

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL UNIDADE  
UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM  
SAÚDE - MESTRADO PROFISIONAL (PPGES)**

**PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO  
INTERNO HIV POSITIVO DO SISTEMA PRISIONAL**

**Dourados/MS  
2020**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL UNIDADE  
UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* ENSINO EM  
SAÚDE - MESTRADO PROFISIONAL (PPGES)**

**Isabella Beatriz Gonçalves Lemes**

**PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO  
INTERNO HIV POSITIVO DO SISTEMA PRISIONAL**

**Produto final do curso de Mestrado Profissional  
apresentado ao Programa de Pós-graduação Stricto  
Sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual de  
Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de  
Dourados como exigência final para obtenção do título  
de Mestre em Ensino em Saúde.**

**Orientadora: Profa. Dra. Cássia Barbosa Reis**

**Dourados/MS**

**2020**

L57p Lemes, Isabella Beatriz Gonçalves  
Plano de assistência de enfermagem ao interno HIV positivo  
do sistema prisional/ Isabella Beatriz Gonçalves Lemes. –  
Dourados, MS: UEMS, 2020.  
35 p.

Produção Técnica (Mestrado) – Ensino em Saúde –  
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2020.  
Orientadora: Prof. Dra. Cássia Barbosa Reis.

ISBN: 978-65-86308-30-3.

1. Prisões 2. Enfermagem 3. HIV I. Reis, Cássia Barbosa II.  
Título

CDD 23. ed. – 616.9792

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A atuação do profissional enfermeiro no contexto prisional decorre de uma prática particularizada que incorpora diversos desafios. Considerando a carência do manejo clínico da assistência de enfermagem neste contexto, as condições precárias de confinamento dos reclusos, bem como a alta prevalência do acometimento de doenças infecto contagiosas nesta população, discutiremos uma estratégia de plano de assistência voltado ao homem privado de liberdade com HIV/Aids. **OBJETIVO:** Apresentar a tecnologia educacional que vislumbra um plano de assistência de enfermagem aos homens privados de liberdade com HIV/Aids. **METODOLOGIA:** A tecnologia educacional foi fundamentada pelos resultados da pesquisa de dissertação que investigou a representação social dos homens privados de liberdade com HIV/Aids sobre a continuidade do cuidado quando encontrarem-se em processo de transição para a comunidade e suas interfaces. A pesquisa consistiu em 4 etapas, sendo estas: primeira - conhecer o público alvo; segunda - consulta de enfermagem; terceira - levantamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem; e quarta - avaliação. **RESULTADOS:** A tecnologia educacional proporcionou uma nova dinâmica organizacional para a prática de enfermagem direcionada os reclusos com HIV/Aids, oportunizando assim a aproximação do profissional enfermeiro com a realidade local, permitindo dimensionar os diagnósticos e intervenções de enfermagem de maneira compatível com as necessidades da população assistida. **CONCLUSÃO:** A atuação do enfermeiro no ambiente prisional enfrenta uma série de dificuldades, uma vez que a maioria das instituições penais não são favorecidas por ações concretas de promoção de saúde e prevenção de agravos. Desta forma, a tecnologia educacional apresentada contribuiu para minimizar as fragilidades da prática de enfermagem neste contexto.

Palavras-chaves: Prisões; Enfermagem; HIV.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
ESP	Equipe de Saúde Prisional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LEP	Lei da Execução Penal
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PED	Penitenciária Estadual de Dourados
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP	Política Nacional de Atenção Básica
PNSS	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 ATENÇÃO Á SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: UMA BREVE CONSIDERAÇÃO HISTÓRICA .....</b>	<b>8</b>
<b>3 ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Contribuições científicas sobre ações de enfermagem em estabelecimentos penais .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Manejo da infecção pelo HIV em estabelecimentos penais.....</b>	<b>14</b>
<b>4 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO INTERNO COM HIV/AIDS .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Primeira etapa: conhecer o público alvo .....</b>	<b>19</b>
4.1.1 Produção dos eixos temáticos .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>4.2 Segunda etapa: consulta de enfermagem .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Terceira etapa: levantamento dos diagnósticos e orientações de enfermagem.</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Quarta etapa: Avaliação .....</b>	<b>25</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Atualmente estima-se que população prisional ultrapasse o número de 11 milhões de pessoas presas em todo mundo. O Brasil ocupa o terceiro lugar neste ranking, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e da China. Em números absolutos o Brasil detém cerca de 773 mil pessoas presas em seus estabelecimentos penais sob a taxa de aprisionamento de 338 encarcerados para cada 100 mil habitantes (INFOPEN, 2019).

Contudo, o sistema prisional brasileiro apresenta condições precárias relacionadas à própria condição de confinamento como: superlotação, falta de higiene e salubridade, bem como a alta prevalência de doenças e agravos entre eles; infecção por HIV/Aids, tuberculose, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis e infectocontagiosas, relativamente maiores quando comparadas a população em geral.

Destaca-se neste contexto e como pano de fundo deste projeto a prevalência do HIV/Aids no ambiente prisional, por ser uma doença crônica causada devido a um distúrbio imunológico altamente incapacitante, que somada as condições de confinamento supracitadas e os comportamentos de risco nesta população relativos ao compartilhamento de agulhas e seringas, sexo desprotegido e violência sexual, o efeito prejudicial é mais prevalente que em outros contextos.

O profissional enfermeiro é fundamental neste contexto para garantir/possibilitar o acesso das pessoas privadas de liberdade às ações de promoção, intervenção, recuperação e manutenção dos cuidados em saúde no ambiente prisional (BARBOSA ET AL, 2019).. No entanto, mediante as diversas demandas de saúde e entraves do sistema penitenciário é necessária a instituição de estratégias e medidas de apoio que possam contribuir no manejo destas doenças e agravos.

Logo, o objetivo deste manual é apresentar um modelo de tecnologia educacional que vislumbra um plano de assistência de enfermagem aos homens privados de liberdade com HIV/Aids em transição para comunidade.

## **2 ATENÇÃO Á SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: UMA BREVE CONSIDERAÇÃO HISTÓRICA**

A Constituição Brasileira de 1988 apresenta um conjunto de direitos sociais e individuais, que devem ser instituídos pelo Estado, visando garantir a democratização da sociedade e a melhoria das condições de vida da população brasileira. Entre os direitos garantidos por lei, encontra-se na Seção II, artigo 196 o direito à saúde para todos os cidadãos e cidadãs como dever do estado. No que rege a República Federativa do Brasil isso significa (formada pela união indissolúvel dos estados e municípios e do distrito federal) a manutenção dos direitos de cidadania e a dignidade da pessoa humana, além dos direitos humanos universais (BRASIL, 1988).

