



HOSPITAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico Celestino Barbosa

Hospital: diagnóstico e tratamento

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238H Hospital: diagnóstico e tratamento

/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

53 f.: il

DOI: 10.37423/2022.edcl624

ISBN: 978-65-5367-238-3

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. assistência 2. cuidados 3. paciente I. Barbosa, Frederico Celestino II. Título

CDU: 614

<https://doi.org/10.37423/2022.edcl624>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2022

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	5
A PSICOLOGIA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Neidjane de Araújo Sholl Pinheiro	
Lina Petaccia de Macêdo	
Carolina Chacra Carvalho	
Emanuela Tavares Costa Sabino	
Jorge Ney Cordeiro Silva	
DOI 10.37423/221106850	
 CAPÍTULO 2	 17
CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL.	
Ana Karoline Chaves Magalhães	
Fernando Augusto Costa Barata	
Gleice Teixeira Lobato	
Kelly Emi Hirai	
DOI 10.37423/221106862	
 CAPÍTULO 3	 40
PROPOSTA INICIAL DE UM PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO PARA GESTANTES EXPOSTA AO SARS-COV-2 ATENDIDAS NO PROJETO PROUDEST	
Aleida Oliveira de Carvalho	
Alessandra da Rocha Arrais	
Yacara Ribeiro Pereira	
Lizandra Moura Paravidine Sasaki	
DOI 10.37423/221206930	

Capítulo 1



10.37423/221106850

A PSICOLOGIA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Neidjane de Araújo Sholl Pinheiro

Hospital da Obesidade

Lina Petaccia de Macêdo

Hospital da Obesidade

Carolina Chacra Carvalho

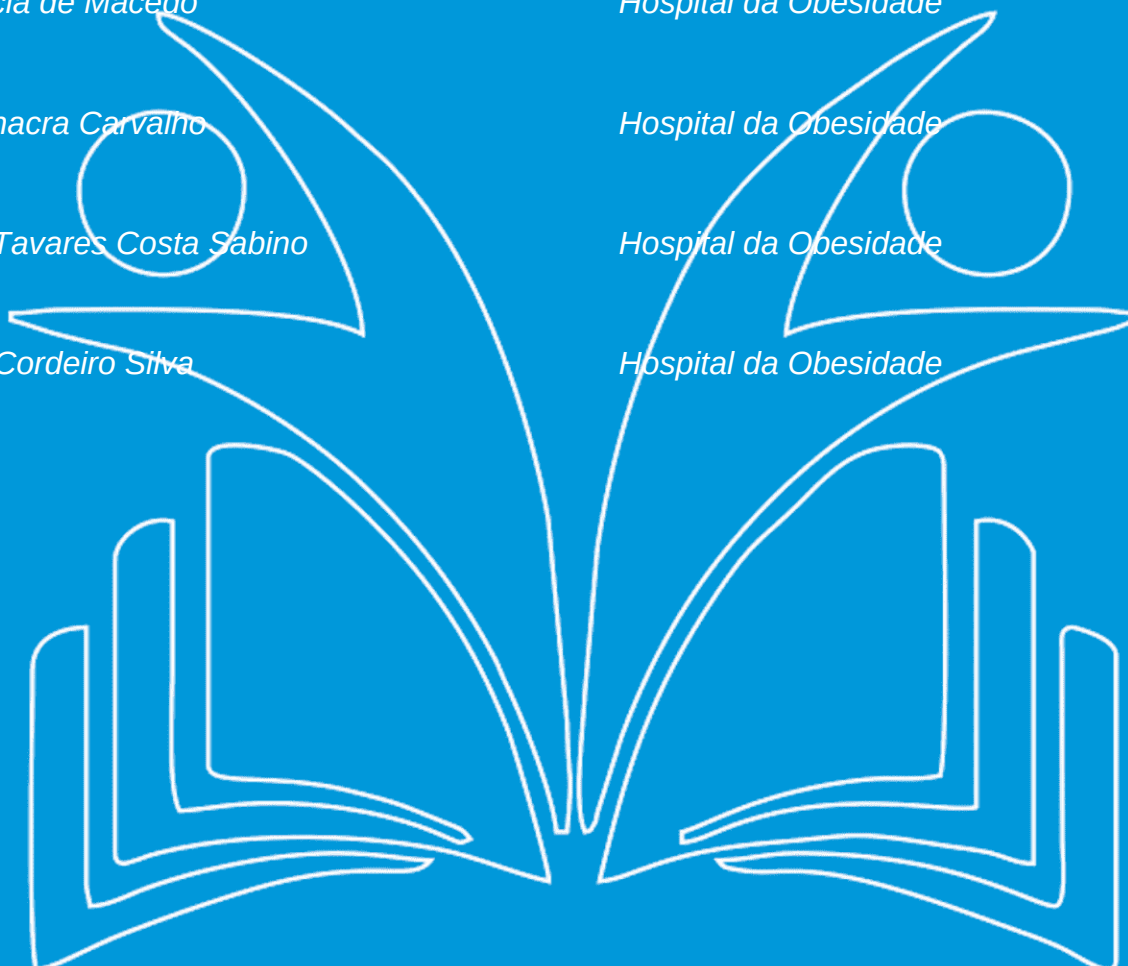
Hospital da Obesidade

Emanuela Tavares Costa Sabino

Hospital da Obesidade

Jorge Ney Cordeiro Silva

Hospital da Obesidade



Resumo: O presente relato de experiência contextualiza a atuação da equipe de Psicologia com pacientes internados para tratamento da obesidade em um hospital especializado. O cenário de internação permite a observação e construção de um projeto terapêutico individual em um ambiente monitorado que se diferencia das demais propostas de tratamento da obesidade conhecidas até então, em grande parte realizadas em contexto ambulatorial. Descreve as ações desenvolvidas, as possibilidades e desafios do tratamento em contexto de internação e como o psicólogo pode utilizar-se deste espaço para ajudar o paciente na modificação do comportamento e construção de novos hábitos, sob a ótica de um modelo de atendimento interdisciplinar que considera os aspectos multifatoriais e crônico da obesidade.

Palavras-Chave: Psicologia hospitalar, internação, obesidade.

INTRODUÇÃO

A Psicologia hospitalar voltada para tratamento da obesidade é desafiadora no modelo biomédico. O psicólogo hospitalar estima a relação que o paciente estabelece com a família, consigo mesmo e com toda equipe de saúde. Assim, busca compreender como o paciente posiciona-se frente ao processo de hospitalização, sua consciência crítica diante do adoecimento e quais as consequências emocionais que surgem durante todo o processo. É uma área de especificidade da Psicologia que tem como premissa acolher o indivíduo adoecido, trabalhar sua subjetividade, sua consciência crítica e auxiliar na manutenção ou resgate da sua autonomia e identidade enquanto sujeito, proporcionando uma melhor qualidade de vida (Simonetti, 2016).

Os principais instrumentos de trabalho do profissional da Psicologia são a palavra e a escuta, a partir dos quais é possível promover ao paciente e seus familiares um espaço de fala para tratar o simbólico do adoecimento e, assim, possibilitar o alívio da dor emocional. Em consonância com Simonetti (2016), o labor no ambiente hospitalar é sistêmico e deve considerar o acolhimento do paciente, da família e da equipe multiprofissional de saúde. Mais do que integrar uma equipe multiprofissional, é necessário que os profissionais envolvidos no tratamento tenham prática e discurso integrados, com enfoque na pessoa com obesidade e suas complexidades, considerando além da doença, os aspectos da história de vida, do ambiente cultural e social em que está inserido (Dâmaso et al., 2003).

Sabe-se que a obesidade é uma doença de etiologia multifatorial cujas variáveis envolvidas no ganho de peso incluem aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais. Seu tratamento deve considerar, portanto, diversos eixos de ações como a educação, promoção de vida saudável, vigilância alimentar, atenção integral à saúde, entre outros (Pinto et al, 2021).

Tratar a obesidade, portanto, torna-se um desafio e a proposta de tratamento em caráter de internação visa alcançar sua complexidade. É necessário aos psicólogos conhecer, além das questões subjetivas associadas ao adoecimento, as limitações da própria doença, trabalhar e desenvolver recursos facilitadores da adesão como a participação das famílias, as atividades em grupo e o acompanhamento do paciente após saída da internação, indo além dos atendimentos individuais.

O modelo de internação para tratamento da obesidade é algo novo no Brasil. Considerando os crescentes números da obesidade na população mundial, que deve atingir cerca de 30% da população adulta segundo o Atlas Mundial da Obesidade de 2022, publicado pela Federação Mundial de Obesidade (Lobstein et al, 2022), compreende-se, então, que nem todos os pacientes conseguem se

beneficiar com os modelos mais antigos de tratamento. O modelo de intervenção em internação acompanha o entendimento da obesidade enquanto uma doença crônica e multifatorial (Pinto et al, 2021) e tenta abarcar esta complexidade.

Complementarmente, a novidade do modelo de internação para tratamento da obesidade traz desafios aos psicólogos, amplificadas pela ausência de referências anteriores de como manejar os entraves encontrados que vão da convivência diária com o paciente dentro da instituição às relações estabelecidas entre pacientes e entre pacientes e equipe.

A atuação do psicólogo deve facilitar o acolhimento e o lidar com as dificuldades do internamento, com o distanciamento da família e da sua rotina, viabilizando o estabelecimento do vínculo e o sentimento de pertencimento a uma comunidade que compartilha de um mesmo desejo: encontrar melhor qualidade de vida, considerando aqui seu bem-estar bio-psíquico-social-espiritual.

Ao mesmo tempo que o manejo de tantas variáveis inseridas no contexto de internação é desafiador ao psicólogo, é também enriquecedor da sua prática, vez que o ambiente viabiliza a observação intensiva dos alcances realizados pelos pacientes, é passível de controle e reorganização de protocolos e viabiliza as trocas constantes de informações entre equipe multiprofissional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, compreendido por um relato de experiência advindo da vivência da equipe de Psicologia de um hospital especializado para tratamento da obesidade, situado no município de Camaçari, Bahia.

As atividades da Psicologia compreendem atendimentos aos pacientes de forma individual, em grupos, a observação in loco da vivência de cada indivíduo, a participação em reuniões multidisciplinares e do serviço de Psicologia, além das atividades de pesquisa e regulatórias da profissão. São realizados durante todo o período de internação e nos retornos para manutenção do tratamento, que acontecem após a saída do paciente da internação.

Os pacientes, previamente selecionados diagnosticados com obesidade dão ingresso à internação cuja duração varia de acordo com o tempo necessário para tratamento da obesidade e suas comorbidades.

Os atendimentos psicológicos individuais ocorrem em frequência semanal, seguindo os parâmetros definidos pelo Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia e resoluções nº 10 de 2000, nº 17 e nº 13 de 2022 do Conselho Federal de Psicologia, que especifica e qualifica a psicoterapia como prática

do psicólogo, trazem normas técnicas para o planejamento necessário para execução das atividades de Psicologia e estabelece diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicólogos respectivamente.

Estes atendimentos, na maioria das vezes, ocorrem em ambiente de consultório, mas diante da impossibilidade inicial do paciente em se locomover devido as comorbidades, podem ser realizados também nos quartos onde estão internados. Por vezes, atendimentos de urgência ocorrem nos leitos da enfermaria, característica que conserva a proximidade da atuação com a dos psicólogos inseridos em hospitais gerais. Além dos atendimentos individuais, os pacientes participam de grupos nos formatos educativos e psicoterapêuticos.

As observações in loco são ricas e as impressões são compartilhadas nas reuniões de equipe multidisciplinar e do serviço de Psicologia, ambas ocorrendo com frequência semanal, nas quais é possível redefinir e atualizar os protocolos de atendimento e projetos terapêuticos individuais. Para além das atividades que envolvem o contato direto com pacientes e equipe, o serviço de Psicologia ainda se engaja em outras atividades como o contato com familiares, atividades de pesquisa e atividades regulatórias da profissão como os registros em prontuários multidisciplinares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Psicologia hospitalar pode auxiliar nos processos de recuperação da saúde integral a partir da transformação de um fazer pautado no modelo biomédico em um cuidar humanizado capaz de valorizar o olhar biopsicossocial. Esta ciência compreende o ser humano de forma muito mais complexa, enraizado nas experiências pessoais, socioculturais e familiares que influenciam no processo de doença e saúde.

A frequência dos pacientes em sessões semanais é determinante para maior entendimento do paciente sobre o tratamento e o contexto da internação facilita esse processo. A adesão às sessões terapêuticas possibilita uma vinculação mais eficaz do paciente com os profissionais e intervenções mais seguras e diretas. Este modelo de trabalho possibilita ações individualizadas e a realização de projetos terapêuticos, respeitando e considerando o tratamento das idiossincrasias (Teixeira, 2022).

O sigilo das informações deve ser garantido nos prontuários e reuniões técnicas. Conforme a Resolução 001/2009 do Conselho Federal de Psicologia, apenas informações essenciais ao bom andamento do tratamento devem ser compartilhadas com a equipe de saúde. É importante ressaltar que a troca de informações entre os profissionais de saúde contribui de forma significativa com os

atendimentos psicológicos. As discussões de casos entre psicólogos e o debate de aspectos relacionados ao tratamento, visa melhorar a compreensão de cada caso e modificação dos recursos práticos de intervenção.

Além dos atendimentos programados em consultório, acrescenta-se à atuação do psicólogo o atendimento em situações de intercorrências ou urgências durante a internação, como crises de ansiedade, pânico ou outras demandas que ocorrem diante de algum evento difícil ou desafiador para o paciente.

