Aplicação	Instrumento viabilizado pelo Ministério da Saúde Sensibilidade >90% comparada ao teste AGA* Aprovado e indicado pela Sociedade Brasileira de Geriatria Questionário pequeno de rápida aplicação

Grau de Complexidade	Não há necessidade de capacitação complexa Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde Ideal para triagem em atenção primária de saúde
Fragilidades na Aplicação	Resistência do médico preceptor do estágio em saúde Pouca familiaridade dos discentes com o questionário Timidez dos discentes ao realizar perguntas íntimas ao paciente Pacientes com déficit cognitivo, distúrbios de fala e/ou audição

*AGA – Avaliação Geriátrica Ampla

DISCUSSÃO

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é uma ferramenta valiosa para todos os profissionais da área da saúde que possuem contato direto com o paciente idoso. Permite uma avaliação objetiva e quantificável, com baixa variabilidade entre entrevistadores e que permite categorizar o paciente entre as opções: frágil, com risco de fragilização ou robusto.

Este diagnóstico pode prever as necessidades do paciente e direcionar o futuro terapêutico. Torna-se indispensável antes de realizar um encaminhamento ao serviço especializado de geriatria, evitando que o paciente frágil não seja corretamente encaminhado, ou que o paciente robusto sobrecarregue o serviço de referência. Embora muitas pessoas deduzam que o declínio funcional ocorra concomitante com o avanço da idade cronológica^{2,4}, ao aplicar o questionário o resultado FRÁGIL incluiu pessoas idosas de idade variável entre 60 e >85 anos⁸.

A sessão de perguntas sobre auto percepção da saúde mostra que nem

todos os pacientes frágeis se reconhecem com saúde regular ou ruim ao se comparar com outras pessoas de mesma idade, deixando a anamnese com perguntas muito abertas, ou de diálogo livre, subjetiva e não reaplicável por outro profissional de saúde⁹.

O resultado na seção AVD (atividades de vida diária) é de grande importância clínica, pois aqueles com incapacidade são cinco vezes mais propensos a ser institucionalizados e três vezes mais propensos a estar mortos dois anos mais tarde⁴. Essas perguntas influenciam grandemente na pontuação final do idoso submetido ao questionário IVCF-20. É uma das seções em que o paciente mais pode pontuar (atingindo o máximo de 10 pontos).

Outra seção que influencia significativamente no resultado do paciente é a Mobilidade. Seu déficit mostra uma probabilidade 1,6 vez maior de morrer e quase três vezes maior de desenvolver novas incapacidades¹⁰. Sua pontuação máxima é de 10 pontos.

Cognição, humor, mobilidade e comunicação determinam a autonomia e independência do idoso. A autonomia consiste na capacidade individual de decisão e comando sobre as próprias ações, e a independência se refere à capacidade de realizar algo com os próprios meios. Esses domínios devem ser rotineiramente avaliados na consulta geriátrica¹⁰. Uma pontuação alta na seção humor indica a aplicação da escala de depressão geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS)¹¹. É um instrumento de rastreio composto por 15 perguntas. Pontuação ≥ 5 indica rastreio positivo para quadros depressivos e exige avaliação mais detalhada para o diagnóstico. Também é necessária a exclusão de doenças orgânicas que possam causar os sintomas. Já a seção de comorbidades múltiplas indica a possibilidade de o paciente usar polifarmácia e uma possível cascata iatrogênica².

A experiência acadêmica com a execução do presente estudo mostrou que

o conhecimento sobre o índice e manuseio correto da ferramenta tornou-se importante para gerar autonomia na decisão clínica baseada em evidências. Fornece aos profissionais de saúde segurança profissional no diagnóstico clínico assim como segurança jurídica com relação ao preenchimento completo do prontuário do paciente.