Os direitos e deveres dos detentos para com o Estado e sociedade estão descritos na Lei de Execução Penal (LEP), aprovada em 1980. Nela são estabelecidas normas e direitos sociais, principalmente no sentido de efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal, proporcionando condições para a harmônica integração social do condenado e do internado (BRASIL, 1984).

Nas décadas de 1980 e 1990 ocorreram significativas mudanças no campo da saúde pública no Brasil, a partir da consolidação da reforma sanitária. Após a Constituição Brasileira de 1988, foram estruturadas as Leis 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que foram os marcos legislativos para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus princípios abrangem: universalidade do acesso aos serviços de saúde; integralização da atenção; equidade; e hierarquização dos serviços em um contexto descentralizado e municipalizado com a participação da sociedade (BRASIL, 1990).

Considerando a concepção da saúde como direito universal, a população prisional está incluída na assistência á saúde instituída a partir do SUS. Para enfrentar essa realidade, foram desenvolvidas ao longos dos anos políticas públicas de saúde visando atender ás necessidades do sistema prisional brasileiro, um marco legislativo para a efetivação da garantia ao direito constitucional de acesso universal as ações e serviços de saúde foi a instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSS), através da Portaria Interministerial n.º 1.777 de 9 de setembro de 2003.

Este plano buscou garantir a saúde das pessoas privadas de liberdade, tendo por base diretrizes e estratégias como: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade ás necessidades de saúde; reduzir os agravos mais frequentes; definir e



programar ações e serviços consonantes com os princípios e diretrizes do SUS; implementar a intersetorialidade; democratizar o conhecimento do processo saúde/doença.

Sob esta ótica, após dez anos de avaliação do PNSSP-o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

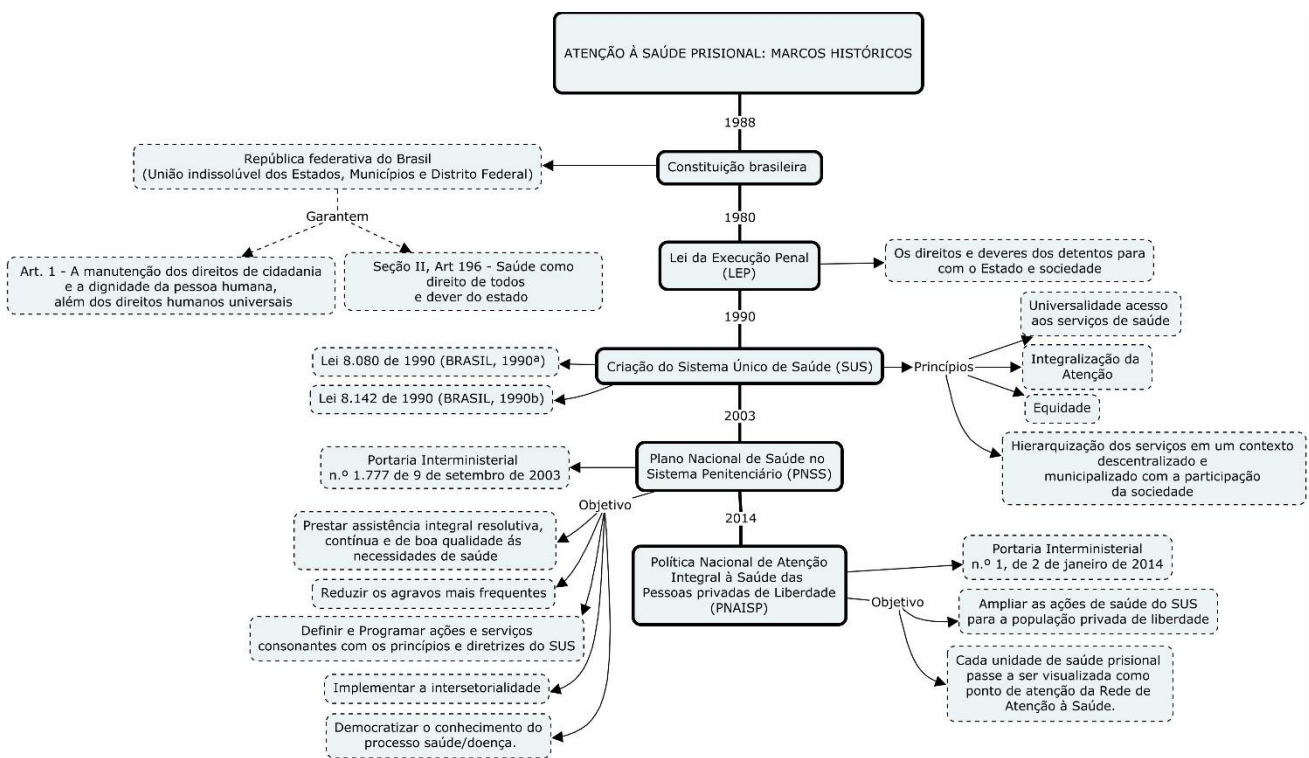


Figura 1 – Atenção à saúde prisional: marcos históricos.

### 3 ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL

Entre os profissionais que compõem as Equipes de Saúde Prisional (ESP), o enfermeiro insere-se atuando nos serviços de Atenção Básica Prisional de acordo os critérios de serviço e equipe, sendo estes: O número de pessoas privadas de liberdade por unidade prisional; Vinculação dos serviços de saúde a uma unidade básica de saúde no território e; Existência de demandas referentes à saúde mental (BRASIL, 2014).

A composição das equipes de saúde prisional conforme o número de presos custodiados são (BRASIL, 2014):

- a) **Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I (EABP I)** - apresenta uma composição mínima que conta com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista e um técnico ou auxiliar de saúde bucal. Essa equipe deverá atender até 100 pessoas privadas de liberdade.
- b) **Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II (EABPII)** - cuja composição mínima inclui um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar de saúde bucal, um psicólogo, um assistente social e um profissional de nível superior dentre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional, nutrição ou enfermagem. Essa equipe deverá atender de 101 a 500 pessoas privadas de liberdade.