A experiência de uma internação hospitalar para tratamento da obesidade se torna complexa, uma vez que insere variáveis no processo de recuperação do paciente que não existem em contexto ambulatorial. Envolve, além da subjetividade individual, questões com relação familiar e especificidades da doença, dificuldades pertinentes ao processo de internação ao local onde o paciente se interna, o distanciamento da rotina e as novas relações estabelecidas com equipe de saúde e demais pacientes internados. Em meio a todos estes desafios, destaca-se a atuação do psicólogo hospitalar que considera as duas principais tríades que permeiam este momento: a “tríade de ação determinada pela dinâmica doença-internação-tratamento e a tríade de relações paciente-família-equipe de saúde” (Assis, 2020).

O contexto de internação gera desafios específicos na tríade doença-internação-tratamento, como o distanciamento dos seus familiares, da zona de conforto e autonomia, uma vez que o paciente internado passa a seguir uma série de rotinas e regras específicas da instituição, além de ser exposto à avaliação contínua do seu progresso e exigido a se posicionar de forma ativa frente as suas próprias demandas. Nesse sentido, o acompanhamento psicológico pode promover desenvolvimento e/ou recuperação de habilidades, direcionamento das ações do paciente e da equipe de saúde, como também orientar intervenções rápidas a fim de facilitar a melhora da condição patológica (Azevêdo, A. V. e Crepaldi, M. A., 2016).

Na tríade paciente-família-equipe de saúde, a integração entre os saberes dos membros que compõem a equipe multiprofissional é imprescindível para transcender o conceito de saúde, que não se limita à competência de um único profissional ou especialidade, mas trabalhar com uma prática interprofissional com enfoque na totalidade dos aspectos relacionados à saúde e à doença (Rocha et al., 2009).

É necessário extrema cautela na condução dos atendimentos por toda equipe, pois os pacientes interagem diuturnamente e compartilham de um mesmo espaço físico desenvolvendo novas relações

entre paciente-pacientes e pacientes-equipe cuidadora. O sigilo e validação da segurança do ambiente de tratamento são essenciais assim como uma postura ética diante do estabelecimento de vínculos entre o paciente e os profissionais. Este modelo de convivência pode facilitar processos de melhoria para os pacientes, pois a assistência é diária e as reorientações e ajustes nos projetos terapêuticos são frequentes.

Fica evidente ao considerar todos estes fatores a importância de um trabalho integrado da equipe multiprofissional e a atuação do psicólogo promovendo orientações quanto ao manejo do paciente e reflexões a respeito de sua condição psicológica, evidenciada durante todo o período de internação. O compartilhamento destas orientações e informações dá-se através dos prontuários multidisciplinares, que são ferramentas informativas, e na participação nas reuniões para discussão de casos e definições de condutas integradas.

Ainda na tríade paciente-família-equipe, evidencia-se a importância da participação da família no processo de controle da obesidade, uma vez que além de fornecer dados complementares para condução de cada caso, há necessidade de suporte psicológico para direcionar, orientar sobre a doença e promover modificações em sua própria dinâmica e, conseqüentemente, facilitar o manejo da doença pelo paciente após alta hospitalar.

A compreensão da dinâmica familiar possibilita o entendimento da gênese da obesidade que se dá por elementos da cultura familiar, da compreensão simbólica do alimento pelo grupo, pelo grau de entendimento dos seus membros sobre uma alimentação saudável e do seu conceito de saúde em geral. Familiares podem ser grandes cooperadores ou sabotadores do sucesso do tratamento.

A doença de um dos membros da família altera a rotina de todo o sistema e as mudanças propostas no tratamento da obesidade devem ser generalizadas para serem efetivas em longo prazo. Nesse sentido, a abordagem da equipe multidisciplinar se estende às famílias que, muitas vezes, se encontram fragilizadas pelo longo tempo de adoecimento e sem esperança com as novas tentativas de mudança.

Os atendimentos e orientações aos familiares são feitos tanto de forma individual quanto nos grupos de famílias, mediados pelo serviço de Psicologia e cada formato de atendimento tem uma finalidade específica. Enquanto os atendimentos individuais orientam e direcionam os familiares quanto as especificidades dos cuidados a serem prestados ao seu parente internado, os grupos de famílias visam o compartilhamento de informações e de experiências, viabilizando o aprendizado conjunto.

As atividades em grupo realizadas no hospital visam a melhora da condição de saúde do indivíduo tanto a nível orgânico quanto psíquico (Zimerman, 2007). Os grupos educativos mediados pela Psicologia visam a psicoeducação sobre aspectos emocionais relacionados com a obesidade, instrumentalizando pacientes sobre conceitos da Psicologia, e orientações acerca de emoções e assertividade. Visam também a compreensão da obesidade e suas peculiaridades e promovem conhecimento sobre diversos temas com linguagem acessível, considerando a heterogeneidade da população atendida). Além dos grupos educativos regulares acontecem também grupos para pacientes em manutenção do tratamento, grupos de familiares (no formato online e, quando necessário, presencialmente) e grupos de jovens.

A experiência em grupo, em qualquer que seja o modelo, complementa e amplifica o aprendizado vivenciado na internação. São oportunidades de escutas e falas ativas, para ampliação do sentimento de pertencimento e autonomia (Soeiro et al, 2019). Desta forma, o acompanhamento psicológico além de auxiliar na promoção das mudanças necessárias no comportamento alimentar e manutenção do peso saudável em longo prazo, busca a melhoria do processo de reabilitação psicossocial e novas formas de interagir com o mundo (Cardoso et al, 2021).

O contexto de internação hospitalar, seja com assistência individualizada ou em grupo, possibilita ao paciente a mobilização imediata de apoio psicológico para enfrentamento das situações de dificuldade. Ele experimenta o desafio de manejar as emoções, sentimentos e sensações com novos recursos, mais refinados, assertivos e saudáveis, seja por iniciativa própria, auxiliado por outros pacientes ou pelos profissionais. Assim, compreende-se que o ambiente de atendimento é situação viabilizadora de mudança comportamental (Kohlenberg e Tsai, 2001).

É comum, por exemplo, casos de pacientes que chegam ao hospital com histórias prévias de isolamento social, empobrecimento de rotina por dificuldades físicas ou emocionais, comprometimento da autoestima e realização pessoal ou ainda, acometidos por doenças psiquiátricas, aspectos decorrentes da obesidade e que contribuem com a amplificação das perdas e dificuldades vivenciadas, perpetuando o ciclo de adoecimento. O tratamento em ambiente humanizado interrompe, de certa forma, este ciclo, retirando o paciente de um contexto anterior, muitas vezes facilitador do adoecimento, e o inserindo em uma nova rotina de contato com outros pacientes que cursam desafios semelhantes, viabilizando a transformação de uma situação de passividade em estado ativo de consciência crítica sobre seus comportamentos, realizando mudanças.

Questões relacionadas com o desenvolvimento da doença como, por exemplo, o comportamento alimentar desadaptado, a busca por recompensa imediata e os déficits de repertório assertivo como estabelecer limites e dizer não, são questões observadas *in loco*, traduzidas em comportamentos durante a internação e, portanto, são trabalhadas.

A extinção ou enfraquecimento de padrões comportamentais desadaptados à saúde é um foco importante de intervenção (Skinner, 2003). Durante o internamento a programação de construção de novos hábitos é desenvolvida a partir de aulas, atividades físicas e de lazer, refeições mais saudáveis, possibilitando conhecer ou resgatar a capacidade de sentir prazer em contextos saudáveis (Azevêdo e Crepaldi, 2016).

Esta programação visa o reconhecimento pelo paciente da sua capacidade de sobrepor prazeres danosos ao organismo por prazeres mais sutis, refinados, de autocuidado, criando um repertório de auto-observação mais aguçado, pró-ativo na realização de mudanças e resolução de desconfortos em suas fases iniciais, reduzindo a exposição do paciente a situações de dor e medo, frequentes quando há uma negligência de atenção e cuidado dos sentimentos, pensamentos, emoções e sensações.

Portanto, complementando a prática do psicólogo no contexto de internação para tratamento de uma doença tão complexa como a obesidade, faz-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a manutenção do estilo de vida saudável na rotina do indivíduo após a saída da internação, uma vez que o mesmo retornará ao ambiente de origem e deseja manter os novos hábitos aprendidos durante a internação. O cuidado com o pós-alta e manutenção dos ganhos a logo prazo evidenciam a preocupação com uma prática que contempla diversos eixos e objetiva uma atenção à saúde de forma integrada (Pinto et al, 2021).

Uma das estratégias utilizadas nesse modelo de tratamento é o manejo para prevenção de recaídas. Estratégias voltadas para autorregulação emocional e escolhas conscientes são discutidas nos atendimentos e explanadas ao longo das aulas e atividades de grupos. Incentiva-se a todo o momento o treino de habilidades ou a aplicação das estratégias aprendidas no contexto da internação e nos momentos em que o paciente se ausenta do hospital de forma programada. De posse dessas estratégias o paciente pode se sentir mais seguro e preparado para lidar, de forma assertiva, com as situações que convocam comportamentos não saudáveis.

É importante ressaltar a limitação das vivências oportunizadas num ambiente hospitalar, pois as condições socio-econômico-culturais para manutenção do tratamento e a dinâmica da vivência familiar podem, muitas vezes, incentivar o retorno a antigos padrões.

O projeto de acompanhamento após a saída da internação, que visa a manutenção do tratamento, tem como meta sustentar os alcances realizados durante a internação, sendo oportunidade para rever as estratégias aprendidas, a adequação destas na rotina domiciliar e interromper de forma precoce os possíveis entraves na conduta do paciente, auxiliando-os também na resolução de dificuldades e limitações que porventura estejam contribuindo para o retorno ao ganho de peso.

Também é incentivada, para além da participação no programa de manutenção, a adesão ao acompanhamento ambulatorial. Neste ponto a sustentação do tratamento pode esbarrar em dificuldades, como por exemplo, a variabilidade da rede de serviços disponíveis em cada região pelos planos de saúde, inflexibilidade da rotina de trabalho vivenciada por alguns pacientes, da dependência de acompanhantes para consultas ou dos altos custos de serviços quando buscados de forma particular. O delineamento de projetos terapêuticos individuais torna-se ainda mais importante neste aspecto, por tentar adequar à realidade de cada paciente os elementos necessários a conservação dos ganhos obtidos na internação.

CONCLUSÃO

O presente trabalho evidencia a importância do psicólogo no contexto de internação hospitalar para tratamento da obesidade como profissional necessário para o desenvolvimento de práticas integrativas e na viabilização do modelo humanizado e interdisciplinar de abordagem. Este relato de experiência pode pautar a elaboração dos projetos de atendimento em outras unidades especializadas e inspirar modificações no modelo de cuidados na esfera pública.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, F. E. A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicologia Argumento*, Jundiaí, vol. 37, num 98, pp. 501-512, out-dez, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-72293>. Acessado em 20 de Outubro de 2022.
- AZEVEDO, A. V. e CREPALDI, M. A. A Psicologia no hospital geral: Aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, vol. 33, num 04, pp. 573-585, out-dez, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/JHXxwcXNsQk3f3pfsyyhFP/>. Acessado em 09 de Outubro de 2022.
- CARDOSO, G. M; KAWABE, I. H. e SANDI, N. Grupos psicoterapêuticos como potencializadores do desenvolvimento de novas interações. *Reflexões psi em 2021: limites e possibilidades das práticas contemporâneas*, v. 2, n. 1, 2021. Disponível em: <https://koan.emnuvens.com.br/psisaude/article/view/65/35>. Acessado em 05 de Outubro de 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 001, de 2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 010, de 2000. Especifica e Qualifica a psicoterapia como prática do psicólogo.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 13, de 2022. Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 17, de 2022. Dispõe acerca de parâmetros para práticas psicológicas em contextos de atenção básica, secundária e terciária.
- DÂMASO, A. Etiologia da obesidade. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- PINTO, S. L; SILVA, C. A; FERREIRA, B. D; FIGUEIREDO, G. R; SANTOS, E. M (orgs.) Complexidade da obesidade e desafios para o cuidado. Projeto de Enfrentamento e Controle da Obesidade no âmbito do SUS, Editora da Universidade Federal do Tocantins, EDUFT, Palmas, 324p, 2021. Disponível em: HTTPS://palmas.uft.edu.br/ecoasus/media/publicações/Livro_Complexidade_da_obesidade_e_desafios_para_o_cuidado.pdf . Acessado em 15 de Outubro de 2022.
- ROCHA, L. J. L. F; VILHENA, J e NOVAES, J. V. Obesidade mórbida: quando comer vai muito além do alimento. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, vol. 15, n. 2, pp. 77-96, ago, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682009000200006&script=sci_abstract. Acessado em 15 de Outubro de 2022.
- SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.
- SOEIRO, R. L; VALENTE, G. S. C; CORTEZ, E. A; MESQUITA, L. M; XAVIER, S. C. M e LOBO, B. M. I. S. Educação em Saúde em Grupo no Tratamento de Obesos Grau III: um Desafio para os Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Niterói, v. 43, n. 1, supl 1, pp. 681-691, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190005>. Acessado em 25 de Setembro de 2022.

SKINNER, B. F. Ciência e Comportamento Humano. 11ª Ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2003.

TEIXEIRA, P. T. F. A Psicologia da saúde e hospitalar: reflexões sobre a inserção profissional no hospital um estudo integrativo. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, p. 8601-8615, 2022. Disponível e: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/43604>. Acessado em 10 de Setembro de 2022.

KOHLBERG, R. J. e TSAI, M. Psicoterapia Analítica Funcional. Santo André, SP: ESETEc, 2001.

LOBSTEIN, T. BRINDEN, H. e NEVEUX, M. (orgs). World Obesity Federation: World Obesity Atlas 2022. Londres, mar, 2022. Disponível em: <https://pt.worldobesityday.org/resources/entry/world-obesity-atlas-2022>. Acessado em 16 de Outubro de 2022.