Os resultados individuais dos pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) foram incluídos no prontuário eletrônico dos pacientes, G-MUS (Sistema de Gestão Municipal de Saúde, adotado pela cidade de Rio Branco-AC). A sugestão da aplicação do questionário foi aceita pelo médico preceptor. Os pacientes receberam orientações antes do questionário e explicações relacionadas ao resultado, assim como encaminhamento formal dos pacientes frágeis ao setor de referência de geriatria do município.

Tabela 2: Fragilidades e Potencialidades da aplicação do IVCF-20 por acadêmicos de Medicina em pessoas idosas na UBS de Rio Branco-AC.

<i>Fragilidades</i>	Desconhecimento da técnica Resistência do médico preceptor do estágio em saúde Pouca familiaridade dos discentes com o questionário Timidez dos discentes ao realizar perguntas íntimas ao paciente Pacientes com déficit cognitivo, distúrbios de fala e/ou audição Hábito cultural de associar o declínio clínico com a idade cronológica
<i>Potencialidades</i>	O curso de graduação de medicina consegue atingir seu objetivo educacional O médico preceptor da UBS consegue enriquecer a anamnese Os pacientes receberem informações importantes do seu estado de saúde atual e planejamento adequado ao quadro clínico Evitar a sobrecarga do serviço especializado

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE

Declaramos que não há conflito de interesses, financeiros ou de outra natureza, que possam influenciar os resultados apresentados neste estudo. Nenhum dos autores recebeu financiamento de empresas ou instituições que possam ter interesse nos resultados desta pesquisa. Além disso, não há nenhuma relação pessoal ou profissional entre os autores e os participantes do estudo que possa comprometer a imparcialidade da pesquisa.

CONCLUSÃO

A aplicação deste método produziu vantagens multidirecionais, inicialmente para a disciplina Processo do Envelhecimento do curso de graduação de medicina que atinge o seu objetivo educacional onde os acadêmicos aprendem a utilizar uma ferramenta de triagem do paciente idoso gerando autonomia na decisão clínica baseada em evidências. Por consequência o médico preceptor da UBS pode ampliar, objetivar sua anamnese e enriquecer o preenchimento do prontuário do paciente idoso.

As vantagens refletem também aos pacientes por receberem informações importantes do seu estado de saúde atual e planejamento adequado ao quadro

clínico e pela diminuição do risco de subdiagnóstico. Por fim, o Hospital do Idoso (setor de referência em atendimento geriátrico) se beneficia pelos encaminhamentos adequados e justificados dos pacientes sem o risco de sobrecarga do serviço.

REFERÊNCIAS

1. SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): Orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 1ª edição. Porto Alegre, RS: ESP/SES, 2023.
2. DINIZ, L. R., *et al.* **Geriatría**. 1. ed. – Rio de Janeiro: Medbook, 2020.
3. MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, 2016.
4. BURNIER, J. N. T.; MÜLLER, R. **CURRENT: Diagnóstico e Tratamento. GERIATRIA**. 2. ed. – Porto Alegre, RS: ABDR Artmed. 2015.
5. SGNAOLIN V., SGNAOLIN V. SCHNEIDER R. H. Implicações da avaliação geriátrica ampla na qualidade de vida em pessoas idosas com câncer: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** 2021.
6. Ferretti-Rebustini REL, Souza-Talarico JN, Fhon JRS, Greenberg SA. The role of assessment in competence-based gerontological advanced practice nursing. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 2022;56(spe):e20220072.

7. MUSSI, R. F. F; FLORES, F. F. & ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista Práxis Educacional**, 17(48), 60-77. 2021.
8. SILVA R. L., *et al.* Hospitalization of Older People in a Large Brazilian Urban Center and its Associated Factors. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2021.
9. LEVORATO C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1263-1274, 2014.
10. SANCHES M. A. S.; MOTA G. M. S. A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2009.
11. ANDRADE F. C. D., *et al.* Life expectancy without depression increases among Brazilian older adults. **Revista de Saúde Pública** 2016;50:12.