Às EABP I e II poderá ser acrescentada uma equipe de saúde mental, a depender do perfil epidemiológico da Unidade Prisional. Esta equipe de saúde mental consiste em, no mínimo, um médico psiquiatra (ou médico com experiência em saúde mental) e dois profissionais selecionados entre as seguintes ocupações: fisioterapia, psicologia, assistência social, farmácia, terapia ocupacional ou enfermagem.

- c) **Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III (EABP III):** que terá o mesmo perfil da EABP II acrescida, necessariamente, da equipe de saúde mental. Essa equipe deverá atender de 501 a 1.200 pessoas privadas de liberdade.

Considerando que as equipes de atenção básica prisionais operam sob o mesmo princípio das equipes de atenção básica instaladas nas comunidades, logo o enfermeiro possui as mesmas atribuições instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, conforme sua última atualização, a qual estabelece as seguintes diretrizes: I. Regionalização e

Hierarquização; II. Territorialização e Adstrição; III. População adscrita; IV. Cuidado Centrado na Pessoa; V. Resolutividade; VI. Longitudinalidade do cuidado; VII. Coordenar o cuidado; VIII. Ordenar as redes; e IX. Participação da comunidade (BRASIL, 2017).

A atuação do enfermeiro neste contexto, propõe-se a atingir seu potencial resolutivo, de acordo com a realidade local, adotando estratégias que sejam compatíveis com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita. Veremos a seguir algumas das atribuições do profissional enfermeiro que atua na Atenção Básica de acordo com a última atualização da PNAB:

- I. Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V. Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII. Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII. Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na Unidade Básica de Saúde (UBS); e
- IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **3.1 Contribuições científicas sobre ações de enfermagem em estabelecimentos penais**

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) organizou um material no qual apresentou as perspectivas e contribuições da enfermagem para promover a saúde universal em 2020, dentre estas é mencionada a contribuição à atenção primária à saúde no sistema prisional, realizada na cidade de Uberlândia/MG no Brasil. Entre os feitos o conteúdo versa sobre a implantação de duas equipes de saúde que atuam na área de abrangência da unidade prisional, na lógica de Estratégia de Saúde da Família.

Entre as ações realizadas o material aponta para o emprego de agentes de saúde prisionais, ou seja, reclusos que cumprem pena e que têm atribuições semelhantes aos agentes comunitários de saúde, fazendo o elo entre os pavilhões e a equipe de saúde. Os mesmos recebem remissão de pena pelo trabalho desempenhado na proporção de a cada 3 dias de trabalho, 1 dia a menos de pena (OPAS, 2020).

Também é referido um protocolo de admissão elaborado pela equipe de saúde com o objetivo de conhecer o privado de liberdade na sua chegada ao estabelecimento penal e oferecimento do cuidado de maneira ampliada e integral, além de promover a humanização do sistema penal e inclusão dos internos, cooperando assim com a efetividade da assistência local, gerenciamento dos insumos e diminuição dos agravos (OPAS, 2020).

Outro estudo realizado em uma cidade do estado do Ceará, analisou a assistência à saúde de mulheres encarceradas, utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, identificando assim a falta de atendimento às necessidades biológicas, psicológicas e psicossociais das detentas, o que pode ser comprovado através dos relatos em que as reclusas mencionavam o ambiente insalubre, superlotado, doenças desassistidas e atendimentos esporádicos em saúde. O instrumento utilizado na pesquisa sugere uma estratégia de estratificação de demandas em saúde, bem como uma possível reflexão para que o enfermeiro possa questionar sua realidade de trabalho, não com o intento de solucionar todas as entraves, mas ordenar e planejar o atendimento de possíveis dificuldades advindas do cotidiano de trabalho (ARAÚJO ET AL, 2020).

Um estudo realizado em um centro de remanejamento prisional em Belo Horizonte/MG buscou compreender o cotidiano vivido pela equipe de enfermagem no sistema prisional, alguns dos resultados apontaram: a falta de normas e regulamentações profissionais, necessidade de melhorias para a qualificação dos serviços técnicos no

âmbito institucional, atendimentos médicos apenas em casos emergenciais o que limita a avaliação e encaminhamento dos reclusos. Também foi apontada a estrutura física inadequada, sem espaço físico para ambulatório, sala de curativos, local para armazenamento de insumos e medicações, a ausência de local para realizar procedimentos de infusão intravenosa, falta de macas e local para a espera e observação do recluso (SOARES et al, 2020).

As enfermeiras também relatam outros problemas como o fato do atendimento médico ser esporádico, a falta de medicamento, que na maioria das vezes não é enviado na quantidade correta ou com o aprazamento de validade muito próximo do vencimento. Afirmam não possuir equipamentos de suporte básico de vida, como oxigênio, eletrocardiograma e desfibrilador, referindo que os aparelhos de aferição de pressão, oxímetro e o glicosímetro são pessoais (SOARES et al, 2020).

Outros entraves relatados são relacionados ao encaminhamento do recluso de sua cela para o atendimento na enfermaria, dependendo exclusivamente da movimentação realizada pelo agente penitenciário, o recluso pode ficar dias ou meses aguardando, fato este que o faz tomar os medicamentos dos outros colegas. A pesquisa revela ainda a falta de profissionais para realização de escolta, sobrepondo a suposição do recluso estar simulando ou forçando um atendimento desnecessário. É mencionado pelas depoentes a interferência direta dos agentes penitenciários no atendimento de enfermagem, sendo o mesmo é questionado pelos profissionais que não são da área da saúde, o que faz as profissionais sentirem-se desvalorizadas (SOARES et al, 2020).

A pesquisa também aponta a sensação de medo, pressão e desconfiança, uma vez que as profissionais são tratadas como suspeitas a todo momento, posto que nos casos de aparecimento de aparelhos eletrônicos nas celas a maior suspeita recai sobre os funcionários. É mencionado o medo de rebeliões, motins e o risco de se tornar refém, além do receio que envolve o caso do recluso não concordar com os atendimentos realizados, podendo o profissional ser agredido, moral ou fisicamente fora do presídio (SOARES et al, 2020).

Entre os pontos positivos que a pesquisa apontou constam a gratidão recebida pelos reclusos, sendo estes mais maleáveis, colaborativos, passíveis de comunicação e menos resistentes que a comunidade, afirmando ainda que o cuidado profissional de enfermagem à saúde prisional está além do preconizado (SOARES ET AL, 2020).