ZIMMERMAN, DAVID. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Vínculo, São Paulo, n. 4, vol. 4, pp. 1-16, dez, 2007. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 07 out. 2022.

Capítulo 2



10.37423/221106862

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL.

Ana Karoline Chaves Magalhães

UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA

Fernando Augusto Costa Barata

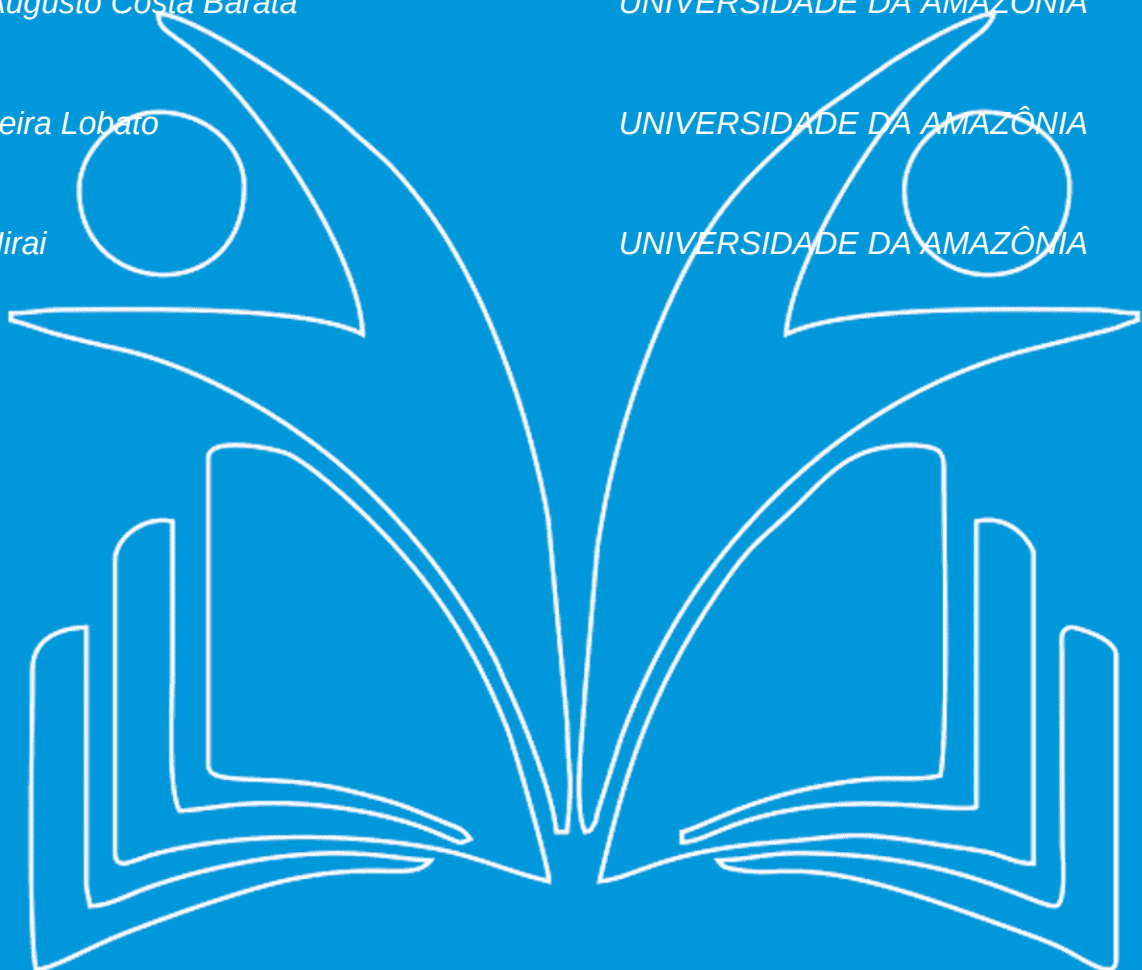
UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA

Gleice Teixeira Lobato

UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA

Kelly Emi Hirai

UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA



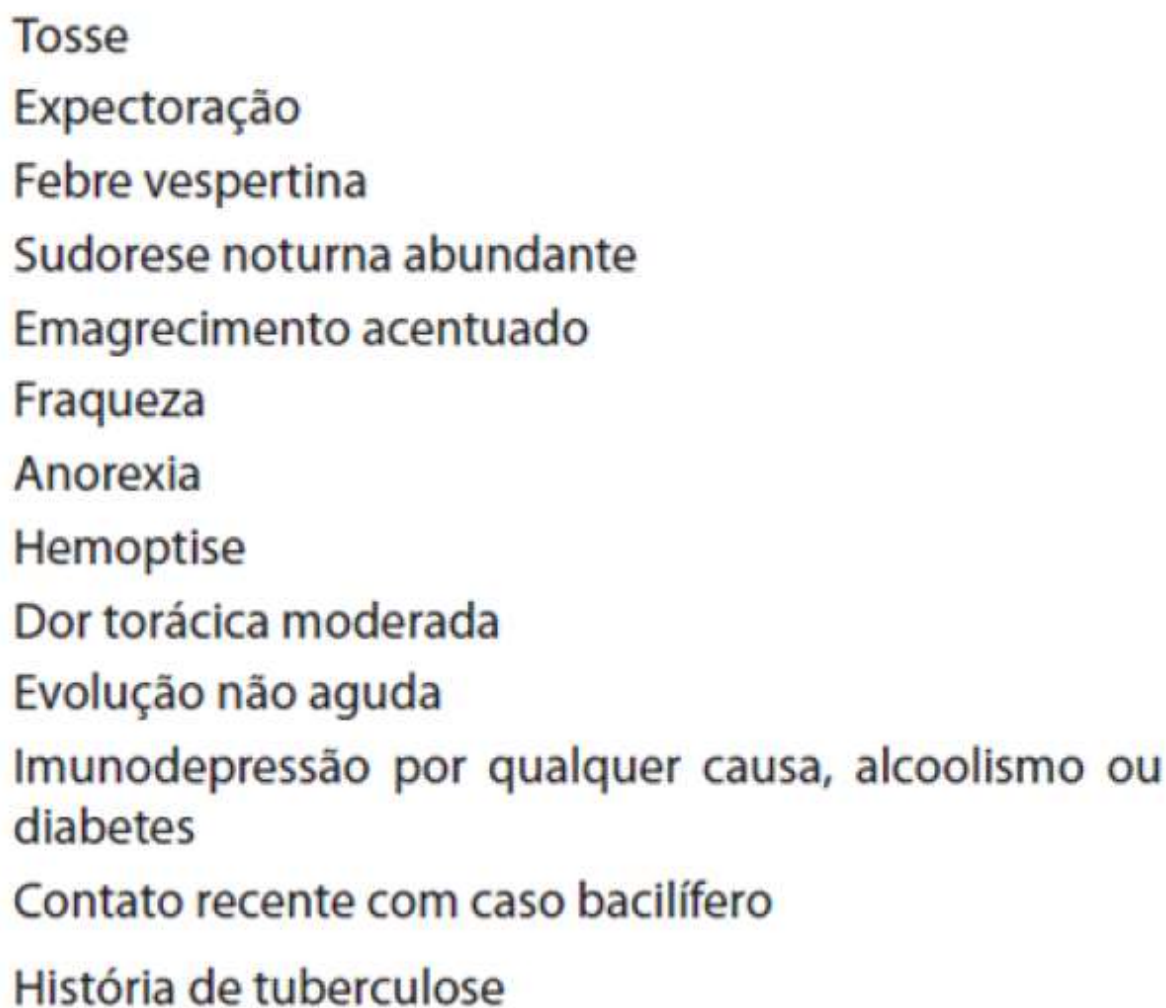
Resumo: O Brasil tem a quarta maior população carcerária do mundo, além da Tuberculose ser a quarta causa de morte por doenças infecciosas consideradas pela OMS, como uma doença de agente único que mais mata comparada a outras doenças. Esse trabalho tem como objetivo, analisar a epidemiologia da tuberculose na população carcerária no Brasil entre os anos de 2015 a 2020, com a intenção de reunir e organizar resultados a partir de fontes auxiliares, através de pesquisas bibliográficas por intermédio da realização de uma revisão integrativa, por meio das bases de dados do sistema de informação de agravos de notificações (SINAN), DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) e INFOPEN (Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro). Verifica-se que os estudos contribuem efetivamente para conhecer a magnitude da doença entre detentos e para a escolha dos métodos de triagem e diagnóstico mais adequados ao cenário prisional. Nesse período, constatou-se que os números de presos embora tivessem sofrido mudanças, o caso de tuberculose notificado nesses anos aumentou de 7.648 casos em 2015 para 11.531 casos em 2019, enfatizando o conhecimento dos dados apresentados, que reforça a necessidade da adoção de medidas voltadas à detecção, tratamento e acompanhamento de casos. Ao término da análise, constatou a partir da obtenção desses dados, propôs avaliar não só as fragilidades do sistema prisional como também seus pontos fracos nos programas governamentais quanto ao combate à tuberculose nas cadeias, obtendo resultados pertinentes, sobre as condições acerca da situação epidemiológica da tuberculose na PPL no Brasil, e do manejo do problema num ambiente repleto de particularidades como o presídio.

Palavras-chaves: tuberculose; presos; dados; programas; projetos a saúde.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), a tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que pode ser causada por um grupo de sete bactérias do gênero *Mycobacterium*, em que se destaca a *M. tuberculosis* ou bacilo de Koch (BK), embora os pulmões sejam os órgãos mais afetados, pode-se observar o acometimento dos rins, pele, ossos e gânglios. A contaminação ocorre pelo ar, por meio de gotícula através da tosse, espirro ou fala da pessoa doente (ENSP, 2014). Essa doença se desenvolve de forma lenta, com um ciclo de multiplicação do bacilo a cada 12h – 20h, e em alguns casos a pessoa acometida descobre a doença cerca de 30 a 60 dias após os sintomas iniciais. Abaixo segue figura 1 referente às informações do quadro clínico da tuberculose (SIQUEIRA, 2012).

Figura 01:– Sintomas Clínicos Iniciais da Tuberculose



A rectangular box with a black border containing a list of symptoms. The text is left-aligned and includes the following items:

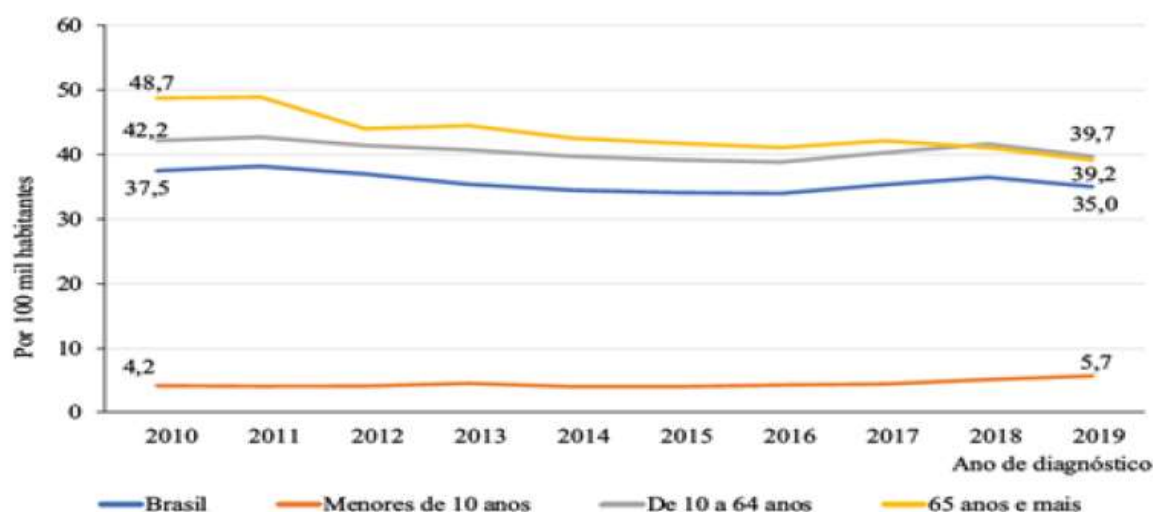
- Tosse
- Expectoração
- Febre vespertina
- Sudorese noturna abundante
- Emagrecimento acentuado
- Fraqueza
- Anorexia
- Hemoptise
- Dor torácica moderada
- Evolução não aguda
- Imunodepressão por qualquer causa, alcoolismo ou diabetes
- Contato recente com caso bacilífero
- História de tuberculose

Fonte: SIQUEIRA, 2012.

De acordo com a nova classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos trinta países prioritários para TB e a 19ª posição na lista dos trinta países prioritários para TB-HIV. Em nosso país, a TB é a quarta causa de morte por doenças infecciosas, consideradas pela OMS como uma doença de agente único que mais mata comparada a outras doenças (BRASIL, 2018). Portanto, atualizar-se de maneira constante em busca de alcançar melhores indicadores operacionais e epidemiológicos da tuberculose no Brasil, é a melhor forma para identificar as fragilidades que envolvem as falhas nas estratégias de controle e desenvolver as potencialidades que podem auxiliar na redução desses indicadores através do contínuo trabalho de pesquisa e desenvolvimento de medidas de assistências, gestoras e de vigilância epidemiológica (SILVA, 2018).

De acordo com o relatório global sobre tuberculose da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), verificou-se incidência de tuberculose em dez milhões de pessoas no mundo, com mortalidade mundial em torno de 1,5 milhões de pessoas, sendo que os mais acometidos pela tuberculose são pessoas do sexo masculino, adultos jovens, nos países de baixa renda; no Brasil, observou-se uma tendência de queda nos casos de tuberculose nos anos de 2010 a 2016, porém nos anos de 2017 e 2018, houve um aumento na incidência da tuberculose no país com 73.864 de novos casos em 2019, de acordo com a figura de coeficiente de tuberculose do Ministério da Saúde na figura 2, (MS, 2020).