### **3.2 Manejo da infecção pelo HIV em estabelecimentos penais**

Desde seu reconhecimento, no início dos anos 1980, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tornou-se um dos maiores desafios da saúde mundial. Os países em desenvolvimento, concentram 90% dos 36 milhões de adultos que vivem com HIV/AIDS (UNAIDS, 2017).

No Brasil estima-se que 830 mil pessoas viviam com HIV no ano de 2016, de acordo com o relatório mais atual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) lançado em junho de 2017, cerca de um terço de todos os casos da América Latina. Aproximadamente 35% das novas infecções ocorrem entre a população jovem de 15 a 24 anos, prevalentemente entre usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, pessoas transgêneros, pessoas privadas de liberdade, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens e seus parceiros sexuais (HOTTZ e SCHECTER, 2012; UNAIDS, 2017).

Considerada uma infecção sexualmente transmissível, o HIV em pessoas infectadas e sem tratamento, evolui para um grave distúrbio caracterizado pelo declínio progressivo das células que compõem o sistema imunológico, principalmente as denominadas células TCD4+, alterando o DNA dessas células, sendo que o HIV replica-se e passa a se multiplicar, o que conseqüentemente torna o indivíduo suscetível e propenso a desenvolver falência imune e doenças oportunistas (ROTTA e ALMEIDA, 2011; RUBIN, 2010; BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Segundo o relatório emitido pelo Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça, o Brasil tem mais de 748 mil pessoas custodiadas, as quais em sua maioria (362.547 mil) cumprem pena em regime fechado. Quanto as condições de saúde dos reclusos, há 9.113 casos de tuberculose, 8.523 casos de HIV, 6.920 casos de sífilis, além de 4.156 casos de outras comorbidades (INFOPEN, 2019).

Considera-se que fatores ambientais, sociais e culturais levam a um risco maior de infecção por HIV e tuberculose nos sistemas prisionais e para as pessoas privadas de liberdade, uma vez que o comportamento de risco como o compartilhamento de agulhas e seringas, sexo desprotegido e violência sexual é mais prevalente que em outros contextos.

Um estudo realizado sobre as produções científicas relacionadas à Saúde Penitenciária publicados no período de 1993 a 2010 revela que entre os principais agravos que acometem a população privada de liberdade nos presídios brasileiros estão a

tuberculose, infecção por HIV e Hepatite C (GOES et alL, 2012), confirmando o relatório da UNAIDS:

Mundialmente, a prevalência de HIV entre as pessoas privadas de liberdade é muito maior do que na população em geral. Esta população-chave tem cinco vezes mais chances de viver com HIV em comparação com adultos em liberdade (UNAIDS, 2019).

O tratamento do HIV, por meio da Terapia Antirretroviral (TARV) surgiu em 1987 com a utilização de inibidores da transcriptase reversa. O referido tratamento foi introduzido no Brasil em 1996 através do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo acesso universal e gratuito aos medicamentos, o que resulta no aumento de sobrevivência dos doentes portadores de HIV mediante a estabilização do sistema imunológico e redução das doenças secundárias, oportunizando desta forma a melhora da qualidade de vida destas pessoas (BRASIL, 2017).

As unidades prisionais de cada unidade da federação, definem o fluxo de atendimento às pessoas que vivem com HIV, podendo assim ter equipe própria para tal fim dentro das unidades prisionais com unidade dispensadora de medicamentos, agendamento e remoção por escolta aos serviços especializados, descentralizando o atendimento para a atenção básica, referenciando apenas os casos mais complexos e que necessitam de hospitalização (BRASIL, 2018).

O acesso a testagem rápida para HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) deve ser disponibilizado para a população privada de liberdade, através do sistema logístico de distribuições de testes que é oferecido pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Esta é considerada uma estratégia que facilita o diagnóstico quando a detecção é realizada em massa. O mais oportuno seria a realização da testagem rápida para as IST na triagem de admissão dos reclusos, mas, considerando o número insuficiente de profissionais e o elevado número de reclusos, outras estratégias podem ser utilizadas como: mutirão de testagem em parcerias com outras instituições de saúde, instituições de ensino e ONGs (BRASIL, 2008).

Em sequência do diagnóstico deve-se considerar a importância da adesão ao tratamento, uma vez que a instituição da TARV tem por objetivo diminuir a mortalidade e morbimortalidade das pessoas que vivem com HIV, além de representar uma potente intervenção na prevenção da transmissão do mesmo (BRASIL, 2008).

A pessoa que vive com HIV deverá ser esclarecida sobre os benefícios e o risco de efeitos adversos a longo prazo, além de ser motivada e preparada para o tratamento,

respeitando-se a autoestima do sujeito doente. É relevante enfatizar que uma vez iniciada a TARV, ela não deverá ser interrompida. Além disso, é importante orientar sobre o uso de preservativos o qual deve ser sempre estimulado, mesmo em portadores que apresentam supressão viral (BRASIL, 2008).



#### **4 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO INTERNO COM HIV/AIDS**

Em consonância com as políticas de atenção em saúde desenvolvidas para assegurar o acesso da população privada de liberdade aos princípios e avanços do SUS, as atribuições do profissional enfermeiro e o recorte do manejo clínico do HIV/Aids nas instituições penais, que mesmo amparada por lei faz parte do grupo de populações vulneráveis mais desassistidas do Brasil, destaca-se a importância de um estudo que aprimore e facilite a abordagem e condução clínica para o profissional enfermeiro em assistência aos internos com HIV/Aids no sistema prisional em transição para comunidade.

A transição da prisão para a comunidade é um desafio para o egresso com HIV, pois atualmente ainda não existem programas ou estratégias para facilitar o reengajamento com o tratamento do HIV no momento do alvará de soltura, aumentando assim os riscos de abandono de tratamento e interrupção da continuidade do cuidado (ANTINIOU et al, 2019).

Para Zagonel (1999) a transição é um movimento para um processo de mudança de condição ou direção dos padrões vitais fundamentais do ser humano, que pode ocorrer em nível individual ou familiar. As condições condutivas para tal processo podem ser classificadas em: desenvolvimental, situacional e de saúde-doença.

Pena et al (2019) definem o cuidado transicional como um conjunto de ações que coordenam a continuidade da atenção à saúde quando os usuários passam por um processo de mudança de serviço ou unidade de saúde, afirmando que essa estratégia pode garantir a longitudinalidade da assistência e continuidade do cuidado após alta, melhorando a qualidade de vida, diminuindo as reinternações e evitando a interrupção do tratamento.

Desta forma, a elaboração do plano de assistência constante neste manual visa contribuir com o processo de transição dos privados de liberdade com HIV/Aids para a comunidade.

Para tanto como proposta de produção técnica do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde – Mestrado Profissional, alocado na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Unidade Universitária de Dourados, foi elaborada esta tecnologia educativa, como complementação da dissertação apresentada. Este material foi produzido em consonância das normas técnicas e éticas do Programa de Pós-Graduação e do local de pesquisa, Estabelecimento Penal Masculino de Regime Fechado,

Penitenciária Estadual de Dourados (PED) sob administração da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário do Mato Grosso do Sul (AGEPEN/MS).

A elaboração do plano de assistência de enfermagem dispôs de 4 etapas, sendo estas:

1ª ETAPA: Conhecer o público alvo;

2ª ETAPA: Consulta de enfermagem;

3ª ETAPA: Levantar dos diagnósticos e orientações de enfermagem; e

4ª ETAPA: Avaliação.

Sua fundamentação teórica esta posta na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2015. A Teoria de Adaptação fundamentada por Callista Roy e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas fundamentada por Wanda Horta, ambas originadas na década de 1970, também foram utilizadas e serão explicitadas no decorrer do material.

#### **4.1 Primeira etapa: conhecer o do público alvo**

Na primeira etapa foi realizada uma análise situacional do número de privados de liberdade com HIV/Aids. Esses dados foram tabulados a partir dos registros realizados pelos profissionais do setor de saúde da instituição, totalizando o número de 24 reclusos que vivem nesta condição, estando ou não em transição para comunidade.

Após o levantamento destes dados, os reclusos com HIV/Aids foram convidados para participar de forma voluntária de uma entrevista inicial para que através desta pudessem esboçar suas principais dúvidas e dificuldades relacionadas a doença e a transição para comunidade. Para que os mesmos pudessem participar das entrevistas, foi necessária a realização de uma lista com o nome completo dos reclusos, endereço de cela e justificativa de atendimento assinada por um profissional de saúde, para que estes possam ser movimentados pelos agentes penitenciários do pavilhão de confinamento até o setor de saúde, espaço no qual ocorriam as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas de maneira individual, no espaço físico de uma sala de consulta, mediante a autorização de gravação da instituição e do entrevistado, com média de duração de 30 a 50 minutos. Ressalta-se a não utilização de algemas na transição e permanência do recluso nos demais espaços na instituição, sendo tomada como medida de segurança a orientação de permanência da porta do consultório aberta durante a realização da entrevista.

Nesta primeira etapa a entrevista foi estruturada por um modelo de identificação sociodemográfica e avaliação do conhecimento dos sujeitos acerca dos principais fatores que envolvem HIV/Aids, encarceramento e transição para a comunidade, disposto em anexo neste material.

Através das dúvidas apresentadas mediante o material exposto foram organizados eixos temáticos, considerados como uma importante fonte de informação para que o profissional de saúde tenha aproximação com os conhecimentos prévios da população assistida bem como suas principais fragilidades e necessidades.

#### **4.2 Segunda etapa: consulta de enfermagem**

Nesta etapa foi utilizado um roteiro direcionado ao exame físico com enfoque nas queixas dos reclusos e o roteiro dos eixos temáticos com os embasamentos teóricos das

dúvidas estratificadas na etapa anterior.

O roteiro direcionado ao exame físico, foi fundamentado pela teoria de Wanda Aguiar Horta, que se baseia na teoria das Necessidades Humanas Básicas hierarquizadas por Abraham Maslow, transformando-as em uma importante ferramenta de estudo e aporte teórico aplicado na enfermagem brasileira (HORTA, 2011).

O modelo teórico das Necessidades Humanas Básicas segue um princípio piramidal de 5 categorias de necessidades, sendo estas: fisiológica, segurança, social, estima e auto-realização, sendo que na base encontram-se as necessidades mais simples e no topo as mais complexas. As manifestações das Necessidades Básicas Humanas se revelam através de estados de desequilíbrio homeostático, demonstrando-se flexíveis, podendo ser cíclicos, agindo de maneira inter-relacionada e de modo universal a todos os seres humanos, entretanto a forma de supri-los se manifesta de modo individualizado (HORTA, 2011).

Outro modelo utilizado na elaboração do instrumento foi a teoria de Callista Roy que consiste na integralização do ser humano como um sujeito biopsicossocial em constante interação com as mudanças ambientais. Esta teoria aponta como objetivo da enfermagem a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos nos quatro modos de adaptação (físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel) (VALL et al, 2005; COELHO et al, 2011; MEDEIROS et al, 2015).

Os atendimentos realizados nesta etapa tiveram os mesmos procedimentos de segurança e movimentação dos reclusos descritos na primeira etapa, na qual foi elaborada e lista de atendimento para as consultas de enfermagem. Nesta etapa do processo foi desenvolvido um vínculo maior com internos, uma vez que ao trazer o roteiro com as dúvidas respondidas de maneira clara, concisa e adaptada ao vocabulário local, estabeleceu-se um vínculo de confiança e continuidade do trabalho proposto. O roteiro utilizado neste processo está incluído nos anexos deste material.

### **4.3 Terceira etapa: levantamento dos diagnósticos e orientações de enfermagem**

Para efetivação desta etapa foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como instrumento para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem das consultas realizadas. A CIPE é uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática de enfermagem em âmbito mundial. A

mesma possui um enfoque multiaxial, as classificações, fenômenos e ações de enfermagem permitem a realização de combinações de termos de distintos eixos, com a finalidade de elaborar afirmativas de diagnósticos/ resultados e intervenções de enfermagem. São eixos deste modelo: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente (CIPE, 2016).

A CIPE foi referenciada e criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) devido a necessidade do processamento de dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, no gerenciamento de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle do próprio trabalho.