Figura 02. Coeficiente de incidência de tuberculose geral e por faixa etária (por 100 mil hab.) Brasil, 2010 a 2019.



Fonte: BRASIL, 2020.

Em 2017, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT), lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como

Problema de Saúde Pública, apresentando como meta a redução de coeficientes de incidência da doença para menos de 10 casos e de mortalidade para menos de um (1) óbito a cada 100 mil habitantes até 2035 (BRASIL, 2016).

A tuberculose é um grave problema de saúde pública no Brasil e fortemente influenciada por determinantes sociais (SAUDERNS & EVAN, 2016), estando diretamente relacionado com a pobreza e exclusão social, envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais e humanos dados à complexidade desses fatores associados à sua incidência. A ocorrência de tuberculose parece ser uma representação de acúmulo de vulnerabilidades e contexto social, que afeta persistentemente a vida das pessoas (REIS & ROCHA, 2020).

Associa-se a doença a ambientes fechados, com pouca ou nenhuma ventilação, bem como aglomerado de pessoas nestes locais, desta população, destacam-se os que vivem em unidades sócias educativas que no ano de 2018, representaram 10,5% do total de pessoas acometidas por tuberculose; essa parcela da população apresenta 28 vezes mais chances de ser contaminada em relação a população em geral (BRASIL, 2019).

Esta doença é um dos problemas mais instigados pelas variáveis sociais, pois está associado a fatores socioeconômico e socioambiental, demonstrando ser uma doença intimamente relacionada a condições de vida antes do encarceramento, constatando uma relação direta com a pobreza e a exclusão social no Brasil, sendo uma das características dominantes, já que as pessoas privadas de liberdade não estão suscetíveis aos serviços essenciais adequados de saúde. A vulnerabilidade destes indivíduos se dá, a não perceberem os riscos que estão expostos e por não terem acesso aos serviços básico de saúde, refletindo assim, na situação da disseminação da doença (VALENÇA et al, 2016).

Soma-se ao risco de acometimento da tuberculose o diabetes, tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas, comorbidades que estão relacionadas aos ambientes e população carcerária, desta forma observa-se o quanto esta população em estudo encontra-se vulnerável (SILVA et al, 2018).

A atenção à saúde da população carcerária ocorre de forma reduzida, com ações limitadas, voltadas principalmente para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), dentre outros programas que estejam relacionados ao uso abusivo de drogas e imunização, no entanto, doenças como tuberculose, pneumonia, dermatoses, AIDS, apresentam altos índices na população carcerária (ALVES et al, 2017).

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil a tuberculose afeta aproximadamente cerca de 70 mil pessoas, e causa a morte de 4,5 mil por ano segundo Ministério da Saúde (2019). Com alta prevalência no Brasil a TB tornou-se um grave problema de saúde pública, sendo considerada uma das doenças infecciosas que mais provoca morte entre jovens e adultos. Entre os grupos populacionais mais vulneráveis por essa doença estão os presidiários. Conforme o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ministério da Saúde (2020), em 2019 foi notificado 8.154 casos de tuberculose entre os detentos, que em decorrência de um conjunto de fatores, incluindo aqueles relacionados às características destes grupos e do confinamento, como também do acesso aos serviços de saúde e condutas para controle de infecções, são mais suscetíveis a essa doença (BAUSSANO, 2010).

Estudar esses cenários em que são expostos os detentos como fatores de riscos para a disseminação da tuberculose como também a sua prevalência entre eles, são importantes para informar e avaliar formulações de estratégias de políticas públicas mais eficientes de controle e prevenção. De acordo com Ministério da Saúde (2019) há desafios no controle da doença devido à determinação social, ao lado de uma importante crise econômica pela qual o país tem passado nos últimos anos. Somada a isso, a maior representatividade de populações mais vulneráveis à tuberculose, sinaliza que, para o alcance das metas ousadas do Plano Nacional pelo fim da tuberculose, serão necessários esforços adicionais, como ações intersetoriais que atendam às populações vulneráveis, além de ações articuladas entre as três esferas de gestão do Sistema Único de saúde (SUS).

Diante disso está pesquisa é significativa, pois a partir dela agrega conhecimento e informação através do levantamento bibliográfico de dados com intuito de estimar a magnitude do quanto à população prisional é atingida, caracterizando as dimensões de vulnerabilidade, com objetivo de contribuir para fortalecer pesquisas, e avaliar estratégias de controle e prevenção da tuberculose neste segmento populacional.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar a epidemiologia da tuberculose na população carcerária no Brasil entre os anos de 2015 a 2020.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever o perfil epidemiológico da tuberculose em detentos.

- Dissertar sobre as estratégias de controle e prevenção da tuberculose da população presidiária no Brasil.
- Verificar a associação dos indicadores socioeconômicos e socioambientais com a ocorrência da tuberculose em presidiários no Brasil.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com o objetivo de reunir e organizar resultados a partir de fontes auxiliares, através de pesquisas bibliográficas por intermédio da realização de uma revisão integrativa. A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, permitindo informações mais extensas com integração de indícios sobre um determinado tema, com a intenção de colaborar com a incorporação de evidências sobre um tópico, no intuito de contribuir para o crescimento do fenômeno investigado (BERCOLE et al, 2020).

Para o desenvolvimento desse trabalho, foram selecionados estudos sobre indivíduos privados de liberdade com fatores que predispõem a tuberculose, a busca ocorreu por meio de consulta às bases de dados a partir de artigos disponíveis na Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Google acadêmico, Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico Secretária de Vigilância em Saúde, e principalmente por meio das bases de dados do sistema de informação de agravos de notificações (SINAN), além de relatórios do departamento penitenciário nacional, dos anos de 2015 a 2020.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram utilizados os seguintes descritores para a pesquisa de artigos nos idiomas (inglês e português), “tuberculose”, “prisoneiros”, “Brasil”, objetivando uma melhor dinâmica de compreensão sobre fatores que favorecem efetivamente para conhecer e entender a importância da doença em detentos, caracterização do perfil da tuberculose na população carcerária, pesquisa dos fatores de riscos e epidemiológicos adequados ao cenário prisional e a fatores determinantes que contribuem para a prevalência da tuberculose nos presidiários.

Os critérios de exclusão de texto foram filtrados por artigos que não estejam de acordo com os objetivos propostos por este estudo, ou seja, os que estão fora do parâmetro estabelecidos, não serão abordados; estudos que abordam outros fatores não relacionados ou pertinentes ao tema; artigos que se repetem nas bases de dados e que não respondem sobre a tuberculose em pessoas privadas de liberdade.

Em relação ao delineamento dos estudos epidemiológicos, tanto a análise quanto a síntese extraída das pesquisas, foram realizadas de forma descritiva, que é de grande valor para a investigação e o controle de tais situações de alerta epidemiológico, sejam estas surtos de doenças infecciosas ou outros incidentes de natureza aguda, que teve por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, sendo essencial para identificar e caracterizar a ocorrência de uma situação epidêmica.

A epidemiologia descritiva utilizou dados secundários do Sistema de Informações de Agravos de Notificações e Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias entre os anos de 2015 a 2019, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vista para a saúde.

Dessa forma, para seleção prévia dos artigos, realizou-se síntese, leitura de título e resumos de todas as publicações identificadas. Logo após, fez-se a triagem e análise conforme os critérios de inclusão e exclusão, deste modo leram-se na íntegra os artigos selecionados.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, de domínio público, não foi necessário submeter e obter a aprovação do comitê de ética em pesquisa. É indiscutível que o estudo desenvolvido sobre cada um desde fatores é de extrema relevância, que estejam vinculados ao aprofundamento de saberes específicos com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão repleto de particularidades, como a doença em presídio.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tuberculose é uma doença infecciosa, que acomete 85% dos portadores em sua forma pulmonar e 15% em sua forma extrapulmonar; esta doença acomete principalmente imuno-deprimido e pessoas em contato próximo a casos de tuberculose, seja em casa, no trabalho, em hospitais e prisões (Sociedade Brasileira de Pneumologia, 2012).

De acordo com dados extraídos do Departamento Penitenciário Nacional, vinculado ao Ministério de Justiça e Segurança Pública, em complemento aos dados do Datasus, sistema de informações do Ministério da Saúde, entre os anos de 2015 a 2019, observou-se que os números de presos embora tivessem sofrido mudanças, mas os casos de tuberculose nesses anos mantiveram-se com valores aproximados, apresentando crescente nos casos notificados, conforme no quadro 01 a seguir:

Quadro 01. Incidência da Tuberculose em PPL, de 2015 – 2019.

ANOS DE ESTUDO	PPL	Casos Confirmados de tuberculose.
2015	698.618	7.648
2016	726.712	8.351
2017	726.354	10.233
2018	725.332	10.800
2019	748.009	11.531

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET, 2015 a 2019.

Ressalta-se ainda que de acordo com o Sinan nos anos de 2015 a 2019, os números de tuberculose nos anos anteriormente mencionados de pessoas privadas de liberdade com notificação em banco, embora tenha sofrido uma diminuição conforme quadro 02 a seguir, continua alto, podendo contribuir com a crescente do número de casos de tuberculose na população privada de liberdade:

Quadro 02. Casos de Tuberculose subnotificados em PPL, de 2015 – 2019

ANO DE ESTUDO	PPL	SUBNOTIFICAÇÕES
2015	698.618	9.353
2016	726.712	5.299
2017	726.354	4.928
2018	725.332	4.273
2019	748.009	4.144

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET, 2015 a 2019.

Algumas estimativas equivocadas a cerca da estimativa de magnitude da doença, podem ser decorrentes de subnotificações, prejudicando desta forma o planejamento de estratégias da prevenção e controle da doença (CARVALHO et al, 2011).

Embora desde 2006, tenha sido repassado do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) para as unidades penitenciárias R\$ 95 milhões de reais em investimento de saúde, sendo 4,6 milhões para aquisição de insumos, além de outros materiais, R\$ 7 milhões de investimentos para o diagnóstico de tuberculose, nota-se ainda que o número de casos de tuberculose em pessoas privadas de liberdade se aumentou nos últimos anos (Superintendência dos Serviços Penitenciários, 2020).

Tuberculose (TB) continua sendo um importante problema de saúde do Brasil e de direitos humanos, que demanda condutas mais efetivas de controle, tratamento e prevenção. O receio do risco de adoecer por TB é partilhado entre as pessoas privadas de liberdade (PPL), guardas, profissionais de saúde, familiares, visitantes e entre todas as pessoas que frequentam as prisões (BACELAR et al, 2019).

Os presídios brasileiros propiciam o alastramento da bactéria da tuberculose em virtude à superlotação das penitenciárias, baixa incidência solar, acesso limitado ao serviço de saúde, ventilação reduzida, baixas taxas de cura, saída em liberdade antes de concluir o tratamento com posterior interrupção, desnutrição, uso de álcool, drogas e comorbidades como HIV. Isso causa problemas cada vez maiores, causando a disseminação do número de casos (GAMEIRO, 2019).

Foram criados programas, com elaboração e pactuação de uma política que considerasse, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade, com intuito de reduzir o número de casos de tuberculose, sendo citados os mais relevantes em presídios (SECRETÁRIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2017).

1- PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)

O Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano de 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) para garantir o acesso à saúde dos presos condenados, oferecendo serviços de atenção básica dentro das unidades prisionais, pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas e respaldou-se em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde (ALLGAYER et al, 2019).

Devido à comprovação do esgotamento desse modelo de Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que demonstrou serem limitadas por não considerar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário- delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, penitenciárias federais, surgiu dez anos depois, a partir dessa avaliação, a Política Nacional de Atenção

Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). (SECRETÁRIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2017).

2- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)

Em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), estendeu o cuidado em saúde para todas as pessoas privadas de liberdade, incluindo os presos provisórios, porém ainda há um impedimento burocrático, além do preconceito e discriminação (FERRAZ et al, 2014).

O PNAISP recomenda a integralidade da atenção à saúde no sistema prisional e equipes multiprofissionais formadas por médico, enfermeiro, dentistas cirurgiões, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Sendo que cada equipe é responsável pelo quantitativo de 100 a 500 presos; e nas unidades com menos de 100 presos, o atendimento é de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde do território (ALLGAYER et al, 2019).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) está em processo de estruturação e de adesão dos diversos municípios do Brasil, recebendo incentivo financeiro para realizar o cuidado a saúde dentro do sistema prisional, porém esse sistema carece de monitoramento e avaliação sobre ações realizadas. Conclui que é uma política muito importante, entretanto sua efetivação requer o desenvolvimento de ações que propiciem maior qualidade de vida e dignidade das pessoas inseridas no sistema prisional (FREITAS et al, 2016).

3- O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PNCT)

Com as realizações das ações direcionadas a TB no sistema prisional, outras medidas foram adotadas, juntamente com a participação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde, tenha um efetivo sistema de comunicação entre as unidades prisionais, dessa forma, a unidade responsável precisa estar preparada para receber o indivíduo que precise de tratamento para tuberculose. Portanto, propor, a partir de apresentações reais, intervenções simples, sem comprometer a segurança de todos (WINTER, 2017).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi desenvolvido em 1999, por intermédio de um programa unificado, que prioriza e recomenda um plano das medidas de controle, vigilância, prevenção e tratamento da doença para a Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo, sobretudo,

aumentar o apoio aos pacientes, à descoberta das fontes de infecção e a cura, para reduzir o risco de transmissão da doença nos presídios (ANDRADE et al, 2017).