Com a evolução de suas diversas versões, o desenvolvimento deste sistema de linguagem unificado de classificações dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções), tem facilitado o desenvolvimento, mapeamento, documentação e reflexão sobre a própria prática de enfermagem (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

A tabela a seguir será apresentada sob modelo teórico de organização no formato de subconjunto terminológico, baseado na interface dos conceitos de Necessidades Humanas Básicas, adaptadas segundo a ordem de prioridade: Necessidades Biológicas; Segurança e meio ambiente; Social; Autoestima; Necessidades Psicoespirituais; Conhecimento e Autorrealização. Sendo assim serão demonstrados os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem à população privada de liberdade com HIV/Aids da Penitenciária Estadual de Dourados:

<b>Necessidades Humanas Básicas</b>	<b>Foco</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem</b>	<b>Intervenção de enfermagem</b>
Biológicas	Regulação Imunológica	Processo do sistema Imune Ineficaz (HIV)	<b>Enfermeiro:</b> Acolher o Usuário; Esclarecer as dúvidas do Usuário; Orientar as medidas de promoção a saúde; Informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; <b>Presídio:</b> Monitorar o acompanhamento em serviço especializado;
	Oxigenação	Tosse persistente	<b>Enfermeiro:</b> Esclarecer

			sobre a transmissão da tuberculose; Estimular o aumento de ingestão de líquidos; Coletar amostra de escarro para baciloscopia;
	Hidratação	Risco de desidratação	<b>Enfermeiro:</b> Propor plano de hidratação; <b>Presídio:</b> Distribuição de água de maneira indiscriminada;
	Nutrição	Ingestão de líquidos inadequada;	<b>Enfermeiro:</b> Monitorar mensalmente o peso; Verificar a necessidade de suplementação alimentar; <b>Presídio:</b> Proporcionar dieta balanceada; Promover alimentação variada e em quantidade adequada;
		Emagrecimento;	
	Eliminação	Padrão de eliminação inadequado;	<b>Enfermeiro:</b> Orientar sobre a importância da ingestão de líquidos; Promover discussão sobre os determinantes da obstipação;
		Constipação;	

Biológicas	Eliminação	Diarreia	<b>Enfermeiro:</b> Incentivar o aumento da ingestão de líquidos; Investigar os alimentos ingeridos nas últimas 48 horas; Investigar a frequência e as características das eliminações;
		Micção Prejudicada	<b>Enfermeiro:</b> Orientar a coleta de urina para exame laboratorial; Orientar sobre higiene íntima;
	Sono e repouso	Sonolência;	Insônia

			Estimular a realização de atividade física;
	Atividade física	Mobilidade prejudicada (relacionada ao espaço)	<b>Enfermeiro:</b> Incentivar a realização de exercícios durante o banho de sol; Orientar sobre os benefícios á saúde;
	Sexualidade	Comportamento de risco sexual	<b>Enfermeiro:</b> Orientar a prática de sexo seguro com preservativo; Esclarecer as dúvidas referentes á atividade sexual; Estimular a testagem rápida do parceiro; Investigar demais sorologias para IST.
	Integridade física	Erosão tissular por processo infeccioso;	<b>Enfermeiro:</b> Avaliar a ferida e encaminhar para atendimento especializado; Orientar a prática de sexo seguro com preservativo;
Ferida epidérmica			
Segurança e meio ambiente	Segurança	Segurança ambiental prejudicada;	<b>Enfermeiro:</b> Verificar sinais de agressões físicas e psicológicas;
		Risco de morte	

Segurança e meio ambiente	Abuso de drogas	Dependência de drogas	<b>Enfermeiro:</b> Orientar a interação do uso do medicamento com substâncias tóxicas;
	Tabagismo	Tabagismo prévio	
Social	Isolamento	Comportamento de isolamento	<b>Enfermeiro:</b> Estabelecer vínculo com o usuário;
	Família	Processo familiar interrompido	<b>Enfermeiro:</b> Incluir familiar no enfrentamento da doença;

Autoestima	Autoestima	Autoestima negativa	<b>Enfermeiro:</b> Encorajar a verbalização de sentimentos e medos; Estabelecer vínculo com o usuário; Estimular a autoestima do usuário; Identificar rede de apoio familiar; Encaminhar para atendimento especializado; Informar as habilidades de enfrentamento da situação atual; Informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; Esclarecer as dúvidas sobre o estado de saúde atual; Encorajar a adesão ao tratamento; Encaminhar para grupos de apoio disponíveis da instituição; Estabelecer escuta ativa; Discutir como usuário estratégias de enfrentamento;
		Negação do estado de saúde atual	
		Discriminação	
		Automutilação	
		Estresse por mudança/ Transferência de ambiente	
		Risco de suicídio	
		Não adesão ao regime medicamentoso	
		Vergonha	
		Raiva	
		Humor deprimido	
		Volição	
		Culpa	
		Estigma	
Desolação			

Necessidades Psicoespirituais	Espiritual	Angústia espiritual	<b>Enfermeiro:</b> Avaliar presença de fatores ou determinantes da angústia;
Conhecimento	Conhecimento	Falta de conhecimento de regime terapêutico	<b>Enfermeiro:</b> Informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; Esclarecer as dúvidas sobre o estado de saúde atual; Orientar a prática de sexo seguro com preservativo;
		Falta de conhecimento sobre os serviços comunitário	
		Conhecimento sobre	



		comportamento sexual prejudicada	
Autorrealização	Significado	Falta de significado	Incluir pessoa significativa no acompanhamento do usuário; Identificar comportamentos depressivos e sinais de desesperança; Verificar a necessidade de um apoio social ou psicológico; Encaminhar para atendimento especializado;

Figura 2 – Subconjunto terminológico de Diagnósticos e intervenções de enfermagem para privados de liberdade com HIV/Aids.

O plano de assistência de enfermagem diluído nas quatro etapas deste manual propiciou a identificação e estratificação dos elementos chaves para realizar a transição do recluso para a comunidade quando o mesmo encontrar-se em processo de alvará de soltura. O levantamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem é incluído nesse processo como o norteamento das ações de enfermagem neste contexto.

#### 4.4 Quarta etapa: Avaliação

A avaliação do modelo de tecnologia educacional para plano de assistência de enfermagem aos homens privados de liberdade com HIV/Aids realizado na Penitenciária Estadual de Dourados, na qual são custodiados homens privados de liberdade em cumprimento de regime fechado de segurança máxima pela Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN) foi replicado no Instituído Penal de Campo Grande (IPCG) igualmente administrado pela AGEPEN, na modalidade de oficina educativa com a enfermeira da unidade, que avaliou sua aplicabilidade.