Somente em 2010, o PNCT estabeleceu, através do Manual de Recomendações, diretrizes específicas para a população privada de liberdade, necessitando de uma avaliação da implementação desse programa. Os componentes estratégicos têm como objetivo de garantir a especialização dos assuntos, integrando suas competências, habilidades e atitudes para potencializar o planejamento e atingir os resultados esperados para o controle da tuberculose. Seus componentes e subcomponentes são: Administração e Orçamento; Atenção à Pessoa com Tuberculose; Informação Estratégica; Mobilização, e Promoção à Saúde; Planejamento e Monitoramento (BACELAR et al, 2019).

As medidas de controle são classificadas em três grupos: administrativas ou gerenciais; de controle ambiental ou de engenharia; e de proteção individual. De acordo com o perfil de cada unidade, estratégias administrativas estão baseadas na procura e atenção maior para identificar precocemente casos potencialmente infectantes, com a intenção de cessar a cadeia de transmissão, reduzir e controlar o fluxo de casos da doença em longo prazo, havendo o isolamento desses pacientes e iniciação imediata do tratamento adequado (CAMPOS et al, 2014).

As intervenções pela melhoria das condições ambientais em prisões devem expor soluções na arquitetura dos presídios como formas de eliminar ou amenizar a propagação dessa doença, visto que quanto maior a diluição e a remoção das partículas infectantes do ar no ambiente, menor o risco de infecção pelo bacilo. Assim sendo, um dos exemplos de soluções se dá por intermédio de ventilações naturais e/ou instalações de sistema mecânicos de ventilação, que devem ter o propósito de funcionar como exaustores, posicionar ventiladores para o exterior para obter um maior fluxo de ar de modo efetivo no controle da infecção por *Mycobacterium tuberculosis* (BACELAR et al, 2019).

Considerando que a transmissão dessa bactéria, se dá por intermédio da contaminação do ambiente, uma vez que expelidos pelo doente, permanecem no ar por tempo indeterminado, e por conta da ventilação reduzida nas celas, favorece a duração em suspensão no ar do ambiente. Tendo em vista que um dos métodos mais eficazes para evitar o contágio é melhorar a circulação do ar. Além disso, o bacilo de Koch apresenta pouca resistência à radiação ultravioleta presente na luz solar, o que torna a iluminação natural uma grande aliada no controle da doença (SANTOS et al, 2017).

Outro fator significativo para as mudanças estratégicas no ambiente das prisões será a possibilidade de disponibilizar, a entrada de luz natural direta, já que o raio ultravioleta presentes na luz solar é eficaz para a inativação dos bacilos, sua ação é bastante sensível a essa ação (SANTOS et al, 2012).

A superlotação, além de ter um resultado de crescimento progressivo nas prisões brasileiras, é um dos principais problemas no sistema carcerário do país, pois ocasiona progressivamente a propagação e o contágio do bacilo de Koch tanto pelo ambiente quanto pelo os detentos, os quais são os mais prejudicados devido às péssimas condições do ambiente, além da ineficiência da assistência em saúde nos presídios, tornando-se um motivo preocupante em relação aos especialistas, devido ao fato que diagnósticos e um rápido início de tratamento são primordiais para conter o progresso da doença, tanto no período da amplificação da transmissão, como em pessoas infectadas (SÁNCHEZ et al, 2016).

Além disso, a importância das medidas de proteção individual consiste no uso de máscaras especiais para proteção respiratória de forma criteriosa, sendo um dos itens de grande relevância de biossegurança, quando as medidas administrativas e de controle ambiental não são suficientes para impedir o contágio. Sendo utilizadas tanto pelos profissionais de saúde ou visitantes (acompanhantes) ao entrarem em locais com maiores riscos de transmissão (KRITSKI et al, 2011).

Dessa maneira, sobre as análises do Programa Nacional do Controle da Tuberculose têm comprovado que os serviços de saúde, no Brasil, não estão devidamente preparados para acompanhar o portador de TB. Dificuldades como a falta de integração entre os serviços que constituem a rede de atenção à saúde, baixa capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS) no diagnóstico, falha no desenvolvimento laboratorial e a desqualificação profissional ao lidar com novas tecnologias, idéias inovadoras e modernas, são direcionados como causas da atual situação da doença no País (ANDRADE et al, 2017).

Em relação ao percentual de cura de TB do sistema prisional, observa-se que a média brasileira é de 73,5%, sendo um dado bastante relevante ao considerar as unidades prisionais como um todo. Mas de acordo com os dados que vem sendo divulgados sobre a detecção da doença, é insuficiente e o número de doentes é provavelmente elevado ao que foi mencionado pelo PNCT (WINTER, 2017).

4- PLANO NACIONAL PELO FIM DA TUBERCULOSE.

Em 2017, por conseguinte, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, como Problema de Saúde Pública que ratifica o compromisso com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em reduzir o nível de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes até o ano de 2035, cuja execução foi dividida em quatro fases: 2017-2020, 2021-2025, 2026-2030 e 2031- 2035. Ao final de cada fase, informativos do programa serão avaliados e seus resultados servirão de auxílio para o desenvolvimento das fases consecutivas (FERNANDES et al, 2017).

De acordo com os procedimentos para a erradicação da doença, foi feita a análise e avaliação entre o ano de 2017- 2020, mesmo com o aumento da demanda por atendimentos relacionados à bactéria, o Brasil dá sinais da dificuldade em reduzir os números da doença, avançando pouco em relação à meta para o fim da tuberculose (BOMFIM, 2020).

Com um novo projeto apoiado pelo Ministério da Saúde, com parceria com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o intuito de ter durabilidade de dois anos, visa diminuir a carga da doença em presídios no Brasil. Os casos de tuberculose na população privada de liberdade representam cerca de 10% dos registros da doença em todo o país (BOGAZ, 2018).

O controle da TB é uma necessidade que assola a sociedade, e que pode ser desenvolvido e executado por ser uma doença curável e de fácil prevenção. Tornando-se essencial o cuidado completo à saúde da pessoa privada de liberdade, identificando suas vulnerabilidades e atuando na prevenção, promoção e na reabilitação e recuperação da sua saúde (SILVA et al, 2019).

A população brasileira segundo o IBGE, até o ano de 2020 é de 212.207.480 de pessoas e a população carcerária é de 773.151 pessoas até o início do ano de 2020, o que corresponde a 0,36% da população brasileira que se encontra privadas de liberdade (IBGE, 2020).

O Brasil tem umas das maiores populações presidiárias, com 748.000 mil presos, mais da metade dos presos estão entre 18 e 29 anos, e são negros e a maioria sem condenação judicial. É a terceira maior população carcerária do mundo, e considerando alguns fatores sócios econômicos e ambientais, tornam-se mais vulneráveis ao risco de contágio e disseminação da tuberculose. Segundo o Infopen de junho de 2019, há 8.638 casos de tuberculose, 7742 casos de HIV, 5449 casos de Sífilis, além de 4.927 casos de outras comorbidades. Os dados são registrados por casos, logo, podemos ter menos presos do que casos, tendo em vista que um preso pode ter mais de uma morbidade (DEPEN, 2019).

O Brasil possui características muito peculiares como a pobreza e falta de condições sanitárias e aglomeração urbana, logo, toda enfermidade e sua distribuição populacional são produtos da organização social e remetem as iniquidades existentes em cada sociedade, o qual persiste vários desafios na saúde (BARATA, 2009). Consequentemente os grupos dos presidiários tornam-se mais vulneráveis.

Nesse contexto, é importante acessar as vulnerabilidades sociais em que este segmento populacional possui com a tuberculose que propicia sua enfermidade. Logo é considerável, além de quantificar os

casos de TB na PPL, conhecer os fatores que permeiam esse contexto e que interferem na dinâmica do adoecimento e tratamento da doença e disseminação (MACEDO et al, 2020).

As taxas de aprisionamento e contaminação pela tuberculose são altamente complexas (Tabela 2) e estão relacionados a uma multiplicidade de fatores sociais, políticos, culturais, econômicos e geográficos.

Os efeitos que comumente são associados ao encarceramento e a saúde prisional, a qual se destaca a seletividade racial e a ampliação e a reprodução da desigualdade social, da pobreza, da vulnerabilidade entre estes tipos de segmentos, sendo que entre os anos de 2015 a 2019 foram notificados no total 48.563 casos de tuberculose entre as PPL. Comparado às taxas aprisionamento entre esses anos de 2015 a 2019 que foi de 3.625.025, tem-se um percentual 13,41% desta população contraíram tuberculose.

Ainda relacionando-se o número total de acometimento de TB nas PPL de 48.563 dos anos de 2015 a 2019 com os números totais das características dessa população, obteve-se um percentual de 54% entre a faixa etária de 20 a 29 anos, observando-se uma alta incidência em todos os anos de 2015 a 2019 entre esses jovens, a incidência também se mostrou elevada entre os detentos de raça preta e parda, com um percentual total de 60%, destacou-se também a ocorrência alta em presidiários do gênero masculino com um percentual total de 96,9%, além do envolvimento com os fatores de riscos como o tabagismo 30,77%, alcoolismo 14,19% e uso de drogas ilícitas 27,49%. Os jovens pobres e negros, representam crescentemente uma taxa elevada ao longo dos anos de 2015 a 2019, de acordo com a quadro 2. Evidencia-se ainda o expressivo número de notificações com essas informações ignorada/sem preenchimento.

QUADRO 2: CARACTERÍSTICAS DA PPL COM TUBERCULOSE.

Pessoas privadas de liberdade 2015 - 2019						
ANO	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
PPL						
SIM	7.648	8.351	10.233	10.800	11.531	48.563
NÃO	68.451	71.469	75.115	79.270	79.823	374.128
IGNORADAS - SEM PREENCHIMENTO	9.353	5.299	4.928	4.273	4.144	23.997
IDADE						
15-19	266	258	333	346	429	1.332

20-29	3.980	4.407	5.617	5.967	6.299	26.270
30-39	2.258	2.611	3.036	3.100	3.241	14.246
40-49	713	681	807	926	1.009	4.136
50-59	266	237	262	274	308	1.347
Mais de 60	132	116	154	163	161	726
RAÇA						
BRANCA	2.426	2.472	2.918	3.003	2.747	13.566
PRETA	874	928	1.154	1.266	1.294	5.516
AMARELO	59	45	80	73	65	322
PARDA	3.392	3.834	4.881	5.601	5.929	23.637
INDÍGENA	39	18	32	36	27	152
IGNORADAS – SEM PREENCHIMENTO	858	1.054	1.168	821	1.469	5.370
SEXO						
MASCULINO	7.309	8.055	9.963	10.521	11.232	47.080
FEMININO	339	296	269	279	298	1.481
DOENÇAS						
AIDS	586	538	532	551	538	2.745
ALCOOLISMO	787	1.032	1.450	1.750	1.875	6.894
TABAGISMO	1.617	2.300	3.270	3.849	3.911	14.947
DROGAS ILÍCITAS	1.464	2.080	2.907	3.316	3.585	13.352
IGNORADAS – SEM PREENCHIMENTO	8.108	4.707	5.955	7.705	9.099	35.574

Fonte: adaptado Datasus, 2015,2016,2017,2018,2020.

O perfil encontrado chama atenção para o agravante social da problemática, trata-se de uma população considerada jovem acometida por uma doença historicamente carregada de estigmas e que se encontra em reclusão em uma fase tida como “economicamente ativa” (ALVES et al, 2020).

Fazendo essa abordagem multifatorial verificou-se sua relação de gênero, idade, raça entre outras, são variáveis utilizadas na interpretação da incidência elevada da TB nos grupos mais vulneráveis a essa doença, como os presidiários, consideradas como atributos a eles inerentes (REIS et al, 2014).

Vale ressaltar que a relação entre a TB e a pobreza é indiscutível, quando esta é considerada um produto da organização da sociedade e está associada a condicionantes, como poluição ambiental, isolamento social, condições inadequadas de trabalho e o limitado acesso aos serviços de saúde, pois

envolve privação material, social e emocional. A precariedade de acesso à educação e aos recursos básicos para a vida gera exclusão e discriminação, comprometendo o controle sobre a vida (BERTOLOZZ et al, 2020).

Portanto, o modo de vida e a significação da saúde-doença remetem as características sociais de produção, distribuição e de consumo. A teoria da determinação social do processo saúde-doença considera as condições coletivas dos grupos sociais e os comportamentos dos indivíduos que os compõem, que não se restringem à perspectiva da dimensão individual, mas refletem comportamentos, os valores, as crenças, são produto das peculiaridades da inserção social de cada cidadão (BORGHI et al. 2018).

São fatores que contribuem efetivamente para alta endemicidade da tuberculose nas PPL, que podem ser atribuídos aos indivíduos e sua condição de vida antes do encarceramento, como ser jovem, do sexo masculino e com baixa escolaridade, fazer uso de drogas, apresentarem agravos associados, ter feito tratamento anterior para TB e ter antecedente de encarceramento; ou ainda fatores relacionados ao encarceramento (MACEDO et al.2020).

De modo geral, estudos apresentam as desigualdades como fatores, que podem interferir na cura e/ou no controle da doença, com destaque para: idade, renda, transferência de renda, desemprego, trabalho não qualificado, acesso à alimentação, às tecnologias de saúde, exames, aos serviços de saúde (deslocamento), educação em saúde, escolaridade, apoio psicossocial, formação profissional, vulnerabilidade social/condições de vida (densidade populacional, condições da habitação), acesso ao saneamento básico, pobreza, expectativa de vida, aporte de gastos em saúde pelo país, articulação da rede de serviços de saúde, todos esses contextos sociais envolve o enfrentamento das desigualdades sociais que dificultam o controle da doença (QUEIROGA et al, 2018).

De fato, as desigualdades sociais não se restringem às diferenças injustas entre indivíduos ou entre grupos de indivíduos, mas tem um conteúdo político referente à injustiça social e ao desrespeito aos direitos humanos, associados aos processos sociais que, sistematicamente, colocam alguns grupos em desvantagem em relação ao exercício da vida com dignidade, e à manutenção da saúde. (BARATA, 2009).

O processo saúde-doença e os determinantes ambientais e influentes sociais e econômicos decorrentes das distintas inserções dos grupos sociais na estrutura da sociedade são responsáveis pela maior parte das iniquidades, com reflexo no aumento de contaminação pela TB. O conhecimento dos determinantes da TB é fundamental, principalmente em países de baixa e média renda, que

apresentam uma fase de transição epidemiológica, em que doenças infecciosas representam as principais causas de morte. (BERTOLLOZI et al, 2018).

Visto que demonstra que há uma relação marcante entre doença, desigualdades em saúde com a população presidiária. De fato, afirma-se a vinculação entre indicadores socioeconômicos e a ocorrência da doença tanto no âmbito individual quanto no coletivo, destacando-se sua íntima relação com as condições de vida. (BOCCIA et al, 2011; PEDRO et al, 2017).

A alta incidência de tuberculose nos presídios brasileiros já se transformou em emergência de saúde pública e direito humano. Por ser considerada uma doença transmissível de pessoa a pessoa a qual está diretamente relacionada a condições ambientais, logo as condições que os presidiários são expostos por um tempo pode-se dizer que há uma facilidade de transmissão dessa doença, somada as condições individuais de cada prisioneiro, isto é, pacientes infectados pelo HIV, pacientes com condições importunas com outras doenças com a possibilidade de transmissão e desenvolvimento dessa doença é muito maior (FIOCRUZ, 2018).

Conforme o quadro 3 nota-se um expressivo aumento quanto ao déficit de vagas nas prisões brasileiras, comparadas entre os anos e 2015 a 2019, em torno de 69,8% de ausência de vagas e com uma capacidade de vagas disponível de 21,45% para uma taxa de aprisionamento em torno de 36,42%, o que se torna também um fator determinante para a disseminação e o acometimento da tuberculose nos presidiários.

QUADRO 3: Taxa de aprisionamento e déficit de vaga por ano nas penitenciárias brasileiras

ANO	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TAXA DE APRISIONAMNETO	698.618	722.120	722.716	744,216	755.274	755.274
N TOTAL DE VAGAS DISPONÍVEIS	371.201	446.874	430.137	454.833	442.349	446.738
Déficit de vaga	327.417	275.246	292.579	289.383	312.925	231.768

Fonte: adaptado INFOPEN, 2020.

No entanto, ao contrário do que estabelece a lei, os presídios atualmente proporcionam um ambiente degradante e desumano ao preso, tendo em vista, a superlotação, a ausência de assistência médica, a precariedade na alimentação e a falta de higiene que desencadeiam diversas doenças, principalmente a tuberculose (MACHADO, 2014).

O sistema carcerário no Brasil é crítico, pois a precariedade e as condições subumanas que os detentos vivem atualmente são assuntos delicados. Tendo em vista, que os presídios se tornaram grandes e aglomerados depósitos de pessoas, tem-se que a superlotação, a falta de assistência médica e até mesmo higiene pessoal, acarretam doenças graves e incuráveis, onde o risco da contaminação pelo bacilo de Koch é altamente elevado (MACHADO, 2014).

O ambiente da prisão é enfatizado nas discussões acerca dos elevados índices de contaminação de tuberculose. Por si só, um ambiente de confinamento com alta prevalência da doença em sua forma ativa, a superlotação populacional, a pobre ventilação e iluminação, justifica-se a ocorrência de tantos casos de TB diagnosticados, haja vista a transmissão aérea do bacilo (BONATTO, 2015).

O recorte da tuberculose no sistema penitenciário é uma doença de mais importância pelo seu potencial de agressão que pode matar, e atinge muito mais nas pessoas presas embora tenha tratamento, mas se dá pela falta de assistência à saúde (PASTORIZ et al, 2019).

A TB Sendo uma doença tratável de diagnóstico fácil, porém de potencializada transmissão e adoecimento pelo ambiente carcerário, como a superpopulação a concentração de pessoas a falta de ventilação iluminação de assistência, fazendo com que ela se prolifere de uma maneira muito rápida acometendo não só aquelas pessoas que estão lá mais também às pessoas que estão fora, que trabalham dentro dos presídios os familiares que vão visitar, tornando-se um problema não só restrito a esses lugares (FIOCRUZ, 2018).

Diante disso, pode-se perceber a urgência em estabelecer medidas eficazes para o precário quadro atual do sistema prisional brasileiro que fica em evidência a realizações de novos estudos sobre a tuberculose no sistema carcerário, portanto o acesso à assistência à saúde e a reestruturação arquitetônica das prisões são desafios significativos para o controle da tuberculose nas penitenciárias (CARDOSO, 2019).

5. CONCLUSÃO

Com base nos objetivos definidos foi possível ter uma visão ampla acerca da situação epidemiológica da TB em presos do Brasil, ocorrendo o aumento do número de casos de 7.648 em 2015 para 11.531 em 2019. É um estudo que reflete tanto os esforços dos programas de tratamento e prevenção da TB no Brasil quanto os fatores determinantes sociais, os quais têm um impacto considerável para a incidência dessa doença nas PPL. Visto que reforça a importância de uma resposta articulada que envolve outros setores da sociedade, como movimentos sociais, organizações governamentais, mais

sobre tudo de movimentos que dialogam com as populações mais vulneráveis, com intuito de reforçar a universalização da saúde, a melhoria social e ambiental os quais estão expostos os prisioneiros.

Necessário também, que se faça uma reflexão sobre as subnotificações desta doença, visto que pessoas privadas com resultados falsas positivos em subnotificação podem contaminar os visitantes e estes levarem a doença para a sociedade geral, contribuindo desta maneira com os casos de tuberculose na população em geral.

A obtenção desses dados propôs avaliar não só as fragilidades do sistema prisional como também seus pontos fracos nos programas governamentais quanto ao combate à tuberculose nas cadeias, obtendo resultados pertinentes, permitindo de forma abrangente uma melhor compreensão acerca do cenário epidemiológico da tuberculose nas PPL no Brasil, o qual contribuirá para reforçar o conhecimento literário e para implementação de melhoria em políticas públicas referente à saúde no sistema prisional.

Haja vista a complexidade das representações sociais que considera as fragilidades de uma parcela da sociedade como os grupos das PPL entre os mais vulneráveis ao processo de saúde-doença, principalmente por doenças infecciosas como a TB, o qual está em considerar dentro de uma perspectiva fatores individuais e coletivos como uma combinação de que juntos determina o estado de saúde, logo se assume a questão da tuberculose não só com uma questão de saúde e segurança, mais sim como também uma questão de políticas sociais e que devem ser encaradas pela sociedade como um todo.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.

ALLGAYER, M, F. et al. Tuberculose: vigilância e assistência à saúde em prisões. Revista Brasileira de Enfermagem, 2019.

ALVES, J.P. et al. Perfil epidemiológico de pessoas privadas de liberdade. Revista de enfermagem. Recife, PE. 2017.

ANDRADE, H, S. et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. ARTIGO ORIGINAL • Saúde debate, 2017.

BACELAR, A. et al. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. 2ª Ed. Brasília DF. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2019.

BARBOSA, J. et al. Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades (MOPECE) Investigação epidemiológica de campo: aplicação ao estudo de surtos. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil, 2010.

BAUSSANO, Iacopo et al. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. PLoS medicine, v. 7, n. 12, 2010.

BERCOLE, F, F; MELO, L, S; ALCOFORADO, C, L. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, Vol.18.1, 2020.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. La incidencia de la tuberculosis y su relación con las desigualdades sociales: Estudio de revisión integradora en la Base PubMed. Escola Anna Nery, v. 24, n. 1, 2020.

BLUMBERG, Henry M.; ERNST, Joel D. O desafio da infecção latente de TB. Jama, v. 316, n. 9, pág. 931-933, 2016.

BOCCIA, Delia et al. A associação entre posição socioeconômica familiar e tuberculose prevalente na Zâmbia: um estudo de caso-controle. PLoS one, v. 6, n. 6, pág. e20824, 2011.

BOGAZ, C. População carcerária é foco de projeto contra tuberculose. Canal Saúde, Construindo cidadania, 2018.

Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Número Especial | Mar. 2020. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Boletim-tuberculose-2020-marcas--1-.pdf>>. Acesso em: 15/04/2020.

Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde | Mar. 2019. Acesso: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>.

BOMFIM, C. Viva Bem. Sintomas, prevenção e tratamentos para uma vida melhor. 2020.

BONATTO, Bruna Mayara et al. AUSÊNCIA TRÁGICA: A TARDIA EMERGÊNCIA DAS QUESTÕES DE SAÚDE NO AMBIENTE PENITENCIÁRIO. 2015.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou Determinantes Sociais da Saúde: Texto e Contexto na América Latina. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, n. 3, p. 869- 897, 2018.

BRASIL. Ministério da Cidadania/ Secretaria Especial de Desenvolvimento Social/ Secretaria Nacional de Assistência Social. Instrução Operacional Conjunta nº1, de 26 de setembro de 2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-operacional-conjunta-n-1-de-26-de-setembro-de-2019-218824329>>. Acessado em: 27/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/tuberculose>> acessado em: 15/ 04/20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 2018. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/19>.

CARDOSO, Heloisa Helena Garrido. A saúde dos detentos no sistema penitenciário brasileiro: uma análise de um Instituto Penal do Estado do Rio de Janeiro. 2019. Tese de Doutorado.

CAMPOS, H,S. et al. Tratamento e prevenção contra a tuberculose. EDITORA FIOCRUZ, 2014.

DA SILVA, Maria Elizabete Noberto. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. RBAC, v. 50, n. 3, p. 228-32, 2018.

FERNANDES, A, A. et al. Brasil Livre da Tuberculose Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília DF, 2017.

GAMEIRO, N. Projeto da Fiocruz busca reduzir tuberculose nas prisões. FIOCRUZ BRASÍLIA, 2019.

Instituto Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, INFORME ENSP, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35603>>. Acessado em: 29/05/2020.

KRITSKI, A, L. et al. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, 2011.

Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento da Infecção Latente da Tuberculose, Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

Ministério da Saúde, 2014.

MACEDO, Laylla Ribeiro; MACIEL, Ethel Leonor Noia; STRUCHINER, Claudio Jose. Fatores associados à tuberculose na população privada de liberdade no Espírito Santo. Revista de Saúde Pública, v. 54, p. 67, 2020.

MACHADO, Nicaela Olímpia; GUIMARÃES, Isaac Sabbá. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajará, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI, v. 5, n. 1, p. 566-581, 2014.

Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan NET.

PEDRO, Alexandre San et al. Tuberculosis as a marker of inequities in the context of socio-spatial transformation. Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 9, 2017.

QUEIROGA, Rodrigo Pinheiro Fernandes de; SÁ, Lenilde Duarte de; GAZZINELLI, Andréa. A tuberculose na população em situação de rua: desempenho de profissionais da atenção primária. 2018.

Reis-Santos B, Rocha MS. Tuberculosis: na Instrumentofearlymortality in lifecourse. Lancet InfectDis. 2020; 20(1): 11-12. doi:10.1016/S1473- 3099(19)30583-3.

SÁNCHEZ, A; LAUROZÉ, B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. saúde colet. 2016.

SANTOS, M. et al. Manual de intervenções ambientais para o controle da tuberculose nas prisões. Departamento Penitenciário Nacional, 2012.

Saunders MJ, Evans CA. Fighting poverty to prevent tuberculosis. Lancet InfectDis. 2016;16(4): 395-396. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00434-X.

Secretária de Atenção primária à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), 2017.

SILVA, Denise Rosato et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. Revista Brasileira de Pneumologia, Vol. 44, N 2. São Paulo, 2018.

SIQUEIRA, H.R.; Enfoque Clínico da Tuberculose Pulmonar. Pulmão RJ, Rio de Janeiro, 21(1): 15-18, 2012.

Superintendência dos Serviços Penitenciários. Susipe, 2020.

VALENÇA, M, S. et al. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. REVISÃO. Ciênc. Saúde colet. 2016.

VALENÇA, M, S, et al. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. Ciência e Saúde Coletiva, v. 21, 2016.

WINTER, B, C, A; GARRIDO, R, G. A Tuberculose no Cárcere: Um retrato das mazelas do sistema prisional Brasileiro. Ensino de Ciência Forense, 2017.

World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/>. Acessado em: 26/05/2020.