Para replicação do modelo, foram respeitados todos os preceitos éticos de autorização institucional e selecionados 5 reclusos com HIV/Aids para participarem de forma voluntária do projeto. Como descrito anteriormente, foi necessária a confecção de

uma lista com o nome completo e endereço das celas dos reclusos participantes, sob justificativa de atendimento assinado pela enfermeira e autorização do agente penitenciário oficial do dia para movimentação dos internos pelos outros agentes.

As consultas de enfermagem foram realizadas na sala de atendimento médico da instituição. Foram executadas a primeira e segunda etapa do plano de assistência de maneira simultânea, juntando os elementos relativos a conhecer o público alvo, levantar as dúvidas através dos eixos temáticos e realização da consulta de enfermagem direcionada ao exame físico. Foi realizado um segundo encontro para execução da terceira etapa, destinada ao levantamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, somado a explanação das dúvidas levantadas no primeiro encontro.

A realização da primeira consulta de enfermagem ao recluso foi realizada pela elaboradora do plano de assistência em companhia da enfermeira da instituição, para que a mesma pudesse observar a realização do atendimento. Após a realização da primeira consulta, foi realizada uma pausa de 10 minutos para que a enfermeira da instituição pudesse fazer possíveis questionamentos e em seguida foi sugestionado que a mesma fizesse um atendimento sob supervisão da elaboradora do plano de assistência, para que a enfermeira pudesse experienciar o plano de assistência e avaliar sua aplicabilidade. As três últimas consultas foram realizadas de maneira conjunta.

Após a realização destes dois encontros, foi possibilitado um terceiro para o espaço de discussão da execução do plano de assistência, no qual a enfermeira pode expor sua experiência, fazer contribuições positivas e negativas e avaliar a aplicabilidade do plano. A primeira contribuição da enfermeira foi relacionada a organização das etapas, sugestionando a diminuição de quatro - como realizadas em Dourados - para duas etapas como foi realizado em Campo Grande, devido a praticidade de somar os elementos e reduzir o número de atendimentos para que se tornasse menos cansativo e mais resolutivo.

Outra observação mencionada pela enfermeira, foi a importância dos elementos da primeira etapa relacionados ao conhecimento das necessidades e dúvidas dos reclusos, afirmando que desta maneira é possível ter uma dimensão real do acompanhamento terapêutico dos internos, ela menciona: “Eu não sabia que o recluso que entrevistamos tinha sorologia positiva para hepatite C”. Estes elementos são essenciais para uma escuta ativa.

A enfermeira também menciona que a mensuração e estratificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem são uma prática mais rotineira do ambiente hospitalar, sendo este o primeiro contato com um instrumento que possibilitou a execução

de diagnósticos e intervenções de enfermagem em âmbito de atenção básica, podendo assim contribuir na dinâmica organizacional do acompanhamento dos sujeitos privados de liberdade com HIV/Aids.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atuação do enfermeiro no ambiente prisional possui diversas lacunas, uma vez que a maioria das instituições penais não são favorecidas em relação a ações concretas de promoção de saúde e prevenção de agravos. Desta forma a tecnologia educacional apresentada, contribuiu para minimizar as fragilidades da prática de enfermagem neste contexto.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M.; MOREIRA, A. S.; CAVALCANTE, E. G. R.; DAMASCENO, S. S.; OLIVEIRA, D. R.; CRUZ, R. S. B. L.C. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 3, 2020.

ANTONIOU, T. et al. Using concept mapping to inform the development of a transitional reintegration intervention program for formerly incarcerated people with HIV. *BMC Health Services Research*. 19, Article number: 761, p. 1-11, out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4595-y>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4595-y>. Acesso em 09 ago 2020.

BARBOSA, M. L.; MEDEIROS, S. G.; CHIAVONE, F. B. T.; ATANÁSIO, L. L. M.; COSTA, G. M. C.; SANTOS, V. E. P. Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 3, 2019.

BRASIL. Lei n. 7210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jul. 1984.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em 04 de abril de 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 1990b.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n° 1.777/MS/MJ, de 09 de setembro de 2003: aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 set. 2003. Sec. 1, p. 39. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/sistemaprisional/leis/2003Portaria1777.pdf>. Acesso em 04 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília**. Brasília: Ministério da Justiça, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 jan. 2014a. Sec. 1, p. 18-21. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em 04 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CUBAS, M. **Atenção primária em saúde: Diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

COELHO, S. M. S.; MENDES, I. M. D. M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 845-850, 2011.

GARCIA, T. R. (ORG). **CIPE. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem: versão 2015**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GOIS, S. M.; SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GAUDENCIO, M. M. P. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012.

HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 5, n. 1. P. 7-15, 1974.

HORTA, WA. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

HOTTZ, P.L.; SHECHTER, M. A epidemiologia da infecção pelo HIV no Brasil e no mundo. In DIAZ, R. S.; VÁZQUEZ, V. S. **Infecção pelo HIV e terapia Antirretroviral em 2012**. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações, 2012.

MEDEIROS, LP et al. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 1, p. 132-40, 2015.

INFOPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. Departamento Penitenciário Nacional. Período de Julho a dezembro de 2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmU4ODAwNTAtY2IyMS00OWJiLWE3ZT>

[gtZGNjY2ZhNTYzZDliIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52238/9789275722190_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 04 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Perspectivas e contribuições da enfermagem para promover a saúde universal. Washington, D.C.: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52238/9789275722190\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52238/9789275722190_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em 05 jun. 2020.

PENA, K. S.; ROLLO, R. M.; REUTER, C. L. O.; SANTOS, V. C. F.; RIQUINHO, D. L.; RAMOS, A. R. Care handover to chronic conditions to regionalized planning. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, n. esp., 2019. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472020000100406](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100406). Acesso em 10 jun. 2020.

ROTTA, I.; ALMEIDA, S. M. Genotypical diversity of HIV clades and central nervous system impairment. **Arquivos de neuro-psiquiatria** v. 69, n. 6, p. 964-972, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2011000700023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2011000700023). Acesso em: 05 out. 2017.

RUBIN E., FARBER J. L. **Patologia: bases clinicopatológicas da medicina**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lippincot Williams & Wilkins, 2010.

SOARES, A. A. M.; CASTRO, G. M. O.; ALMEIDA, I. E. M.; MONTEIRO, L. A. S.; TORRES, L. M. Vivências da equipe de enfermagem no cotidiano do sistema penal. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, e34815, 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502020000100303](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100303). Acesso em 06 abr. 2020.

UNAIDS. OMS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Ending AIDS, Progress towards the 90–90–90 targets. **Global Aids Update**. 2017. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf). Acesso em: 05 de outubro de 2017.

VALL, J; LEMOS, K. I. L; JANEIRO, A. S. I. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. **Cogitare Enferm**, n. 10, v. 3, p. 63-70, 2005.

ZAGONEL, I. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 25-32, 1999.

## **APÊNDICE A - ROTEIRO DA PRIMEIRA ETAPA**

### **QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

- 1) Identidade de gênero:
- 2) Idade:
- 3) Cor:
- 4) Escolaridade:
- 5) Tempo na PED:
- 6) Tempo em outras instituições:
- 7) Tempo de diagnóstico de HIV:
- 8) Qual tratamento realiza para HIV:
- 9) Realizou exames de acompanhamento? Qual ultimo resultado?
- 10) Dependência química? Qual?
- 11) Histórico de internações? Quais?
- 12) Probabilidade de Infecção (violência):
- 13) Comportamento de risco (realiza sexo sem camisinha):
- 14) Recidivas prisionais:



## ROTEIRO PARA ENTREVISTA

<b>Saúde Física</b>	1)O que é HIV? 2) Qual é a principal limitação física? 3)Qual é o tratamento? 4)Diferença de HIV/AIDS? 5) Houve manifestação de algum sintoma?
<b>Saúde Mental</b>	6) Que tipo de apoio gostaria que tivesse? 7) O que fazer para conseguir apoio? 8) Que auxílio tenho ao sair do presídio? 9)Quem procurar?
<b>Social</b>	10) Onde consigo dar continuidade no tratamento? 11) Que informações sobre a minha doença eu gostaria de receber ao sair do presídio?
<b>Familiar</b>	11)Qual é a importância da família para continuar o tratamento?
<b>Relacionamento</b>	10)Como ter um relacionamento saudável vivendo com HIV? (Uso de preservativos)
<b>Ocupacional</b>	11) O que sei fazer para conseguir emprego? Trabalho aqui dentro? O que sei fazer?
<b>Educacional</b>	12) Onde posso conseguir estudar da série onde parei?
<b>Dependências</b>	13) Quais dispositivos na comunidade podem me auxiliar?
<b>Situação financeira</b>	14) Onde encontrar ensino profissionalizante?
<b>Habitação</b>	15) Qual provável lugar eu irei ao sair do presídio?

## **APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA SEGUNDA ETAPA**

### **Método para elaboração dos subconjuntos terminológicos da CIPE.**

1. Definição do que deve ser representado.
2. Definição dos itens a serem pesquisados e posteriormente representados.
3. Desenvolvimento de instruções para uso do instrumento.
4. Testes de confiabilidade e validade.

### **Percurso metodológico**

1. Título: Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE para privados de liberdade com HIV/Aids.
2. Ano:2019
3. Clientela: Privados de Liberdade com HIV/Aids.
4. Prioridade de Saúde: HIV/Aids.
5. Coleta dos termos: Instrumento estruturado de coleta de dados.
6. Mapeamento cruzado: CIPE versão 2015.
7. Validação dos enunciados: Validação por profissionais.
8. Referencial teórico: Necessidades Humanas Básicas de Horta e Modelo de Adaptação de Roy
9. Finalização: DE /RE.

### **Identificação da clientela**

#### **Etapa 01: Consulta de enfermagem/ Teoria norteadora: Wanda Horta**

**Identificação:** Idade, sexo, cor, estado civil, (nº e idade dos filhos), escolaridade, ocupação (atividade profissional), religião, naturalidade, renda pessoal.

**Percepções e perspectivas:** Hábitos de vida (tipo e frequência), queixas atuais, antecedentes patológicos pessoais e familiares. Tempo de reclusão, perspectiva de alvará.

**Atendimento das necessidades básicas:** (Padrões, hábitos, frequência, horários, rituais, outros).

**Fisiológica:** Sono e repouso, exercícios e atividades físicas, eliminações, nutrição, hidratação, respiração/oxigenação, cuidado corporal (integridade da física), habitação, sexualidade ( nº de parceiros sexuais, uso de preservativo, teve IST), recreação.

**Segurança/Proteção:** Como você avaliaria a sua segurança? (família, saúde, local).

**Social:** Comunicação, família, amigos, grupos sociais, comunidade, relação amorosa, afeto, relações próximas entre as pessoas.

**Estima:** Imagem corporal pelo ser pessoal, confiança, aceitação social, respeito, responsabilidade, reconhecimento, ética, moral.

**Realização Pessoal:** Autocuidado, auto-consciência, auto-conceito, filosofia de vida, auto desenvolvimento, auto imagem, auto ideal, expectativa.

- Tem havido alguma alteração no atendimento dessas necessidades, como e quando?

## **Etapa 02: Modelo de adaptação Roy**

**Estímulos:** Fator desencadeador de uma resposta que integra o ser humano ao ambiente, ambiente externo (estímulo externo) ou interno (estímulo interno). Sendo este segundo tal modelo:

**Focal:** Estímulos internos ou externos de confronto direto/ imediato a pessoa.

**Contextual:** Fatores ambientais, internos e externos que se apresentam a pessoa que podem influenciar a forma como a pessoa reage aos estímulos focais.

**Residual:** Fatores ambientais internos ou externos, cujos efeitos na situação não são claros ou avaliáveis.

**Objetivo:** Investigar os estímulos, a qual analisa os assuntos emergentes e padrões de comportamento do cliente para identificar as respostas ineficientes ou adaptativas que exigem seu apoio.

**OBS:** Quando houver comportamentos ineficientes ou respostas adaptativas exigindo apoio, a enfermeira faz uma investigação dos estímulos externos e internos que podem estar afetando esses comportamentos

## **REFERÊNCIAS**

COELHO, S. M. S., MENDES, I. M. D. M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, n. 15, v. 4, p. 845-850, 2011.

HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enf. USR**, v. 5, n. 1. P. 7-15, 1974.