Capítulo 3



10.37423/221206930

PROPOSTA INICIAL DE UM PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO PARA GESTANTES EXPOSTA AO SARS-COV-2 ATENDIDAS NO PROJETO PROUDEST

Aleida Oliveira de Carvalho

Escola Superior de Ciências da Saúde

Alessandra da Rocha Arrais

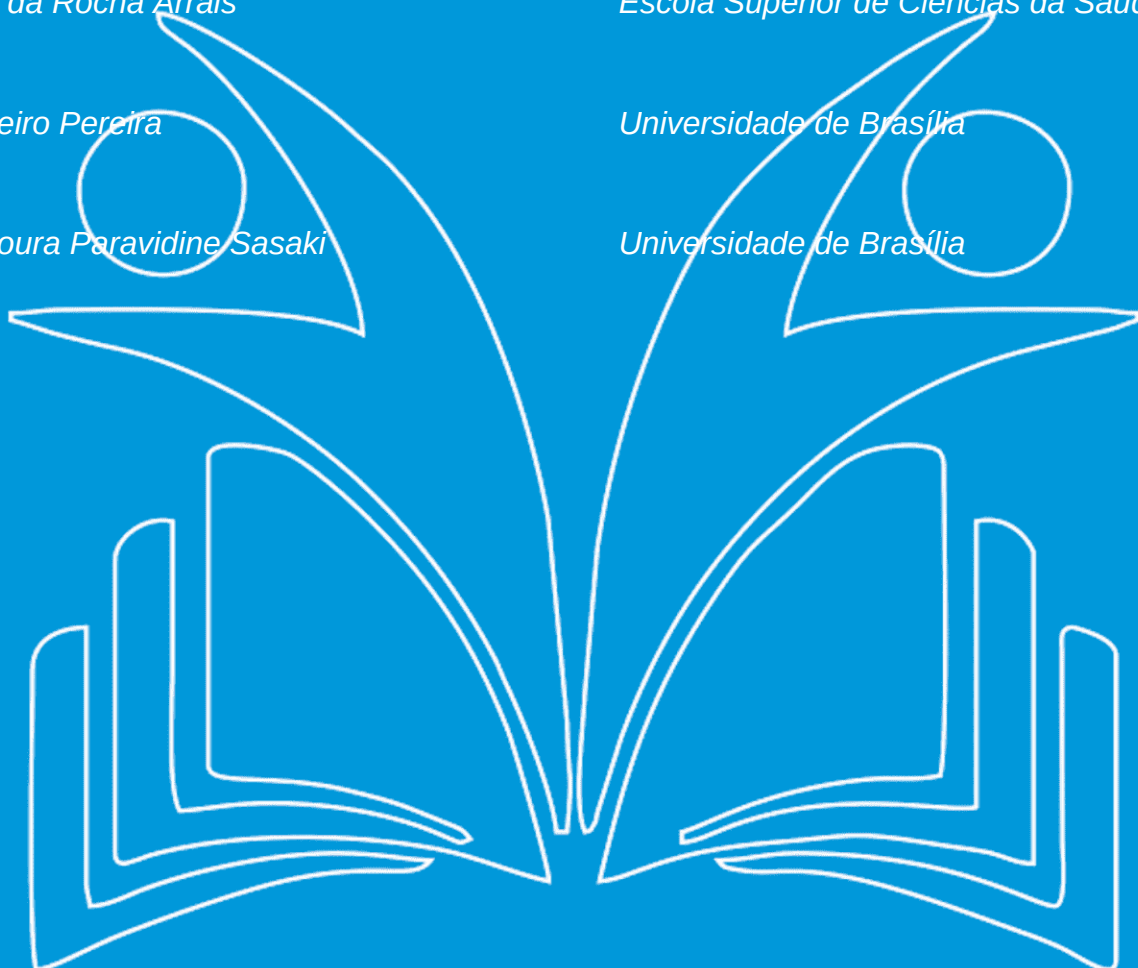
Escola Superior de Ciências da Saúde

Yacara Ribeiro Pereira

Universidade de Brasília

Lizandra Moura Paravidine Sasaki

Universidade de Brasília



INTRODUÇÃO

Diante da eclosão da pandemia do novo coronavírus (SARS-COV 2) e a falta de conhecimento sobre a doença COVID-19, fez-se imperativo o desenvolvimento de pesquisas que pudessem contribuir para a compreensão, controle e redução/eliminação dos seus sintomas e sequelas. Este artigo é fruto desse impeto em busca de um novo saber sobre o impacto global dessa doença na saúde emocional das gestantes e construção de suas maternidades. Deste modo, o presente trabalho descreve uma proposta um Pré-Natal Psicológico - pré-natal complementar ao pré-natal médico ou de enfermeiras como foco da promoção de saúde mental e atenção integral à gestantes, suas famílias e companheiros(as) - como estratégia de intervenção frente às demandas de gestantes exposta ao sars-cov-2.

Tal intervenção trata-se de um dos estudos satélites do Projeto PROUDEST (Pregnancy Outcome and Child Development Effects of SARS-COV-2 Infection Trial) - desenvolvido em um hospital de ensino em Brasília, Distrito Federal - o qual busca compreender os efeitos da COVID-19 sobre gestação, parto, puerpério, período neonatal e desenvolvimento infantil; Neste projeto há o acompanhamento longitudinal das gestantes que foram expostas ao COVID-19, durante a gravidez, e seus bebês até a idade dos 5 anos, por uma equipe multiprofissional formada por obstetras, pediatras, psicólogas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e fisioterapeutas.

A proposta de Pré-natal Psicológico (PNP) – que será conceituado mais a seguir – é uma das fases de uma pesquisa-ação fruto de um mestrado em Ciências da Saúde com ênfase em Saúde da Mulher, realizado na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), em Brasília. O objetivo da pesquisa é além de implementar essa proposta de PNP, obter dados para adaptar o Pré-Natal Psicologico (modelo Arrais) à realidade vivenciada pela pandemia do novo coronavírus.

A seguir para compreendermos as motivações e importância desse modelo de PNP para a assistência à gestantes, será discutido brevemente sobre o modelo tradicional de pré-natal ofertado às gestantes e suas limitações para um cuidado integral a esse público. Posteriormente será definido e descrito o que é um Pré-Natal Psicológico a partir do modelo adotado, suas contribuições para a saúde das mulheres, sua prole e família ampliada. E por fim será apresentado o modelo inicial de PNP proposto no projeto Proudest.

UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE A GESTANTES

As entidades de saúde têm cada vez mais se preocupado com as deficiências assistências existentes nos pré-natais e a qualificação dos cuidados oferecidos no ciclo gravídico-puerperal, especialmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento a fim de promoverem uma experiência positiva da vivência da gravidez reduzindo seus impactos na saúde emocional da díade mãe-bebê, e principalmente visando reduzir a morbidade e mortalidade evitáveis relacionadas com a gravidez. As ações e recomendações dessas instituições de referência em sua grande maioria privilegiam os aspectos da saúde física da mãe e do bebê.

Apesar das orientações destacarem “a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com as mulheres grávidas acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais, e de um apoio respeitoso e efetivo, incluindo seus aspectos sociais, culturais, emocionais e psicológicos” (OMS, p.01), ainda se engatinha no que seria um cuidado mais holístico e voltam-se prioritariamente para as questões orgânicas da díade mãe-bebê.

No Brasil o Ministério da Saúde recomenda a promoção de ações educativas e preventivas, assim como a inclusão do parceiro no pré-natal e a avaliação de aspectos psicossociais a ser realizada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Porém predominantemente mantém o foco na preparação para o parto e nos cuidados com o recém-nascido. Atualmente algumas abordagens com olhar mais integral do sujeito têm sido desenvolvidas no SUS, a exemplo, os grupos de pré-natal psicológico, o qual é uma prática complementar ao pré-natal ginecológico, voltado para maior humanização do processo gravídico-puerperal e se propõe a prevenir situações adversas decorrentes desse processo (Arrais & Araújo, 2016); no entanto, essas são ações ainda muito pontuais especialmente no serviço público.

Nos últimos anos houve a maior visibilidade das questões de saúde mental na gestação e pós-parto, isso se deve às elevadas taxas de intensos sofrimentos emocionais caracterizados como transtornos mentais, como é o caso, por-exemplo, da depressão pós-parto. Segundo a OMS, 10% das mulheres grávidas em todo o mundo sofrem de algum transtorno mental durante a gestação ou em período posterior ao nascimento; 25% das mulheres e 10% dos homens sofrem de depressão pós-parto, quanto aos homens essa taxa que sobe para 50% quando a companheira também sofre do transtorno.(Theme Filha et.al, 2022; OMS, 2008; Paulson, Bazemore, 2010). Mas ainda, em dimensão de saúde pública, não se tem ações efetivas de promoção, prevenção e tratamento voltado para esse grupo, considerando a realidade brasileira.

A PANDEMIA E SEUS IMPACTOS NO CUIDADO E NA SAÚDE INTEGRAL DAS MULHERES GESTANTES

Tendo em vistas essas questões e a fragilidade do sistema de saúde brasileiro quanto a assistência à gestantes, a eclosão da Pandemia do novo coronavírus trouxe muitas preocupações no que tange o cuidado integral desse público. Nos primeiros meses da pandemia estudos já mostravam que gestantes com suspeita ou confirmação de COVID-19 tiveram duas vezes mais chance de admissão em unidade de terapia intensiva quando comparadas a mulheres não grávidas em idade fértil. O mesmo ocorreu para ventilação invasiva (Allotey et al., 2020). Pesquisas sobre complicações de COVID-19 neste grupo mostraram que as taxas de cesarianas e prematuridade foram aumentadas com a pandemia (Papapanou et al., 2021).

No Brasil, as gestantes e puérperas despontaram como grupo de grande preocupação e o impacto da COVID-19, em decorrência da pandemia a morte materna foi elevada a níveis extraordinários (Fiocruz, 2021). A taxa de letalidade da COVID-19 entre grávidas chegou a 7,2%, esse índice representou mais que o dobro da taxa atual de mortes na população em geral no país em decorrência da doença, a qual é de 2,8%. (Rodrigues; Lacerda; Francisco, 2021).

Além disso, o sofrimento mental das mulheres exacerbou-se no período de pandemia devido os diversos impactos na rotina, dentre eles o confinamento doméstico e sobrecarga de atividades, o qual foi relatado em estudos como um dos principais determinantes na ocorrência de ansiedade, depressão, uso abusivo de psicotrópicos e menor bem-estar mental. Outros impactos identificados na literatura se referem às perdas econômicas geradas a partir da crise generalizada que se instalou, colocando as famílias em risco psicossocial devido à recessão financeira (Duarte, 2020; Lelis et al., 2020).

Frente a essas questões, a proposta de um pré-natal psicológico para as gestantes que participavam do projeto Proudest veio como uma grande oportunidade de unir uma intervenção produtora de um saber sobre esse grupo na pandemia com uma intervenção psicológica para este momento de insegurança e desespero da pandemia. Para entender melhor isso, precisa-se compreender o que é o Pre-Natal Psicológico e o seu potencial como ferramenta que possibilita a produção de saúde mental das gestantes e seus acompanhantes.

PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO (PNP)

O PNP surge de um olhar sensível ao universo da parentalidade, das famílias e mulheres que se preparam para a chegada de um bebê. Tornar-se mãe, pai, ou família está longe de ser algo instintivo

para o humano, como já foi mostrado por Banditer (2011) em “Um amor conquistado – o mito do amor materno”. E justamente por isso é preciso um cuidado para além do corpo.

Patrícia Grienfeld destaca que “experiência emocional da gestação, do parto e do puerpério não é exclusividade da mulher” (Grienfeld, 2019, s/p). Envolve várias transformações de ordem social, ambiental e rearranjos internos, ou seja, a preparação e organização operacional, a reorganização de papéis sociais e no núcleo familiar, e o trabalho psíquico para receber o bebê em uma família é de todos os seus membros (Grienfeld, 2019).

Diante dessa compreensão, temos uma metodologia de promoção de saúde mental, a partir da integralidade do sujeito chamada de Pré-Natal Psicológico (PNP). Esta metodologia de intervenção visa oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na gestação/puerpério e compartilhamento da parentalidade (Arrais, 2005).

Quanto a sua operacionalização, esse Pré-Natal pode ser realizado na modalidade individual ou grupal. Possui ênfase psicoterapêutica na preparação psicológica e psicoeducação para perinatalidade e parentalidade. Não existe um modelo único para o PNP, mas aqui trataremos do modelo desenvolvido pela psicóloga Alessandra Arrais, o qual se caracteriza como uma prática complementar ao pré-natal ginecológico com importante papel para a efetivação de uma assistência perinatal integral e humanizada (Arrais; Araújo, 2016).

O intuito do PNP é ser um intervenção que potencializa a criação de estratégias saudáveis frente as questões da perinatalidade e parentalidade, e possibilitando saídas emocionais que não opere dentro do que é compreendido como adoecimento psíquico, especialmente no puerpério. Outros objetivos PNP são: estimular a participação de familiares no pré-natal, parto e pós parto; Conscientizar sobre os aspectos emocionais que surgem com a gravidez e puerpério, propiciar espaço de escuta para a gestante/casal grávido, avós, irmãos; Preparar a gestante\casal\ família, para vivenciar o período da gestação/parto e puerpério de forma mais tranquila e consciente, Propiciar interação entre mãe-bebê-pai. É importante salientar que os objetivos também se adaptarão as características do grupo e as questões apresentadas por este.

Compreendendo que a integralidade dos sujeitos e oposta a lógica da dicotomia mente e corpo, o PNP pode ser multiprofissional, mas deve ser coordenado por um psicólogo. A partir desse entendimento propõe-se um grupo de Pré-natal Psicológico para gestantes exposta ao sars-cov-2

que eram atendidas no pré-natal do projeto PROUDEST. O grupo foi nomeado de “Pré-Natal psicológico online: gerar na pandemia”.

A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO “PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO ONLINE: GERAR NA PANDEMIA”

Como citado anteriormente o PNP não tem um único modelo, nesta pesquisa utilizou-se o modelo desenvolvido pela psicóloga Alessandra Arrais, também orientadora do estudo.

A construção dessa proposta envolveu duas fases. Seriam a partir dessas que teríamos dados coletados a partir da escuta, aplicação de escalas, e instrumentos construídos pelos pesquisadores, que embasariam a sistematização do PNP alinhada à realidade e questões apresentadas pela mulheres gestantes e suas famílias durante o momento pandêmico. Assim, na fase 1 foi realizado um diagnóstico situacional para conhecer o perfil da gestantes e suas principais demandas em torno da gestação e da exposição ao vírus da Covi-19 durante este período. Para isto, foi realizado o acolhimento interdisciplinar das gestantes e seus e familiares que chegavam ao projeto, o qual era realizado por uma psicóloga e enfermeira antes da consulta de pré-natal com a equipe médica.

Além de orientar sobre a pesquisa, esclarecer dúvidas sobre o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), foi coletado dados sobre o perfil epidemiológico das gestantes, o acesso à rede de saúde, feito um screening de avaliação de risco psicológico e existência de sofrimento psíquico (Descrever o screening - escala de depressão de Beck e ficha de perfil gestacional).

A fase 2 foi o planejamento e sistematização do grupo de Pré-Natal psicológico. Além de se subsidiar na fase 1, baseou-se no modelo e programação básica da Alessandra Arrais disponível no texto Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil (Arrais e Araújo, 2016), sendo adaptado para o contexto da pandemia pela responsável pela pesquisa.

Assim, a primeira questão do PNP proposto, foi conseguir garantir a segurança das participantes quanto à exposição ao SARS-COV-2, deste modo foi planejado um pré-natal psicológico on-line, via plataforma Google Meet – além de gratuita a plataforma é de fácil acesso, bastava clicar no link enviado via whatsapp pela pesquisadora – a única exigência desse modelo era que os participantes tivessem acesso a internet e dispositivo com câmera e microfone. O grupo seria aberto, ou seja permitiria a entrada de novas participantes em qualquer um dos 5 primeiros encontros; com duração de seis semanas, com um encontro semanal e cada encontro com duração de 60 e 90 minutos, para mulheres que estivessem em qualquer trimestre da gestação. O número de participante previsto foi de, no máximo, 7 pessoas; para garantir a participação efetiva de todas durante o tempo de cada

encontro. Se necessário devido o número de participantes estava previsto a realização de mais um grupo com quantidade equanime de participantes respeitando o número máximo estipulado.

As sessões do grupo foram temáticas, pré-definidas e posteriormente revisadas e modificadas segundo sugestões e necessidades das participantes. As temáticas envolveram assuntos referentes às expectativas em relação ao parto, tipos de partos e cuidados para a prevenção da COVID-19 durante o trabalho de parto no ambiente hospitalar. Construção da parentalidade, dificuldades e transtornos emocionais do pós-parto e preparação para o pós-parto. Contou com a presença de profissionais da área da medicina e enfermagem em dois dos encontros para esclarecimento de dúvidas e orientação. Sempre com foco na alteridade das gestantes frente a construção da maternidade possível para cada uma. Vejamos a seguir a proposta inicial do PNP detalhada.

Tabela 1 - Proposta de intervenção do Pré-Natal psicológico online: gerar na pandemia

1º Encontro	
Temas geradores	Criando laços de identificação, contrato de grupo e expectativas para o parto.
Objetivos	Promover contato inicial entre participantes, gerando integração e pertencimento grupal. Propiciar acolhimento e conhecer as expectativas em relação ao grupo. Discussão das expectativas e dos medos em relação ao parto e a pandemia
Recursos humanos e/ou instrumentais	Computador
Procedimentos	Procedimentos: 1. Introdução sobre a pesquisa, o grupo e as interações. Apresentação da proposta do grupo, enfocando seus objetivos e a importância do PNP na gestação, parto e pós-parto. 2. Cada participante é convidada a se apresentar fazendo um desenho que a represente. Posteriormente explicita seu nome, procedência e por que da escolha do desenho para lhe representar. 3. Em seguida, cada mãe faz um breve relato do desenvolvimento da história da gravidez, da vivência desta na pandemia e da sua queixa (se houver). Será solicitado também que falem como tem sido estar gestante durante a pandemia e terem se infectado com a COVID-19. 4. Levantamento de dúvidas e temas de para ser tratado no PNP relacionados a gestação e pós-parto, e sobre a pandemia na perinatalidade e parentalidade. As participantes devem responder por escrito e relatar oralmente. 5. Leitura e discussão sobre expectativas e temas levantados individualmente para discussão em grupo. 6. Apresentação do contrato terapêutico (via slide) com envio cada participante via Google Forms. E esclarecimentos de dúvidas.

	8. Apresentação de filme sobre parto (40 segundos), seguida de discussão.
2º Encontro	
Temas geradores	Tipos de parto e seu processo fisiológico e os aspectos emocionais do parto.
Objetivos	Apresentar e refletir sobre os tipos de parto e seu processo fisiológico e a importância da construção de um plano de parto. E orientar sobre a prevenção da covid durante o parto e pós-parto no ambiente hospitalar.
Recursos humanos e/ou instrumentais	Coordenadora do grupo, Enfermeira e Médica obstetras. Computador
Procedimentos	1.O coordenador selecionará imagens e palavras relacionadas à maternidade. 2.Cada mãe escolherá as imagens e palavras que representem a ideia de maternidade para si. E será orientada a acrescentar uma representação que não consta nas imagens, mas que para elas representa essa ideia. 3. Solicita-se, então, que cada uma apresente suas escolhas justificando-as, iniciando-se uma discussão sobre o material, destacando-se representações sociais e mitos da maternidade instintiva e perfeita e as características atuais da maternidade e paternidade. 4. Ênfase no apoio social e familiar para a parturiente: veiculação da “Lei do Acompanhante”. 5. Construção de mapas da rede de apoio da gestante e mobilização quanto ao compartilhamento dos cuidados com os filhos. 6. Fechamento com agradecimentos à presença das gestantes e definição com o grupo sobre criação de um encontro com os pais.

3º Encontro	
Temas geradores	Tema: a construção da maternidade e da paternidade.
Objetivos	Levantar e questionar preconceitos, mitos e crenças relacionados à maternidade e paternidade. Refletir sobre a importância da qualificação do papel dos pais na maternidade. Refletir sobre a parentalidade na pandemia. Fornecer esclarecimentos adicionais sobre gestação e a pandemia.
Recursos humanos e/ou instrumentais	Coordenadora do grupo, Enfermeira e Médica obstetras. Computador.
Procedimentos	Procedimento: 1. Avaliar a sessão anterior e discutir a tarefa de casa. 2. Conhecer episódios significativos da semana. 3. Atualizar tempo de gestação. 4. Realizar brainstorming sobre pontos positivos e negativos do parto vaginal e cirúrgico. 4. Instrução sobre vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano. E sobre o parto na pandemia: o que mudou, os cuidados necessários para a gestante, o acompanhante e o bebê. 5. Debater sobre “o parto possível”, visando “empoderamento” das gestantes. 6. Discussão das expectativas e medos em relação à dor no parto. 8. Aplicação de técnicas de visualização do parto. 9. “Planejamento” do momento do parto: como escolher e decidir; ensinar a elaborar o plano de parto.
4º Encontro	
Temas geradores	Transtornos emocionais do pós-parto.
Objetivos	Identificar o grau de conhecimentos das mães e sua capacidade de reconhecer sintomas. Realizar psicoeducação.
Recursos humanos e/ou instrumentais	Computador

Procedimentos	1. Discussão sobre as expectativas das gestantes e organização para o pós-parto na pandemia. 2. Solicitar às gestantes para escreverem as seis primeiras palavras/frases que associam com: pós-parto, recém-nascido, tristeza, depressão, maternidade, ajuda, pandemia. 3. Após essa etapa, pedir para enumerarem as palavras ou frases, de acordo com o grau de representatividade crescente. 4. Repasse de informações sobre características da Depressão Periparto, diagnósticos diferenciais (ex. psicose puerperal e blues puerperal) por meio de pequenas histórias ilustrativas (vídeo 40s). 5. Orientações sobre principais orientações terapêuticas e mitos sobre distúrbios no puerpério e locais onde procurar ajuda.
5º Encontro	
Temas geradores	Preparação para o pós-parto. E questões da pandemia que impactam o pós-parto.
Objetivos	Reforçar competências maternas para os cuidados do bebê. Orientações sobre amamentação.
Recursos humanos e/ou instrumentais	Coordenadora do grupo, enfermeira obstétrica e enfermeira neonatologista. Computador
Procedimentos	1. Troca de experiência entres as participantes sobre amamentação, banho do bebê, cuidados com o umbigo, troca de fraldas e cuidados específicos na pandemia. 2. Roda de conversa sobre sexualidade durante a gravidez, após o parto, momento de trocas de experiências. 3. Orientação sobre planejamento familiar e direitos reprodutivos. 4. Entregar material ilustrativo sobre o período pós-parto.
6º Encontro	
Temas geradores	Avaliação dos encontros do PNP e encerramento.
Objetivos	Autoavaliação de cada gestante. Avaliação do programa vivenciado. Despedida dos participantes do grupo.
Recursos	Computador

humanos e/ou instrumentais	
Procedimentos	1. Solicitar que as participantes imaginem uma linha do tempo e destaque os pontos importantes antes e durante o grupo; e posteriormente que projetem o futuro no que concerne aos cuidados de si, dos filhos e da família. 2. A coordenadora do PNP repassará suas percepções e comentará sobre a evolução do grupo. 3. Despedidas gerais com troca de endereços e telefones entre participantes para manutenção de vínculos (quando desejarem).

É importante destacar que todos os encontros seriam conduzidos de modo a gerar reflexões sobre as especificidades e implicações da pandemia nas questões pertinentes a cada tema gerador, de modo a oferecer o espaço para construções/identificação de recursos emocionais e operacionais para lidar com o momento pandêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta envolve não só a coleta de dados para uma pesquisa, mas principalmente acolher as vivências emocionais da gestação, proporcionando a essas mulheres e suas famílias o reconhecimento e o desenvolvimento de recursos próprios para lidar com as mudanças decorrentes da nova configuração familiar e as incertezas que chegam junto com o bebê que estavam inexoravelmente atravessada pelas incertezas, restrições e medos causados pela pandemia da COVID-19. Proporcionando assim um olhar mais integral sobre a saúde materna.

Alguns resultados preliminares dos efeitos e contribuições dessa proposta já foram divulgadas em algumas apresentações em eventos científico e em publicações (Carvalho et.al, 2020; Carvalho & Arrais; 2022). A partir dessa proposta inicial, sua implementação e avaliação, como produto da pesquisa será elaborado um protocolo de Pré-natal Psicológico adaptado para a pandemia do Covid-19.

REFERÊNCIAS

- Arrais, A. R. (2005). As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Arrais, A. R.; Araujo, T. C. C. F. (2016). Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 103-116, jun. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 set. 2020.
- Badinter, E. (2011). *Um amor conquistado – O mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Carvalho, A. O. et al. (2020). Pré-natal Psicológico: uma proposta de intervenção frente às demandas de gestantes exposta ao sars-cov-2 atendidas no projeto PROUDEST. In: *Anais da 19ª Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília. Anais. Brasília (DF) HUB*. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/19jornadacientificadohub/311450-pre-natal-psicologico--uma-proposta-de-intervencao-frente-as-demandas-de-gestantes-exposta-ao-sars-cov-2-atendida/>. Acesso em: 03 mai. 2021
- Carvalho, A., & Arrais, A. R (2022). Considerações sobre a Psicologia Perinatal em um ambulatório público de pré-natal especializado em gestantes expostas à COVID-19. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 1, e4388. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2022.e4388>
- Grinfeld, P. L. P. (2019). Pré-natal Psicológico: um cuidado além do corpo. Publicado no site Ninguém Cresce Sozinho. Disponível em: <https://ninguemcrescesozinho.com.br/2019/11/18/pre-natal-psicologico-um-cuidado-para-alem-do-corpo/>
- OMS, Organização Mundial da Saúde. Saúde mental materna e saúde infantil e desenvolvimento em países de baixa e média renda: relatório da reunião, Genebra, Suíça, 30 de janeiro a 1º de fevereiro de 2008. Organização Mundial da Saúde. 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43975>
- Paulson JF, Bazemore SD. (2010) Depressão pré-natal e pós-parto em pais e sua associação com depressão materna: uma meta-análise. *JAMA*. 2010.;303(19):1961–1969. Disponível em: doi:10.1001/jama.2010.605
- Theme Filha, M. M., Ayers, S., da Gama, S. G., & Leal, M.doC (2016). Fatores associados à sintomatologia depressiva pós-parto no Brasil: Pesquisa Nacional Nascir no Brasil, 2011/2012. *Journal of affective disorders*, 194, 159–167. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- Lélis, B. D. B., Corrêa, J. M. C., Marinho, G. P., Alves, K. M., Duarte, J. V. B., Marinho, I. P., & Barnardes, N. B. (2020). O Sofrimento Mental das Gestantes em Meio a Pandemia do Novo Coronavírus no Brasil. *ID on Line Revista de psicologia*, 14(52), 442-451. <http://dx.doi.org/10.14295/online.v14i52.2676>
- Duarte, M. Q.D., Santo, M. A. S., Lima, C.P., Giordani, J. P., & Trentini, C. M. (2020). Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciê Saude Coletiva*, 25, 3401-3411. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>
- Fiocruz. (2021). Boletim do Observatório Covid-19 - semanas 37 e 38.

<https://portal.fiocruz.br/conteudo-documento/arquivo>

Papapanou, M., Papaioannou, M., Petta, A., Routsis, E., Farnaki, M., Vlahos, N., & Siristatidis, C. (2021). Características Maternais e Neonatais e Resultados da COVID-19 na Gravidez: uma Visão Geral das Revisões Sistemáticas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020596>

Rodrigues A.; Lacerda L.; Francisco R. P. V. (2021). Observatório Obstétrico Brasileiro. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/YrcJPqKqrnxqj3r8j4ddsKD/?lang=en>. Acesso em: 13 abr. de 2021

Allotey J.; Stallings E; Bonet M. et al. (2020). Manifestações clínicas, fatores de risco e resultados maternos e perinatais da doença por coronavírus 2019 na gravidez: revisão sistemática viva e meta-análise. *BMJ*. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>. Acesso em: 10 ago. 2021.



conhecimentolivre.org/home



contato@conhecimentolivre.org



[editoraconhecimentolivre](#)

HOSPITAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE