

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ERIKA APARECIDA CATOIA

**Caracterização da assistência à saúde prestada às pessoas privadas de  
liberdade que vivem com HIV/aids:  
uma revisão integrativa**

Ribeirão Preto  
2014

ERIKA APARECIDA CATOIA

**Caracterização da assistência à saúde prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids:  
uma revisão integrativa**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e Políticas de Saúde.

Orientador: Aline Aparecida Monroe

Ribeirão Preto  
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catoia, Erika Aparecida

Caracterização da assistência prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids: uma revisão integrativa.. Ribeirão Preto, 2014.

131 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Aline Aparecida Monroe

1. Prisões. 2. HIV. 3. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 4. Assistência à Saúde. 5. Serviços de Saúde. 6. Enfermagem em Saúde Pública.

CATOIA, Erika Aparecida.

## Caracterização da assistência à saúde prestada às pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids: uma revisão integrativa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em        /        /

### **Comissão Julgadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

# *Dedicação*

*Ao meu pai Luiz, minha irmã Cíntia e meu companheiro  
Rafael pelo apoio e incentivo.*

# Agradecimento especial

*À Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, pelo acolhimento, apoio e orientação durante minha trajetória na pós-graduação.*

*Ao Prof. Dr. Pedro Palha por me aceitar como aluna especial em sua disciplina na pós-graduação o que possibilitou minha aproximação e inserção no programa de pós-graduação da EERP*

*Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto por sua generosidade, gentileza e seu vasto conhecimento determinante na construção da etapa metodológica deste trabalho.*

## *Agradecimentos*

*À Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, e a todos do grupo operacional de estudos GEOTB.*

*Aos funcionários da biblioteca central da USP de Ribeirão Preto pelos treinamentos e apoio técnico dispensados na construção deste trabalho*

*Ao Grupo GEOHáids liderado pela da Profa. Dra. Aline Monroe: Livia, Aline Andrade, Glaucia, Mayara, Aline Araújo, Glauber, Luana, Cassiara e Fernanda agradeço pela parceria e companheirismo durante minha trajetória acadêmica.*

## RESUMO

CATOIA, E.A. **Caracterização da Assistência à Saúde prestada às Pessoas Privadas de Liberdade que Vivem com HIV/aids: uma Revisão Integrativa.** 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A infecção pelo HIV/aids no mundo atinge, desproporcionalmente, determinados grupos sociais, dentre eles a população privada de liberdade. Mediante o impacto da epidemia no âmbito carcerário, organismos internacionais orientam a adoção de estratégias de cuidado, pautadas em evidências científicas, o que determina o impacto positivo no controle do agravo nas prisões. Este estudo objetivou identificar e analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) no âmbito prisional. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, tendo a prática baseada em evidências (PBE) como referencial teórico. No que se refere às etapas de desenvolvimento da revisão integrativa, procedeu-se à seleção dos estudos, por meio da utilização de descritores controlados e palavras-chaves junto às bases de dados *LILACS*, *PUBMED*, *CINAHL* e *Web of Science*. Dos 894 estudos recuperados, após leitura de forma independente por duas pesquisadoras, derivou-se uma amostra final de 15 estudos. Houve predomínio de pesquisas realizadas nos Estados Unidos, com população masculina, indivíduos afrodescendentes e com história progressiva de mais de um encarceramento ao longo da vida. A população abordada se encontrava em situação de privação de liberdade, contudo, em processo de transição para a comunidade. De modo geral, as estratégias de cuidado prestadas às PVHA em situação de encarceramento, enfocaram a coordenação e a transição para a comunidade, mediante estratégias de gestão de caso com referência e vínculo para serviços de saúde e sociais, planejamento de alta, tratamento de substituição com a utilização de metadona para dependentes químicos e a Terapia Antirretroviral Diretamente Administrada (DAART) para grupos com baixa adesão ao tratamento, em especial os usuários de drogas. Há que se ressaltarem as investidas na identificação, sensibilização e engajamento de outros atores-chave, com destaque para egressos do sistema prisional visando a implementação de estratégias educativas, assistenciais e de suporte por pares, bem como a identificação, tentativa de reestabelecimento e fortalecimento de vínculo com a rede de suporte social dos indivíduos privados de liberdade em transição para a comunidade. Destaca-se o papel da enfermagem na viabilização das estratégias de gestão do caso, planejamento de alta, sensibilização e capacitação de atores-chave com potencial de engajamento nas atividades envolvendo o cuidado por pares. Concluiu-se que a assistência no âmbito prisional pautou-se no cuidado ampliado, transcendendo a dimensão clínica do manejo do HIV/aids em si, uma vez que incorporou no bojo das ações desenvolvidas, a identificação e integração de ações e serviços sociais e de saúde, valorizando, deste modo, um processo de cuidar pautado na reinserção social dos sujeitos no período que corresponde ao pré e pós-livramento prisional.

**Descritores:** Prisões, HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Assistência à Saúde, Serviços de Saúde, Enfermagem em Saúde Pública.



## ABSTRACT

CATOIA, EA **Characterization of Health Care provided to persons deprived of liberty who live with HIV/AIDS**: an integrative review. 2014. 131 f Dissertation (Master) - School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The HIV infection affects certain social groups disproportionately, among them the prisoners. By the impact of the epidemic in prisional ambit, international organizations guide to care strategies, conducted by scientific evidence, which determines the positive impact in controlling the disease in prisons. This study aimed to identify and analyze the scientific evidence available in the literature on assistance provided to people living with HIV/AIDS (PLWHA) in the prison context. This is an integrative review of the literature, and evidence-based practice (EBP) as the theoretical reference. With regard to development stages of the integrative review, we proceeded to the selection of studies, using controlled descriptors and keywords together to databases *LILACS*, *PUBMED*, *CINAHL* and *Web of Science*. Independently, two investigators read 894 recovered studies and derived a final sample of 15 studies. There was a predominance of researches done in the United States, with male population, Afro-descendant and individuals with a history of more than one life-long imprisonment. The covered population was in a situation of deprivation of liberty. However, they were in transition process to the community again. Generally, the care strategies provided to PLWHA in incarceration situation, focused on the coordination and the transition to the community, through case management strategies with reference and link to health and social services, discharge planning, substitution treatment with the use of methadone for drug addicts and the Directly Administered Antiretroviral Therapy (DAART) for groups with low adherence to treatment, particularly drug users. We have to highlight the investitures in identification, awareness and engagement of other key actors, especially former convicts, aiming the educational strategies implementation, care and support by peers, as well as the identification, attempt to re-establishment and strengthening of bonds with the social support network of private individuals of freedom in transition to the community. Besides, it is important to point the nursing role in the feasibility of case management strategies, discharge planning, sensitization and training of key actors with potential engagement in activities involving peer care. In conclusion, the assistance in the prison context was characterized in the extended care, transcending the clinical dimension of the management of HIV/AIDS itself. It is explained once it had incorporated in the core of the actions taken, the identification and integration of actions and social services and health, valuing, thus, a process of care founded on the social reintegration of the subjects in the period corresponding to the pre and post-prison.

Descriptors: Prisons, HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome, Health Care, Health Services, Public Health Nursing.

## RESUMEN

CATOIA, E.A. Caracterización de la asistencia a la salud prestada a las personas privadas de libertad que viven con VIH/sida: una Revisión Integrativa. 2014. 131 f. Disertación (Máster) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La infección por el VIH/sida en el mundo alcanza, desproporcionalmente, determinados grupos sociales, entre ellos la población privada de libertad. Mediante al impacto de la epidemia en el ámbito carcelario, organismos internacionales orientan la adopción de estrategias de cuidado, pautadas en evidencias científicas, lo que determina el impacto positivo en el control del agravo en las prisiones. Este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las evidencias científicas disponibles en la literatura sobre la asistencia prestada a las personas que viven con VIH/sida (PVVS) en el ámbito de las prisiones. Se trata de una Revisión Integrativa de la literatura, teniendo la práctica basada en evidencias (PBE) como referencial teórico. En el que se refiere a las etapas de desarrollo de la revisión integrativa, se procedió a la selección de los estudios por medio de la utilización de descriptores controlados y palabras claves junto a las bases de datos LILACS, PUBMED, CINAHL y Web of Science. De los 894 estudios recuperados, después de lectura de forma independiente por dos investigadoras, se derivó una muestra final de 15 estudios. Hubo predominio de investigaciones realizadas en los Estados Unidos, con población masculina, individuos afrodescendientes y con historia de más de un encarcelamiento al largo de la vida. La población abordada se encontraba en situación de privación de libertad, pero, en proceso de transición para la comunidad. De modo general, las estrategias de cuidado prestadas a las PVVS en situación de encarcelamiento, enfocaron la coordinación y la transición para la comunidad, mediante estrategias de gestión de caso con referencia y vínculo para servicios de salud y sociales, planificación de alta, tratamiento de sustitución con la utilización de metadona para dependientes químicos y la Terapia Antirretroviral Directamente Administrada (TADA) para grupos con baja adhesión al tratamiento, en especial los usuarios de drogas. Hay que resaltar las inversiones en la identificación, sensibilización y encajamiento de otros actores clave, con destaque para egresos del sistema de prisión visando la implementación de estrategias educativas, asistenciales y de soporte por pares, así como la identificación, tentativa de restablecimiento y fortalecimiento de vínculo con la red de soporte social de los individuos privados de libertad en transición para la comunidad. Se destaca el papel de la enfermería en la ejecución de las estrategias de gestión del caso, planificación de alta, sensibilización y capacitación de actores clave con potencial de encajamiento en las actividades envolviendo el cuidado por pares. Se concluyó que la asistencia en el ámbito de las prisiones se pautó en el cuidado ampliado, trascendiendo la dimensión clínica del manejo del VIH/sida en sí, una vez que incorporó en el bojo de las acciones desarrolladas, la identificación e integración de acciones y servicios sociales y de salud, valorando, de este modo, un proceso de cuidar pautado en la reinserción social de los sujetos en el periodo que corresponde al pre y pos libramiento de la prisión.

Descriptores: Prisiones, VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Prestación de Atención de Salud, Servicios de Salud, Enfermería en Salud Pública.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Lista dos 10 países com maior população prisional (2013) .....	25
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Intervenções para uma resposta nacional ao HIV/aids nas prisões. ....	36
Quadro 2 – Classificação hierárquica da força de evidência.....	41
Quadro 3 – Descrição da Estratégia PICO.....	50
Quadro 4 – Descrição da estratégia PICO para elaboração da questão de pesquisa.....	50
Quadro 5 – Descrição dos descritores/palavras-chave utilizados nas bases de dados, Ribeirão Preto, 2014.....	55
Quadro 6 – Descrição da estratégia de busca realizada no PUBMED, Ribeirão Preto, 2014.....	56
Quadro 7 – Descrição da estratégia de busca realizada na Web of Science, Ribeirão Preto, 2014. ....	58
Quadro 8 – Descrição da estratégia de busca por descritor de assunto no LILACS, Ribeirão Preto, 2014. ....	58
Quadro 9 – Descrição da estratégia de busca por Palavras-Chave no LILACS, Ribeirão Preto, 2014. ....	59
Quadro 10 – Descrição da estratégia de busca na base de dados CINAHL.....	60
Quadro 11 – Descrição da estratégia de seleção dos estudos .....	61
Quadro 12 – Descrição da estratégia de seleção dos estudos .....	61
Quadro 13 – Descrição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo título, autor, ano de publicação, periódico e base de dados. Ribeirão Preto, 2014.....	67
Quadro 14 – Distribuição dos estudos segundo o nome dos periódicos e seu fator de impacto. Ribeirão Preto, 2014.....	70
Quadro 15 – Distribuição dos estudos segundo país de origem, local de estudo, unidade correcional e instituição de desenvolvimento do estudo. Ribeirão Preto, 2014. ....	71
Quadro 16 – Distribuição dos estudos segundo amostra, sexo, idade e etnia prevalente. Ribeirão Preto, 2014.....	73
Quadro 17 – Distribuição dos estudos segundo o delineamento da pesquisa e o nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	74
Quadro 18 – Síntese do estudo 1 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	76
Quadro 19 – Síntese do estudo 2 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	77

Quadro 20 – Síntese do estudo 3 incluído na Revisão Integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	78
Quadro 21 – Síntese do estudo 4 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	79
Quadro 22 – Síntese do estudo 5 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	80
Quadro 23 – Síntese do estudo 6 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	81
Quadro 24 – Síntese do estudo 7 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	82
Quadro 25 – Síntese do estudo 8 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	83
Quadro 26 – Síntese do estudo 9 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	84
Quadro 27 - Síntese do estudo 10 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	85
Quadro 28 – Síntese do estudo 11 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	86
Quadro 29 – Síntese do estudo 12 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	88
Quadro 30 – Síntese do estudo 13 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	89
Quadro 31 – Síntese do estudo 14 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	90
Quadro 32 – Síntese do estudo 15 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.....	91

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Descrição dos estudos da Revisão Integrativa segundo os temas, Ribeirão Preto, 2014. ....	75
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ACE	Sigla em inglês para Educação e Aconselhamento em Aids (Aids Education and Counseling)
Aids	Sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CRF	Sigla em inglês para Formas Recombinantes Circulantes (circulating recombinant forms).
DAART	Sigla em inglês para Terapia Antirretroviral Diretamente Administrada (Directly Administered Antiretroviral Therapy)
DOTS	Sigla em inglês para Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração (Directly Observed Treatment Short-course)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HCV	Sigla em inglês de Vírus da Hepatite C (Hepatitis C Virus)
HIV	Sigla em inglês para Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus).
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNAISP	Política Nacional de Saúde Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/aids
RD	Redução de Danos
RI	Revisão Integrativa
SAT	Sigla em inglês para Tratamento Auto-Administrado (Self-administered Therapy)
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
1.1 A trajetória e o impacto epidemiológico do HIV/aids: do global ao cenário nacional.....	19
1.2 O Impacto do HIV/aids nas prisões.....	25
1.3 Estado da arte sobre prevalência do HIV/aids e a vulnerabilidade no âmbito prisional.....	26
1.4 Diretrizes para o cuidado das PVHA no âmbito prisional.....	35
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>39</b>
2.1 Prática baseada em evidências (PBE).....	40
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>43</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>45</b>
4.1 Delineamento do estudo.....	46
4.2 Revisão Integrativa de Literatura.....	46
4.2.1 Estratégias de busca na literatura.....	52
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>66</b>
5.1 Apresentação e síntese dos estudos selecionados.....	75
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>92</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>128</b>



*APRESENTAÇÃO*

---

O interesse pela temática resultou da minha atuação enquanto enfermeira da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo onde vivencio o impacto da infecção pelo HIV/aids no cotidiano de homens e mulheres privados de liberdade. A experiência profissional despertou o interesse sobre o conhecimento produzido para qualificar a assistência às PVHA, o que desencadeou a aproximação com o grupo de pesquisa operacional em HIV/aids da EERP e, posteriormente, meu ingresso no programa de pós graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

A presente dissertação de mestrado constitui-se em uma etapa preliminar que visa contribuir com a produção de conhecimentos teóricos que fundamentarão o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "**ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE PRESTADA ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UNIDADES PRISIONAIS DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO/SP**", aprovado em novembro de 2014 pelo Edital Universal CNPq (Chamada MCTI/CNPQ/Universal 14/2014 - Faixa A, Processo nº 460753/2014-2), que está sendo desenvolvido pelo grupo de estudos operacionais em HIV/aids (GEOH aids), coordenado pela Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe, tendo a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo como instituição executora. Trata-se de um projeto que envolve a parceria entre instituições de ensino superior, de saúde, bem como a própria Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

*1 INTRODUÇÃO*

---

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura e tem como objetivo identificar e analisar as evidências científicas disponíveis sobre estratégias e intervenções desenvolvidas para o cuidado às Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) no âmbito prisional.

O delineamento do objeto de estudo perpassa pela trajetória epidemiológica do HIV/aids globalmente, pelo impacto da epidemia nas prisões, pelas diretrizes existentes para o manejo do cuidado ao HIV/aids nas prisões e pela contribuição da Prática Baseada em Evidência (PBE) como referencial teórico para qualificar o cuidado às PVHA no âmbito prisional.

### **1.1 A trajetória e o impacto epidemiológico do HIV/aids: do global ao cenário nacional**

Desde o seu surgimento, há mais de 30 anos, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), configura-se como um desafio prioritário de saúde mundial, sobretudo nos países em desenvolvimento que, atualmente, concentram 90% dos cerca de 35 milhões de adultos que vivem com HIV/aids (UNAIDS, 2013). A epidemia do HIV, a partir da década de 1990, passou a atingir prioritariamente segmentos mais vulneráveis e discriminados da sociedade, entre eles os(as) trabalhadores(as) sexuais, usuários(as) de drogas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e populações trans (UNAIDS, 2012).

O HIV, um retrovírus, surgiu provavelmente em meados do século XX na África Central e Oriental, circulando lentamente em algumas comunidades africanas entre 1940 e 1950. O primeiro caso de infecção pelo HIV descrito na literatura ocorreu em 1959 em Kinhasa, na atual República Democrática do Congo (FORATTINI, 1993; GRMEK, 1995; REQUEJO, 2006; PINTO et al., 2007; BASTOS, 2008).

Entretanto, a doença somente ganhou a dimensão pandêmica atual a partir da década de 1980, com o surgimento de casos de uma síndrome que comprometia o sistema imune, destruindo as células de defesa, causando pneumonia pelo fungo *Pneumocystis Jirovecii* e neoplasia de pele (Sarcoma de Kaposi). Atingiu, inicialmente, homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis (UDI), de heroína e hemofílicos residentes em Los Angeles e São Francisco nos Estados Unidos,

acometendo, posteriormente, imigrantes haitianos que viviam no país. É nesse período que a aids surge como uma nova e complexa pandemia, levando à morte, desde o seu surgimento até o ano de 2012, cerca de 30 milhões de pessoas em todo o mundo (PINTO et al., 2007; UNAIDS, 2012; FIOCRUZ, 2014).

Atualmente, circulam no mundo dois tipos geneticamente distintos de HIV, a saber: HIV-1, forma mais comum e virulenta, responsável pelo maior número de casos da infecção no mundo – é a forma predominante no Brasil, e o HIV-2, que ocorre em alguns países da África Ocidental, Europa e Índia – caracteriza-se por apresentar menor virulência e evolução para forma menos agressivas (REQUEJO, 2006; ROTTA; ALMEIDA, 2011; ESBJORNSSON et. al., 2011).

No início do século XX, foram identificados, através da filogenética, três grupos do HIV: *Major (M)*, responsável por 90% de toda infecção, sendo dividido em 10 subtipos, designados A (A1 – A4), B, C, D, E, F (F1 e F2), G, H, J e K; o grupo *Outlier (O)* e o *non-M e non-O (N)*, além de 43 formas recombinantes circulantes (CRF). Em 2009, uma nova linhagem do HIV definido com *P (putative)* foi descrita (REQUEJO, 2006; ROTTA & ALMEIDA, 2011; ESBJORNSSON et. al., 2011).

O vírus do HIV possui alta capacidade de mutação e adaptação no organismo humano, com diversas variações genéticas, e tem como alvo principal as células de defesa denominadas linfócitos auxiliares T-CD4+, que são responsáveis pelo reconhecimento de antígenos e pela ativação da resposta humoral (mediada por anticorpos) do sistema imunológico. Destaca-se que outras células de defesa também podem ser infectadas pelo HIV, sendo elas os macrófagos e as células dendríticas (MESQUITA et. al., 2010; FICORUZ, 2014).

A infecção pelo HIV ocasiona a supressão da resposta imunológica, acarretando, em longo prazo, manifestações clínicas que são denominadas de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), tornando o indivíduo suscetível a diversas infecções oportunistas, dentre as quais destacam-se a tuberculose, primeira causa de morte entre as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), neurotoxoplasmose, pneumocistose, meningite criptocócica, demência e retinite por citomegalovírus, podendo levar a pessoa ao óbito. Na ausência de terapêutica medicamentosa específica, o tempo para o desenvolvimento da aids, após a soroconversão, é de oito a 10 anos. (BRASIL, 2008; ROTTA; ALMEIDA, 2011; FIOCRUZ, 2014).

Após duas a quatro semanas da infecção pelo HIV, entre 50 – 90% dos indivíduos apresentam manifestações clínicas agudas, decorrentes da elevada carga

viral no organismo, da resposta imunológica específica e da queda transitória do T-CD4+. A duração dos sintomas perdura por uma a quatro semanas e pode incluir, entre outros sintomas, febre alta, linfadenomegalia transitória, candidíase oral, manifestações digestivas (diarreia, náusea, vômitos), perda de peso, alterações neurológicas e meningite. O HIV também pode lesionar diretamente alguns órgãos desencadeando processos inflamatórios, entre os quais miocardite, nefropatia e neuropatias (BASTOS, 2008; BRASIL, 2008).

Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV), introduzida em 1996, houve uma significativa mudança no curso da infecção pelo HIV/aids no mundo, que se tornou uma condição crônica de saúde. A TARV evitou mundialmente a morte de 6,6 milhões pessoas, além de diminuir significativamente o risco de transmissão do HIV e a disseminação da tuberculose (UNAIDS, 2013; FIOCRUZ, 2014).

Destaca-se que, embora se tenha observado em dezenas de países um declínio de 50% no número de novas infecções pelo HIV entre 2001 e 2012, com redução no número de mortes por aids de 2,3 milhões em 2005 para 1,6 milhão no ano de 2012; a infecção pelo HIV/aids ainda tem grande impacto na saúde de homens e mulheres em todo o mundo, concentrando-se em países em desenvolvimento e atingindo, prioritariamente, grupos marginalizados e estigmatizados, que estão mais vulneráveis ao agravo (BASTOS, 2008; UNAIDS, 2013).

A distribuição da infecção pelo HIV/aids no mundo está moldada de forma distinta entre os continentes e no interior destes, com prevalências e vulnerabilidades desiguais em determinados grupos sociais. A seguir descrever-se-á, brevemente, os grupos mais vulneráveis ao HIV/aids nos diferentes países.

Embora se admitam disparidades no impacto da epidemia pelo HIV/aids no Continente Africano, é na região da África Subsaariana que estão concentradas 69% das PVHA no mundo, com aproximadamente 5% da população vivendo com HIV. A prevalência do HIV é de 2% na África Ocidental, podendo atingir 20% nos países da África Meridional. Nessa região, as mulheres estão mais vulneráveis ao HIV/aids, representando 58% de todos os casos da doença. Atualmente, a via sexual é a principal forma de transmissão da doença (HOTTZ; SCHECTER, 2012; BRASIL, 2014; UNAIDS, 2013; FIOCRUZ, 2014).

Após a África Subsaariana, as regiões mais severamente afetadas pelo HIV são Caribe, o Leste Europeu e a Ásia Central, com prevalência de 1% de adultos acometidos pelo HIV no ano de 2011 (BRASIL, 2012).

Na Ásia, estima-se que oito milhões de pessoas vivam com HIV; destes, 25% são mulheres. Embora se tenha observado aumento da participação de HSH no número de novos casos, a forma principal de transmissão do HIV nessa região é o comércio sexual e o uso de drogas injetáveis. Estima-se que a prevalência do HIV entre a população de UDI atinja 28% no continente asiático (UNAIDS, 2013; FIOCRUZ, 2014).

Na Oceania, a infecção pelo HIV concentra-se na região de Papua Nova Guiné, com 50% dos 51 mil casos no continente. A principal forma de transmissão é a heterossexual associada ao comércio sexual. Na Austrália, a transmissão do HIV é predominantemente pela via sexual entre HSH, com 60% do agravo diagnosticado nessa população entre os anos de 2004 e 2008 (HOTTZ; SCHECTER, 2012; UNAIDS, 2013b; FIOCRUZ, 2014).

Na Europa, o HIV já foi registrado em 50 dos seus 53 países. As três regiões da Europa apresentam disparidades na incidência do HIV, que atinge predominantemente países localizados no Leste Europeu, com 22,4 casos por 100.000 hab. A Europa Ocidental possui incidência de 6,5 casos por 100.000 hab. e a região Central com 1,6 casos por 100.000 hab. A principal forma de transmissão do HIV na Europa é pela via sexual entre HSH, representando 40,1% dos casos, seguida pela via heterossexual com 37,9% dos casos (FIOCRUZ, 2014).

No continente Americano, a infecção pelo HIV apresenta prevalência e vias predominantes de transmissão distintas em seus países. Os Estados Unidos possuíam 1,1 milhão de PVHA no ano de 2011, com incidência estável de aproximadamente 40 mil novas infecções todos os anos. A infecção pelo HIV acomete em maior parte usuários de drogas e heterossexuais. O Caribe, com 250.000 casos em 2012, apresenta a segunda maior prevalência do mundo no que se refere à infecção pelo HIV, com predomínio de transmissão pela via heterossexual (FIOCRUZ, 2014).

A América Latina, com aproximadamente 1,5 milhões de PVHA, apresenta dinâmicas epidemiológicas distintas nos diversos países, porém com predomínio das formas de transmissão por HSH e pelo comércio sexual. Embora a maioria dos países latino-americanos possua prevalência do HIV inferior a 1% na população em geral, esse valor aumenta significativamente nos grupos vulneráveis (HSH e profissionais do sexo) (FIOCRUZ, 2014).

O Brasil possui um terço de todos os casos de HIV na América Latina. O primeiro caso verificado de aids no país ocorreu em São Paulo, em 1980. Estima-se que 630.000 pessoas entre 15 e 49 anos vivam com HIV/aids, dos quais cerca de 255.000 não conhecem seu estado sorológico. Observa-se, nos últimos anos, uma incidência de 20 casos por 100.000 hab., com registro de 38 mil novos casos anualmente. A prevalência do HIV na população geral entre 15 e 49 anos mantém-se estável em 0,42%, sendo 0,52% entre os homens e 0,31% entre as mulheres (HOTTZ; SCHECTER, 2012; UNAIDS, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a epidemia brasileira como concentrada, posto que atinge valor superior a 5% em populações específicas e seus valores são inferiores a 1% na população em geral (UNAIDS, 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), embora a infecção pelo HIV no Brasil concentre-se nas grandes cidades, acometendo populações mais vulneráveis, observa-se uma disseminação do agravo para municípios de médio e pequeno porte. Entre os grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV estão mulheres profissionais do sexo, com prevalência de 4,9%; os usuários de drogas, com prevalência de 5,9%, e HSH, com prevalência de 10,5%. (BRASIL, 2012).

A complexa trajetória mundial do HIV/aids caracterizou-se por fenômenos sociais com aumento da vulnerabilidade à infecção em determinados grupos, entre os quais as mulheres, caracterizando uma feminização da epidemia, a partir da década de 1990. Em 2012, as mulheres representavam cerca de 50% (16,4 milhões – 19,3 milhões) dos casos de HIV em todo o mundo (UNAIDS, 2013).

As relações de gênero que determinam historicamente poderes assimétricos entre homens e mulheres, reiterando a “inferioridade” feminina e sua subordinação aos homens, colocam tal população em desvantagem, no que concerne à apropriação de informações e ao poder de decisão (SCOTT, 2005), assim como à mudança e manutenção das práticas preventivas ao HIV. Eliminar as desigualdades entre homens e mulheres e combater a violência contra mulheres torna-se decisivo para diminuir a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV (UNAIDS, 2013).

A feminização não ocorreu isoladamente na complexa trajetória da epidemia no mundo. O aumento do número de mulheres infectadas veio acompanhado por outros fenômenos sociais. Destaca-se o da pauperização da epidemia, que passou a atingir estratos menos favorecidos economicamente da sociedade (BASTOS et al., 2000).



A violência estrutural, definida como forças sociais de grande escala enraizadas nos processos históricos e econômicos, molda as sociedades e delinea a distribuição e o resultado do HIV/aids nas populações. Essas forças sociais – dentre as quais se destacam-se o racismo, o sexismo, a pobreza e as desigualdades sociais – caracterizam-se por uma ecologia biológica e social determinante na disseminação seletiva do HIV/aids e determinam maior vulnerabilidade dos mais pobres à infecção pelo HIV/aids (BASTOS et al., 2000; CASTRO; FARMER, 2005).

Para Parker e Camargo (2000), a expansão mundial da epidemia da aids ocorreu em um contexto de profundas transformações na economia global. A transição do capitalismo industrial para o capitalismo informacional, no início da década de 1970, proporcionou uma flexibilização nas relações de trabalho e no vínculo empregatício, gerando um aumento do trabalho informal e acentuada desigualdade social. A consequência foi uma polarização entre ricos e pobres com aumento das discrepâncias sociais e consequente aumento da pobreza e da miséria no mundo.

Os autores citados anteriormente ainda destacam que a reestruturação na economia global e o aumento de políticas econômicas e sociais neoliberais promoveram a redução de programas de saúde, educação e proteção social em todo o mundo. Tais transformações ocasionaram impactos na vida, principalmente das mulheres, acentuando uma progressiva feminização da pobreza e da miséria, devido à opressão de classe, étnico/racial e de gênero a que as mulheres estão submetidas.

Ressalta-se que, mundialmente, entre os grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV, encontra-se também a população carcerária, onde a prevalência do agravo atinge valores duas a 10 vezes maiores do que na população geral. Tal situação é agravada pelos altos níveis de outras doenças infectocontagiosas presentes no ambiente prisional, dentre as quais se destacam, a tuberculose e as hepatites virais dos tipos B e C. A infecção pelo HIV/aids no cárcere apresenta-se como uma grave ameaça à saúde mundial, desafiando governos, gestores e profissionais da saúde no controle do agravo nas pessoas privadas de liberdade em todo o mundo (UNODC, 2008).

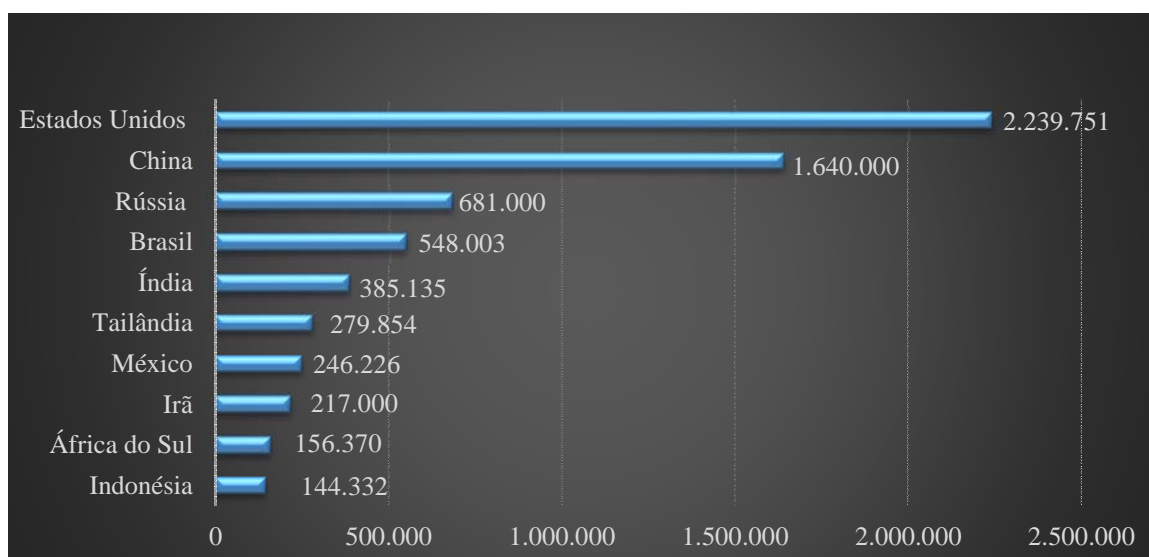
A seguir descrever-se-á brevemente a epidemiologia do HIV/aids no âmbito prisional mundial.

## 1.2 O Impacto do HIV/aids nas prisões

Como vimos, a epidemia do HIV atinge prioritariamente segmentos mais vulneráveis e discriminados da sociedade. Tal contexto ainda desafia o setor de saúde quanto à proposição e operacionalização de estratégias e tecnologias do cuidado pautadas no princípio do acesso e da equidade em saúde (GIANA et al. 2012). Nesse bojo de prioridades, destaca-se a situação de vida e de saúde das 10,2 milhões de pessoas privadas de liberdade em todo o mundo (INTERNATIONAL CENTER OF PRISON STUDIES/ICPS, 2013).

Os quatro países com as maiores populações prisionais são: Estados Unidos, com uma população prisional de 2,24 milhões (taxa 716/100.000 hab.); China, com 1,64 milhões de pessoas presas já condenadas (taxa de 121/100.000 hab.) – os dados chineses excluem as pessoas que aguardam julgamento no país; Rússia, que possui 681,6 mil pessoas privadas de liberdade (475/100.000 hab.) e o Brasil, que ocupa o 4o lugar no número absoluto de pessoas presas, com uma população carcerária de 548 mil indivíduos (taxa de encarceramento de 274/100.000 hab.) (ICPS, 2013). O Gráfico 1 apresenta os 10 países que concentram o maior número de presos no mundo.

**Gráfico 1 – Lista dos 10 países com maior população prisional (2013)**



**Fonte:** Lista Mundial da população prisional (10ª Ed.) ICPS/King'College Londres (2013).

No Brasil, dos 548 mil indivíduos presos, 513.713 mil (93%) estão custodiados em penitenciárias, sendo que 31.064 (6%) são mulheres. O perfil sociodemográfico dessa população caracteriza-se por: adultos jovens, com 358.837 presos (69,9%) na faixa etária entre 18-34 anos; negros e pardos, correspondendo a 294.468 indivíduos (57%); baixo nível de escolaridade, com 385.519 presos (75%) classificados entre analfabetos e com ensino fundamental completo (INFOPEN, 2012).

De forma geral, observa-se, em diversos países, uma maior prevalência da infecção pelo HIV/aids nas unidades prisionais em relação à população que está fora das prisões. Diversos aspectos são determinantes para uma maior taxa de infecção pelo HIV/aids no ambiente carcerário, entre eles o fato de que, em muitos países, as populações vulneráveis à infecção também apresentam maior risco para a criminalização e o encarceramento, sendo assim, grupos mais vulneráveis ao HIV são desproporcionalmente representados no interior do cárcere (UNODC, 2008).

Além disso, o próprio ambiente prisional no Brasil é propício à transmissão do HIV/aids em decorrência da superlotação, condições ambientais insalubres, violência, circulação de drogas ilícitas, relação sexual (consensual ou coercitiva), indisponibilidade do preservativo, realização de tatuagens sem equipamentos limpos/esterilizados entre outros (UNODC, 2008).

A seguir descrever-se-á a prevalência do HIV/aids na população carcerária mundial, a partir de estudos epidemiológicos realizados em diversas regiões.

### **1.3 Estado da arte sobre prevalência do HIV/aids e a vulnerabilidade no âmbito prisional**

Estudos internacionais identificaram prevalência da infecção pelo HIV/aids no ambiente prisional superior às encontradas na população geral (ZIGLAM et al., 2012; HENOSTROZA et al., 2013; NAVEDEH et al., 2009b; DOLAN; LARNEY, 2010; SEMAILLE et al., 2013; MARQUES et al., 2011).

Estudos realizados na África identificaram uma alta prevalência de doenças infectocontagiosas no interior das prisões, com destaque para o HIV/aids, tuberculose e hepatites B e C. Dentre as barreiras existentes para o controle dessas

infecções, destaca-se o acesso inadequado aos serviços de saúde no âmbito carcerário (ADJEI et al., 2008; ZIGLAM et al., 2012; HENOSTROZA et al., 2013).

Estudo realizado em cinco prisões na parte ocidental da Líbia, com 6.371 presos, identificou uma prevalência de 18,2% para o HIV/aids, valor significativamente superior à população geral do país. Destaca-se que 84% apresentavam coinfeção para o HIV e a hepatite C (ZIGLAM et al., 2012). Em outro estudo no presídio Central Lusaka, na Zâmbia, realizado para identificar a prevalência do HIV e da tuberculose entre 2.323 reclusos, dos quais 88% eram do sexo masculino, a prevalência para o HIV/aids foi 27,4% e de 7,6% para a tuberculose, taxas substancialmente mais elevadas do que as encontradas na população em geral do país (HENOSTROZA et al., 2013).

Em Gana, realizou-se um estudo transversal multicêntrico, entre os anos de 2004 e 2005, para determinar a prevalência do HIV em oito das 10 Unidades Correcionais da região, que possuía uma população prisional de 7.652 indivíduos. Participaram do estudo 1.366 presos, dos quais 93,3% eram do sexo masculino. Identificou-se uma prevalência de 5,9% para o HIV; 16,5% para sífilis e 25,5% para a hepatite B, valores superiores aos encontrados na população geral do país. As altas prevalências encontradas foram influenciadas por UDI, comportamentos sexuais de alto risco e baixo nível socioeconômico (ADJEI et al., 2008).

Na Ásia, estudos ressaltam que o encarceramento de UDI, HSH e profissionais do sexo determinam um maior impacto do HIV no ambiente carcerário, uma vez que esses grupos configuram-se como a população mais vulnerável ao agravo nos países asiáticos. Ressalta-se que altas taxas de anticorpos para os vírus das hepatites B e C foram encontradas nos estudos realizados em diferentes prisões localizadas no continente (PRASETYO et al., 2012; NAVEDAH et al., 2009b; DOLAN; LARNEY, 2010; ZHANG et al., 2010).

Na Indonésia, pesquisa realizada com 375 usuários de drogas institucionalizados em quatro prisões, identificou uma soroprevalência para o HIV de 4,8% (PRASETYO et al., 2012). Estudo realizado nas 72 prisões existentes no Irã entre os anos de 1991 e 2007 identificou uma prevalência heterogênea para o HIV nas diferentes unidades prisionais, variando entre zero e 13,2%, sendo que a taxa de infecção global encontrada foi de 2,8%, valor que se mantém estável desde o ano de 1998 (NAVEDAH et al., 2009).

Em outra pesquisa realizada em 27 prisões no Irã com uma amostra de 4.536 presos, realizaram-se testes sorológicos para o HIV, encontrando uma taxa global da infecção pelo HIV de 2,1% (88/4536), valor superior ao da população iraniana geral. Destaca-se que, entre os presos que afirmaram história de uso de drogas injetáveis nesse estudo, a prevalência para o HIV foi de 8,1%, o que foi associado à história de uso de droga e à presença de tatuagem (NAVEDEH et al., 2009b).

Em um estudo realizado na Prisão Central de Isfahan, no Irã, com 163 mulheres reclusas, não foram encontrados casos de HIV, porém observou-se alta prevalência de anticorpos para os vírus da hepatite B e C, com 1,2% e 7,4% respectivamente. Identificou-se uma relação significativa entre a presença de anticorpos para a hepatite C e história de uso de drogas injetáveis e sexo comercial (NOKHODIAN et al., 2012).

No Líbano, estudo realizado na prisão de Roumieh com 580 encarcerados do sexo masculino e idade superior a 16 anos, no período de agosto de 2007 e fevereiro de 2008, encontrou apenas um caso de infecção pelo HIV, dado que possivelmente reflete a baixa incidência do agravo na população libanesa. Em contrapartida, foram identificadas soroprevalências superiores às encontradas na população em geral (inferior a 1%) para os vírus da hepatite B (2,4%) e da hepatite C (3,4%) (MAHFOUD et al., 2010).

Em um estudo transversal realizado em duas prisões de Lahore, no Paquistão, em 2009, com 4.915 presos, dos quais 91,5% (4.498) eram do sexo masculino, identificou-se uma prevalência de 2,01% para o HIV, dos quais 73,7% apresentavam coinfeção HIV/hepatite C. Destaca-se que a prevalência para o HIV na população do estudo foi maior ao valor encontrado na população geral (NAFEES et al., 2011).

Em uma revisão sobre a prevalência e fatores de risco para o HIV em prisões da Índia, Dolan e Larney (2010) depararam-se com limitações na baixa quantidade de estudos disponíveis. Tal revisão identificou, em uma pesquisa nacional sobre a prevalência de HIV nas prisões, uma taxa geral de infecção pelo HIV de 1,7%, valor superior ao encontrado na população indiana (0,25 – 0,43%). Em alguns estados indianos, a prevalência do HIV entre UDI, grupos que comumente vivenciam períodos de encarceramento, atinge valores superiores a 10%. Entre os grupos mais vulneráveis ao HIV na Índia estão também os HSH e mulheres profissionais do sexo.

Na China, estudo realizado em 2008 com 956 detentos, dos quais 660 do sexo masculino, em 10 prisões na província de Hunan, dos 204 sentenciados que haviam realizado teste sorológico para o HIV antes do encarceramento, 17,6% viviam com o HIV. Entre os 580 presos que realizaram sorologia para o HIV no interior prisional, 41,1% (240/580) afirmaram história de uso de drogas injetáveis, sendo que a prevalência para o HIV nesse grupo foi de 8% (47/580), dos quais 76,6% (36/47) possuíam história de uso de droga injetável. Não foram encontrados resultados positivos para o HIV entre profissionais do sexo (ZHANG et al. 2010).

Na Europa, estudos de prevalência do HIV no âmbito prisional identificaram valores superiores aos encontrados na população em geral (SEMAILLE et al. 2013; MARQUES et al., 2011). Entre os fatores de risco para o HIV nas prisões europeias, destacam-se os UDI e uso de outras drogas, HSH, sexo desprotegido e tatuagem (BABUDIERY et al. 2005; MARCO et al. 2012; MARQUES et al. 2011).

Na Itália, dois estudos multicêntricos foram realizados por Babudieri et al. (2005) e Sagnelli et al. (2012) com o intuito de avaliar o impacto da infecção pelo HIV nas penitenciárias.

No estudo de Babudieri et al. (2005), com 973 presos, dos quais 847 do sexo masculino, em oito prisões italianas, foram identificados 73 indivíduos (7,5%) com sorologia positiva para o HIV, 370 (38%) apresentavam anticorpos para a hepatite C e 512 (52,6%) tinham sorologias para hepatite B (Anti – HBC) reagentes, dos quais 65 (6,7%) apresentavam a doença ativa (HbsAg reagente). Identificou-se um risco aumentado em 11% para a infecção pelo HIV associado à história de HSH, sexo desprotegido, tatuagem e transfusão sanguínea. A presença de anticorpos relacionados à hepatite C (HCV) foi associada com história de encarceramento anterior, UDI e tatuagem.

No estudo de Sagnelli et al. (2012), a prevalência encontrada para a infecção pelo HIV em instituições penais italianas foi de 3,8%.

Estudo realizado no ano de 2010 na França para investigar a prevalência do HIV em uma amostra de 2.154 homens e mulheres encarcerados de um total de 60.975 presos encontrou prevalência de 2% para a infecção pelo HIV, valor seis vezes superior à taxa encontrada na população francesa. Ressalta-se que a prevalência foi superior nas mulheres presas (2,6%) (SEMAILLE et al. 2013).

Na Ucrânia, pesquisa realizada em 13 prisões com 402 sentenciados, sendo 20% mulheres, a infecção pelo HIV/aids foi encontrada em 19,4%, dos quais 50,7%

desconheciam seu status sorológico. Um dado relevante apontado foi que de 44 (56,4%) participantes que apresentavam indícios de comprometimento imunológico (T-CD4+ menor ou igual a 350 cels/ml), apenas cinco (11%) estavam em tratamento com antirretroviral (AZBEL et al., 2013).

Em outro estudo multicêntrico realizado em 20 prisões da Hungria, que contava com uma população prisional de 14.331 no período da pesquisa, foram avaliados 4.894 presos (34,2%), dos quais 9,2% eram mulheres; a prevalência de infecção pelo HIV/aids foi de 0,04% (TRESÓ et al., 2011). Na Espanha, estudo realizado com uma amostra de 371 sentenciados em 18 prisões, com uma população prisional de 62 mil indivíduos, identificou prevalência de 10,8% para o HIV/aids. Ressalta-se que 85% dos indivíduos apresentavam coinfeção para a hepatite C e a maioria referiu história de UDI (MARCO et al., 2012).

Em Portugal, estudo realizado no Presídio Regional de Coimbra, com 151 indivíduos (71,6%), encontrou prevalência de 6,6% de infecção pelo HIV/aids, valor 13 a 22 vezes superior à taxa encontrada na população geral do país. O estudo identificou comportamentos sexuais de risco, entre os quais múltiplas parcerias sexuais e não adesão ao uso do preservativo (GERLICH et al., 2008).

Tais comportamentos são agravados pela alta dependência do álcool e abuso de outras drogas, com destaque para o consumo de heroína, que aumenta 4,5 vezes após o encarceramento segundo estudo realizado em Portugal por Marques, et al., (2011). Estudo realizado em 41 prisões na Suíça em 2008, que contava com 170 unidades prisionais na época, identificou uma taxa de infecção pelo HIV de 2,5% e para a hepatite C de 7% (GERLICH et al., 2008).

Em prisões da Irlanda, a prevalência encontrada para a presença de anticorpos para a hepatite B foi de 6%; 22% para anticorpos contra a hepatite C e 2% para o HIV. Identificou-se um risco aumentado nas mulheres encarceradas em comparação à população prisional masculina (LONG et al., 2001). A população feminina encarcerada apresentou risco 10 vezes maior de apresentar infecção pelo HIV, três vezes maior de apresentar anticorpos para a hepatite B e sete vezes mais chance de apresentar sorologia positiva para hepatite C. Identificou ainda risco 89 vezes maior de os sentenciados com história de UDI apresentarem anticorpos para a hepatite C (LONG, et. al., 2001).

Em países localizados na América do Norte, a prevalência do HIV mantém-se aumentada nas instituições correcionais, apresentando como fator de risco principal

para a infecção pelo HIV história de uso de drogas. Destaca-se a maior vulnerabilidade para o HIV/aids dos grupos sociais de baixa renda, da população negra e das mulheres inseridas nas unidades prisionais (KASSIRA et al., 2001; ABIONA et al., 2009; RICH et al., 2013).

Nos Estados Unidos, país com a maior população prisional do mundo, a epidemia do HIV/aids atinge, predominantemente, grupos sociais de baixa renda sem acesso à saúde e a população negra que, embora represente 13% da população americana, responde por 52% dos casos de HIV/aids diagnosticados no país. No âmbito carcerário, desde 1991, estudos epidemiológicos demonstram uma maior prevalência do HIV/aids no interior das unidades prisionais, sendo que 14% dos indivíduos que vivem com HIV e 20% da população negra com o agravo passam pelo sistema correcional americano anualmente. Em prisões de Nova York, foi encontrada prevalência para o HIV de 11,6%. (KASSIRA et al., 2001; ABIONA et al., 2009; RICH et al., 2013).

Destaca-se que mulheres americanas encarceradas apresentam piores perfis de saúde em comparação aos homens presos; são elas que apresentam prevalência para o HIV estimada em 1,9% contra uma taxa de infecção do HIV de 1,5% entre os encarcerados do sexo masculino (RICH et al., 2013).

Estudo realizado na década de 1990 com 3.315 mulheres presas no estado de Connecticut/EUA identificou prevalência de 7,5% para o HIV (250), sendo que 37% desconheciam seu status sorológico. Nesse estudo, associou-se à infecção pelo HIV ter história prévia de encarceramento, ter maior idade, ser negra, usar drogas, compartilhar agulhas em UDI, consumir álcool diariamente e possuir doenças sexualmente transmissíveis (ALTICE et al., 2005).

Estudo realizado em 1998 em prisões de Maryland/EUA, que contava com uma população carcerária de 22.338 pessoas, sendo 95% do sexo masculino e 76% afro-americano, identificou uma prevalência para o HIV de 3% entre presos do sexo masculino e de 5% entre a população prisional feminina; em contraste, a prevalência para o HIV na população em geral do país era de 2% entre homens e 1% entre as mulheres. Ressalta-se que, entre sentenciados diagnosticados com HIV no estudo, 87% eram negros e 15% mulheres (KASSIRA et al., 2001).

Pesquisa conduzida no Instituto Correcional de *Rhode Island* nos EUA com presos do sexo masculino, entre 1998 e 2000, identificou uma prevalência do HIV de



1,8%, sendo que homens negros e com história de uso de drogas eram mais propensos a terem diagnóstico positivo para o agravo (MECALINO et al., 2004).

Entre 1999 e 2001, um estudo de coorte realizado no Departamento de Justiça Criminal do Texas/EUA com os 336.668 presos, dos quais 88,7% do sexo masculino e 42,2% negros, identificou as doenças infecciosas de maior prevalência no âmbito prisional. A tuberculose latente apresentou maior prevalência (17.281 casos por 100.000 hab.) enquanto a tuberculose doença apresentou prevalência de 38,9 casos por 100.000 hab. (BAILLARGEON et al., 2004). O segundo agravo de maior prevalência foi a hepatite C (8.377 casos por 100.000 hab.), acometendo em maior número presos brancos. A infecção pelo HIV ocupou o terceiro lugar na taxa de prevalência (8.377 casos por 100.000 hab.), valor superior ao encontrado na população geral (1.800 casos 100.000 hab.), atingindo em maior número as mulheres presas (1.889 casos por 100.000 hab.) em relação aos homens encarcerados (1.386 casos por 100.000 hab.) (BAILLARGEON et al., 2004).

Estudo realizado em prisões de Illinois/EUA sugere que a indisponibilidade de preservativos e de estratégias de redução de danos para usuários de drogas aumenta a vulnerabilidade da população prisional ao HIV/aids (ABIONA et al., 2009).

Em Massachusetts/EUA, entre os anos de 1994 e 2011, houve um declínio de até 50% da prevalência do HIV entre os reclusos, que passou de 466 em 1994 para 200 em 2011 (COCOROS et al., 2014).

Estudo realizado em instituições prisionais no Condado de Barnstable em Massachusetts, entre 2009 e 2011, mostra que dos 2.716 indivíduos encarcerados, 84% eram do sexo masculino. Realizaram-se testes sorológicos para o HIV em 667 indivíduos e para o vírus da hepatite C em 596 presos. Identificou-se prevalência para o HIV de 0,8% (cinco) e de 20,5% (122) para a hepatite C. Ressalta-se que 82,8% dos presos com sorologia positiva para a hepatite C eram brancos não hispânicos e 91% tinham história de UDI (COCOROS et al., 2014).

No Canadá, estudo realizado em sete prisões na província de Quebec/Canadá em 2003 com 1.357 presos e 250 presas identificou maior prevalência do HIV na população prisional feminina, com 8,8%, contra uma taxa de 2,3% encontrada nos homens encarcerados. Em relação à exposição ao HIV/aids, as mulheres referiram exposição sexual, UDI e tatuagens fora do âmbito carcerário, em contrapartida, os homens relataram uso de drogas injetáveis e realização de tatuagens no interior das prisões (POULIN, C.; ALARY, M.; CLAESSENS, C., 2007).

O principal fator de risco para o HIV identificado na pesquisa foi histórico de uso de drogas injetáveis. Ressalta-se que a 68,8% dos homens e 59,1% das mulheres que foram diagnosticados para o HIV também eram coinfectados com a hepatite C (POULIN, C.; ALARY, M.; CLAESSENS, C., 2007

Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo canadense que investigou a prevalência do HIV nas 53 penitenciárias federais existentes no país em 2002. Identificou-se maior vulnerabilidade das mulheres encarceradas para a infecção pelo vírus, com prevalência de 3,7%, enquanto entre os homens encarcerados foi de 1,9%, ambos os valores superiores aos encontrados na população geral do país. Adicionalmente identificou-se prevalência de 26% do vírus HCV entre a população prisional de estudo (PRITHWISH et al., 2004).

Estudo realizado em prisões de Durango, no México, com 174 presos e sete presas encontrou prevalência análoga à encontrada na população geral para o HIV (0,6%), porém identificou prevalência de 10% para infecção da hepatite C, valor superior ao encontrado na população em geral (ALVARADO-ESQUIVEL et al., 2005).

Os achados identificados nos estudos internacionais convergem com a realidade apontada em estudos brasileiros acerca da alta prevalência do HIV/aids no âmbito prisional (LOPES, 2001; STRAZZA et al., 2007; BURATTINI et al., 2000; COELHO et al., 2007; PRELLWITZ, et al., 2013).

Estudo realizado no Presídio Central de Porto Alegre com 1.667 detentos encontrou soroprevalência para o HIV/aids de 6,6% (PRELLWITZ, et al., 2013). Coelho et al. (2007) identificaram em uma unidade prisional masculina no interior do estado de SP a prevalência de 5,7% da infecção do HIV/aids entre os detentos, a qual apresentou associação com história de prisão anterior, o tempo de pena e UDI.

No estudo de Burattini et al. (2000) em uma unidade prisional masculina no município de São Paulo, identificou-se prevalência de 16% de encarcerados com sorologia positiva para o HIV/aids, sendo que a transmissão do vírus nessa população ocorreu, preferencialmente, pela via parenteral, com aumento do risco à medida em que houve aumento do tempo de encarceramento.

Lopes (2001) e Strazza et al. (2007) identificaram prevalência da infecção pelo HIV de 14,5% e 13,9%, respectivamente, em unidades prisionais femininas do município de São Paulo, sendo a transmissão sexual uma variável relevante para o risco de transmissão do vírus em ambos os estudos.

Em Relatório Preliminar do Programa Estadual de São Paulo DST/aids sobre a prevalência do HIV/aids e da sífilis em mulheres privadas de liberdade de 2013, identificaram-se prevalências de 2,8% e 7%, respectivamente. Entre os fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas mulheres ao HIV/aids destacam-se a dificuldade do acesso aos serviços de saúde e ao preservativo, falta de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST)/aids, história de violência sexual, uso de drogas, falta de percepção de risco, múltiplas parcerias sexuais, entre outros (RELATÓRIO ..., 2013).

Dentre os fatores responsáveis pelo aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids e a outras doenças infectocontagiosas no âmbito prisional, destacam-se a superlotação, o uso de drogas, a não adesão ao uso do preservativo, o compartilhamento de agulhas na realização de tatuagens e de alicates de unha, bem como a falta de acesso às informações e insumos para prevenção de doenças (BRASIL, 2008; MARQUES et al., 2011; PRELLWITZ et al., 2013), além de comportamentos inseguros, estigma, a violência, a infraestrutura prisional, a superlotação, a gestão prisional, serviços de saúde e sociais de má qualidade e o sistema de justiça adotado. (OMS/UNODC, 2007; UNODC, 2008).

Considerando que anualmente há um fluxo de 30 milhões de pessoas que entram e saem das prisões em todo o mundo e que grande parte dessas pessoas irá retornar à comunidade em um período inferior a 12 meses, a alta prevalência do HIV/aids e de outras doenças infecciosas nas prisões configura-se como um problema de saúde pública mundial. Sendo assim, torna-se necessário que governos adotem programas abrangentes e eficazes de prevenção, controle e cuidado ao HIV/aids nas instituições penais (UNODC, 2008).

Diante do exposto e mediante o impacto da epidemia de HIV/aids no âmbito carcerário, que determina maior vulnerabilidade em especial das mulheres encarceradas, organismos internacionais orientam a adoção de determinadas estratégias de cuidado ao agravo que conjuntamente determinam impacto positivo no controle do HIV/aids nas prisões.

A seguir serão apresentadas as diretrizes recomendadas para o cuidado às PVHA em situação de privação de liberdade, propostos pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2012).

#### 1.4 Diretrizes para o cuidado das PVHA no âmbito prisional

Desde o seu surgimento, a epidemia do HIV/aids atingiu intensamente o ambiente carcerário e tornou-se um problema de saúde pública mundial. A partir de 1990, diversos países engendraram programas de prevenção e controle do HIV/aids no âmbito prisional, no entanto, muito deles se restringem a poucas unidades prisionais, não abrangem intervenções efetivas de controle da epidemia e não se integram aos programas nacionais de controle do HIV/aids, da tuberculose e de outras doenças infectocontagiosas (OMS/UNODC, 2007).

Para uma efetiva resposta frente à epidemia do HIV/aids nas prisões, torna-se fundamental a introdução de medidas preventivas abrangentes, prestação de serviços de saúde, psicológico e social equivalentes aos disponíveis na comunidade, melhorias nas condições físicas e estruturais do sistema prisional e diminuição da população carcerária. Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) difundiu, em 1993, as primeiras diretrizes para prevenção e controle do agravo no âmbito prisional. O documento, baseado nos direitos humanos e nas leis internacionais, tinha o objetivo de auxiliar os países a delinearem seus programas de controle à epidemia nas prisões e diminuir as vulnerabilidades ao HIV/aids na população prisional (OMS/UNODC, 2007; UNODC, 2008).

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/aids (UNAIDS) elaboraram, em 2006, um novo documento norteador para auxiliar os países na adoção de ações de prevenção, controle e cuidado ao HIV/aids nas prisões. O documento, que reforça as orientações anteriormente propostas pela OMS em 1993, descreve 15 intervenções que, conjuntamente, são fundamentais para o controle do agravo no âmbito prisional (OMS/UNODC, 2007; UNODC, 2012; BRASIL, 2012). O Quadro 1 descreve tais intervenções para o manejo do cuidado ao HIV/aids.

**Quadro 1 – Intervenções para uma resposta nacional ao HIV/aids nas prisões.**

Intervenção	Descrição
1. Informação, educação e comunicação	Informações sobre HIV, DST e de outras doenças infecto-contagiosas com estímulo à educação de pares.
2. Testagem e aconselhamento para o HIV	Acesso a programas de testagem e aconselhamento (com consentimento livre e esclarecido) e confidencialidade. Ofertar teste na presença de sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo HIV, durante o pré-natal e em qualquer período durante o encarceramento quando solicitado.
3. Tratamento, cuidado e apoio	Tratamento, incluindo o acesso a TARV, cuidado e apoio equivalente ao disponível para a comunidade e em consonância com as diretrizes nacionais. Suplemento nutricional para as pessoas em tratamento; continuidade do cuidado na transição da prisão para a comunidade.
4. Prevenção e diagnóstico da tuberculose	Intensificação da busca ativa, principalmente nas PVHA, dos casos de tuberculose (TB); quimioprofilaxia com Isoniazida para as PVHA; controle da TB; sorologia para HIV para os sentenciados em tratamento para TB; celas com ventilação e luz natural; isolamento dos casos TB.
5. Prevenção da transmissão vertical do HIV	Prevenção da transmissão vertical do HIV em consonância com as diretrizes nacionais.
6. Programas de preservativo	Acesso facilitado a preservativos e lubrificantes para homens e mulheres presos e durante a visita íntima.
7. Prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST)	Tratamento precoce das DST, especialmente das úlceras genitais.
8. Prevenção da violência sexual	Políticas e estratégias de prevenção, detecção e eliminação de qualquer forma de violência, especialmente a sexual.
9. Tratamento da dependência de drogas	Tratamento baseado em evidências científicas conforme as diretrizes nacionais, incluindo a Terapia de Substituição de Opiáceos quando disponível na comunidade.
10. Programa de troca de agulhas e seringas para UDI	Acesso confidencial e facilitado a programas de disponibilização de agulhas e seringas estéreis aos UDI.
11. Programa de vacinação, diagnóstico e tratamento das hepatites virais B e C	Programa abrangente de prevenção, controle e tratamento das hepatites virais B e C incluindo vacinação e outras intervenções equivalentes às disponíveis na comunidade.
12. Profilaxia pós-exposição ao HIV/aids	Profilaxia pós-exposição ao HIV/aids acessível às vítimas de agressões sexuais e a outros(as) presos(as) expostos(as) ao HIV.
13. Prevenção da transmissão do HIV por meio de tatuagem	Programas para reduzir o compartilhamento e reutilização de equipamentos perfurocortantes para tatuagens.

Intervenção	Descrição
14. Proteção dos profissionais do sistema prisional dos riscos ocupacionais	Acesso a informação, equipamentos de proteção individual (EPI) e implantação de programas para a saúde do trabalhador para mitigar o risco de infecção pelo HIV, hepatites virais B e C e tuberculose; acesso a teste sorológico para HIV; vacinação contra a hepatite; profilaxia pós acidente ocupacional com material biológico.

**Fonte:** HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. (UNODC, 2012.)

Além das 14 intervenções elencadas, outras medidas não devem ser negligenciadas para o efetivo controle do HIV/aids nas prisões, com destaque para: distribuição de materiais de higiene, alimentação adequada, programas de visitas íntimas, acesso a cuidados na comunidade quando indisponíveis no interior das prisões e cuidados paliativos com antecipação da liberdade nos casos terminais (UNODC, 2012).

No Brasil, com objetivo de garantir o direito constitucional à saúde, norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram, em 2003, mediante a Portaria Interministerial 1.777, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

Tal plano configura-se como instrumento orientador de ações e serviços para efetivar o acesso à saúde da população prisional nos diferentes níveis de atenção. Dentre as ações destacam-se a prevenção e o manejo do HIV/aids. São responsabilidade dos serviços de saúde prisionais o desenvolvimento de ações da atenção primária à saúde e a garantia da referência para assistência secundária e terciária quando necessário (BRASIL, 2005).

O plano destaca ainda ações de prevenção, controle e tratamento da tuberculose, DST, hanseníase, doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, programas de imunização contra hepatite B, tétano e influenza, distribuição de preservativos e insumos para redução de danos no consumo de drogas, saúde bucal, saúde da mulher (pré-natal e ações para diagnóstico e tratamento do câncer de mama e colo do útero) e saúde mental (BRASIL, 2005).

No ano de 2014, o Ministério da Saúde revogou a portaria interministerial 1.777 e instituiu uma nova Política Nacional de Saúde Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A

PNAISP prevê que as equipes de saúde do sistema prisional ofertem ações e serviços de atenção primária à saúde, sendo que as demais ações serão previstas e pactuadas nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

Considerando as diretrizes destacadas pelos organismos internacionais e as orientações nacionais para assistência às PVHA no âmbito prisional, torna-se essencial adoção de estratégias/intervenções de cuidado, fundamentadas em evidências científicas disponíveis, que garantam uma resposta eficaz ao problema de saúde pública que configura o HIV/aids no âmbito prisional.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma ferramenta importante para qualificar o cuidado prestado às PVHA privadas de liberdade e auxiliar os profissionais de saúde inseridos no sistema prisional para o planejamento e implementação das ações de prevenção, controle e tratamento do HIV/aids nas prisões. Sendo assim, adotou-se como referencial teórico no presente estudo a prática baseada em evidências para caracterização do cuidado prestado às PVHA no âmbito prisional.

*2 REFERENCIAL TEÓRICO*

---



Para alcançar os objetivos propostos na presente RI, adotamos como referencial teórico a prática baseada em evidências que possibilita sintetizar e integrar o conhecimento científico com o universo da prática clínica, qualificando o cuidado prestado pelos profissionais de saúde. A seguir, descrever-se-á a origem e o conceito da PBE.

## **2.1 Prática baseada em evidências (PBE)**

O movimento definido como Prática Baseada em Evidências (PBE) teve origem na Medicina e expandiu-se, posteriormente, para outras áreas da saúde, entre elas a Enfermagem. Surgiu da necessidade dos profissionais de integrar a prática clínica com o conhecimento científico atualizado para escolha, juntamente com os pacientes, da melhor intervenção para o cuidado em saúde (CRUZ; PIMENTA, 2005; PEDROLO et al., 2009; MULLEN, 2014).

A PBE é uma abordagem para o cuidado, baseada no uso consciente e criterioso da melhor evidência disponível e atualizada para fundamentar a tomada de decisão, integrada à experiência profissional, aos recursos necessários e disponíveis e aos valores e preferências dos pacientes (CRUZ; PIMENTA, 2005; AKOBENG, 2005; MULLEN, 2014).

A utilização da estratégia PBE para responder a distintas questões clínicas envolve a síntese de múltiplos estudos e a avaliação crítica das evidências disponíveis e tem como objetivo aumentar a qualidade do cuidado prestado, alcançar os melhores resultados para os pacientes e otimizar os custos despendidos (MELNYK et al., 2010; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A evidência pode ser definida como o conjunto de fatos que se acredita serem verdadeiros. A evidência, quando gerada através de rigorosos estudos, é denominada de externa e destina-se a sua generalização e utilização em diferentes cenários. A qualidade ou força das evidências pode ser hierarquizada em distintos níveis, sendo decisivo na PBE que o profissional desenvolva a habilidade de avaliar criticamente sua validade, confiança e aplicabilidade (CRUZ; PIMENTA, 2005; PEDROLO et al., 2009; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Há diversos níveis de evidência hierarquizados de acordo com a confiança dos estudos, a questão clínica e a qualidade do delineamento metodológico adotado. Para o presente estudo, adotou-se a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2011), que descrevem sete níveis de força de uma evidência, com base na questão clínica formulada e no delineamento metodológico adotado nos diferentes estudos. Essa classificação inclui a análise de estudos quantitativos e qualitativos, sendo pertinente sua utilização na Revisão Integrativa de literatura. O Quadro 2 descreve a classificação da força de evidência.

**Quadro 2 – Classificação hierárquica da força de evidência**

NÍVEL	FORÇA DA EVIDÊNCIA
I	Evidência originada de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados.
II	Evidência obtida de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados.
III	Evidência obtida de ensaios clínicos controlados sem randomização.
IV	Evidência oriunda de estudos de caso-controle ou coorte bem delineados.
V	Evidência originada de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Evidência derivada de um único estudo descritivo ou qualitativo.
VII	Evidência de opiniões de autoridades ou relatórios de comitês de especialistas.

**Fonte:** Evidence-Based Practice in Nursing e Healthcare. A Guide Best Practice. (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

É importante destacar que a ausência de evidências de alta qualidade não impede a adoção da PBE na tomada de decisão, posto que se deve adotar, a partir de uma avaliação crítica, a melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (CRUZ; PIMENTA, 2005). Embora as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados caracterizem-se como o nível mais forte de evidência para embasar a tomada de decisão, estudos qualitativos e opiniões de especialistas não devem ser desconsiderados na decisão clínica quando tais revisões não estão disponíveis (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Para implementação da PBE são necessárias as etapas, a saber: 1) formulação da questão clínica, quando o pesquisador determina, a partir de suas necessidades na aquisição de informações que qualifiquem o cuidado, uma

pergunta clínica que guiará a busca na literatura; 2) após a definição da questão de pesquisa, proceder-se-á à segunda fase da PBE, que consiste na recuperação das evidências na literatura; 3) posterior à recuperação das evidências, torna-se vital que o pesquisador avalie, de forma crítica, a relevância e a aplicabilidade destas na prática profissional; 4) a próxima etapa consiste em integrar à prática profissional a evidência encontrada, não devendo, entretanto, embasar sua conduta clínica, exclusivamente, na evidência disponível, sendo importante para a garantia da qualidade do cuidado considerar os recursos disponíveis e envolver o paciente e seus familiares na decisão terapêutica adotada.

Ao incorporar a PBE na prática profissional, é relevante avaliar os resultados alcançados para o paciente, determinando, desta forma, o impacto da mudança na qualidade do cuidado. Ao gerar resultados que alterem a prática clínica, é conveniente que estes sejam compartilhados com outros profissionais para aumento da qualidade da assistência em saúde. (AKOBENG, 2005; MELNYK et al., 2010; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

*3 OBJETIVO*

---

Este estudo objetivou identificar e analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) no âmbito prisional.

## *4 MATERIAIS E MÉTODOS*

---

---

#### 4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, método de pesquisa utilizado na Prática Baseada em Evidência (PBE) com a finalidade de incorporação de evidências científicas no cuidado em saúde.

Esse método favorece o acesso a evidências mais recentes, o que propicia aos pesquisadores com interesse no tema uma síntese e análise crítica de múltiplos estudos publicados. A Revisão Integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e para a melhoria da prática profissional possibilitando aprofundar o conhecimento sobre o assunto, além de apontar lacunas que precisam ser preenchidas com novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Além disso, a RI tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se no conhecimento científico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

#### 4.2 Revisão Integrativa de Literatura

As Revisões são métodos utilizados na PBE, uma vez que possibilitam agrupar e sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre determinado assunto, embasando a assistência dos profissionais de saúde e contribuindo para qualificar a prática clínica.

Diversas definições sobre o método de pesquisa de Revisões de Literatura estão acessíveis e, embora utilizem como fonte de dados a literatura disponível sobre um fenômeno, admitindo, dessa forma, certas similaridades, elas não devem ser usadas como sinônimos, posto que se diferenciam quanto ao procedimento de seleção, análise e objetivos propostos (COPE, 2014; CROSSETTI, 2012).

Para Bowman (2007), a Revisão de Literatura é um termo amplo que inclui dois tipos principais de Revisões: as **Revisões Não Sistemáticas** são caracterizadas por descreverem, por meio de resumos críticos, evidências de estudos primários com objetivo de delimitar ou contextualizar o problema de

pesquisa ou justificar sua importância, sem empregar metodologia criteriosa e ordenada para análise dos dados, o que aumenta o risco de sintetizar conclusões equivocadas sobre o tema de interesse e prejudicar a validade da revisão; e as **Revisões Sistemáticas**, forma de pesquisa que propõe investigar contradições e explicar a variabilidade de estudos semelhantes, justapondo as regras do processo científico aplicadas em estudos primários.

As Revisões Sistemáticas podem ser quantitativas (BOWMAN, 2007), ao utilizar como fonte de dados estudos primários com delineamento experimental, priorizando os ensaios clínicos randomizados. Trata-se de um resumo das evidências de diversos estudos relacionados à prática clínica. Caracteriza-se pela investigação abrangente e exaustiva de estudos relevantes, pelo rigor metodológico utilizado na seleção, avaliação e síntese das evidências disponíveis sobre o assunto de interesse. (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MEDINA; PAILAQUILEN, 2010; BIGBY, 2014).

Quando os estudos primários utilizados na Revisão Sistemática são semelhantes e/ou idênticos em relação ao delineamento da pesquisa, é possível aplicar a técnica denominada de metanálise, caracterizada pelo agrupamento quantitativo das amostras dos estudos incluídos, ajustando o tamanho total da amostra final, melhorando o poder estatístico de análise, e pela aplicação de procedimentos estatísticos para combinar e reanalisar os resultados, inferindo generalizações sobre as conclusões. O recurso da metanálise aumenta a validade da revisão (BOWMAN, 2007; POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; AKOBENG, 2005; MEDINA; PAILAQUILEN, 2010).

Embora as Revisões Sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, com ou sem metanálise, sejam consideradas o padrão-ouro na avaliação da eficácia de determinada intervenção clínica (AKOBENG, 2005), diversos temas de pesquisa na área da saúde não admitem a realização de tais estudos, o que inviabiliza a concretização de Revisões Sistemáticas, sendo mais apropriado realizar uma Revisão Integrativa.

A Revisão Integrativa de literatura é um método de revisão sistemática qualitativa, descrita e utilizada na PBE desde a década de 1980 (BAWMAN, 2007; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Atualmente, a Revisão Integrativa é utilizada de forma crescente nas produções científicas na área de enfermagem, auxiliando na escolha da melhor conduta para a prática em saúde (WHITEMORE; KNAFL, 2005).



A Revisão Integrativa é o método de revisão mais abrangente, pois sintetiza os resultados de estudos experimentais e quase experimentais realizados sobre determinado fenômeno. A questão de pesquisa pode relacionar-se com diversos temas da área de saúde, envolvendo aspectos do cuidado, da gestão, de políticas, entre outros. Permite a formulação de conclusões gerais sobre o problema de pesquisa ampliando a compreensão do tema investigado, além de possibilitar identificar lacunas no conhecimento produzido e justificar a necessidade de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; CROSSETTI, 2012).

A Revisão Integrativa apresenta o mesmo rigor metodológico dos estudos primários, com um processo explícito e ordenado de seleção dos estudos, análise criteriosa da teoria e/ou metodologia empregada, clareza na descrição dos resultados dos estudos incluídos na revisão e generalização das conclusões encontradas (GANONG, 1987; BEYEA; NICOLL, 1998).

Para Ganong (1987), os procedimentos percorridos nos estudos primários também são cumpridos na Revisão Integrativa, na qual **temas** são os estudos analisados, os **métodos** são os procedimentos de revisão, os **dados** são os elementos dos estudos e os **resultados** são as conclusões. As fases exigidas para a construção de uma Revisão Integrativa são descritas de forma similar por outros autores.

O autor Jackson, em 1980 (citado por GANONG, 1987, p. 2), propôs seis etapas para a realização de uma Revisão Integrativa, a saber: 1) seleção de hipótese ou questão de pesquisa; 2) definição da amostra; 3) representação das características dos estudos e suas conclusões; 4) análise dos resultados; 5) interpretação dos resultados e 6) relato da revisão.

Para Cooper (1984), a elaboração da Revisão Integrativa de literatura envolve cinco estágios, que são similares aos percorridos para a elaboração de estudos primários, a saber: 1) formulação da questão problema; 2) coleta de dados; 3) avaliação dos dados; 4) análise e interpretação dos resultados; 5) apresentação dos resultados.

Whitemore e Knafel (2005) propuseram uma adaptação do quadro teórico elaborado por Cooper (1998) para estruturação de Revisões Sistemáticas e de metanálise, para o método de pesquisa de Revisão Integrativa, descrevendo quatro etapas para sua realização: 1) identificação do problema; 2) pesquisa da literatura; 3) avaliação dos dados e 4) apresentação da revisão.

Para Beya & Nicoll (1998), são necessárias cinco etapas para concretização da Revisão Integrativa: 1) escolha do tema; 2) consulta à literatura; 3) organização e resumo das informações essenciais de cada estudo; 4) avaliação da pesquisa e 5) relatório final.

Para Mendes, Silveira e Galvão (2008), o processo de Revisão Integrativa inclui seis passos: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos/busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/caracterização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

O presente estudo adotou as etapas elencadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) por sua atualização e completude das etapas a serem percorridas.

### **1ª ETAPA: Escolha do tema e definição da questão norteadora da pesquisa**

O processo de elaboração da Revisão Integrativa inicia-se com a identificação de um tema relevante para o cuidado em saúde e com a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que irá orientar a busca de evidências na literatura. O pesquisador deve ser específico na escolha do tema e ter clareza das variáveis de interesse. A delimitação do objetivo da revisão facilitará a operacionalização de todo o processo de revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A adequada escolha da pergunta de pesquisa determina o processo de revisão, garantindo que as evidências exigidas para apreender o propósito da Revisão Integrativa sejam recuperadas nas bases de dados e evitando pesquisas desnecessárias, além de facilitar a compreensão da finalidade da revisão pelo leitor. Assim, perguntas bem estabelecidas relacionam-se diretamente com a coleta de dados, pois determinam os critérios utilizados na seleção dos estudos e os dados a serem extraídos dos estudos primários selecionados (STONE, 2002; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A PBE propõe estratégias para a construção das questões norteadoras e para auxiliar a busca bibliográfica. A estratégia PICO – acrônimo para Paciente/População ou Problema; Intervenção/Independente ou questão de

Interesse; Controle/Comparação (Grupos ou Intervenção); Outcome (Desfecho ou Variáveis Dependentes) – permite a construção e estruturação da questão de pesquisa de uma Revisão Integrativa. No âmbito da PBE, os quatro componentes presentes na estratégia PICO são os elementos fundamentais da questão norteadora da Revisão Integrativa e irão definir os critérios para seleção dos estudos (STONE, 2002; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A presente Revisão Integrativa adotou a estratégia PICO para a definição da questão norteadora de pesquisa, por favorecer a coleta de dados ao traduzir as palavras-chave e/ou descritores envolvidos na recuperação das evidências nas bases de dados. O Quadro 3 traz a descrição da estratégia PICO por Santos et al. (2007).

**Quadro 3 – Descrição da Estratégia PICO**

<b>Acrônimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
<b>P</b>	Paciente ou Problema	Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou um problema de saúde.
<b>I</b>	Intervenção ou questão de Interesse	Representa a intervenção de interesse, que pode ser terapêutica, preventiva, diagnóstica, administrativa ou relacionada a assuntos econômicos.
<b>C</b>	Controle ou Comparação	Definida como a intervenção padrão, a intervenção mais utilizada ou nenhuma intervenção.
<b>O</b>	Outcome (Desfecho)	Resultado esperado

**Fonte:** SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007

Sendo assim, segue a descrição PICO da questão norteadora do presente estudo.

**Quadro 4 – Descrição da estratégia PICO para elaboração da questão de pesquisa**

<b>Acrônimo</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
<b>P</b>	Paciente ou Problema	Pessoas privadas de liberdade que vivem com HIV/aids.
<b>I</b>	Questão de Interesse	Estratégias/intervenções de cuidado.
<b>C</b>	Controle ou Comparação	Não há nenhum grupo/intervenção de controle.
<b>O</b>	Outcome (Desfecho)	Caracterizar o cuidado prestado às PVHA no âmbito prisional.

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Sendo assim, a questão norteadora formulada para a presente Revisão Integrativa foi: **“Quais são as estratégias de cuidado desenvolvidas no âmbito prisional às PVHA?”**.

Após a definição da questão norteadora, o próximo passo refere-se à seleção dos estudos primários que compuseram a Revisão Integrativa, caracterizando a 2ª etapa do processo de Revisão. Tal etapa assemelha-se ao processo de coleta de dados nas pesquisas primárias.

## **2ª ETAPA: Pesquisa da literatura/estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos**

A seleção minuciosa e bem delimitada da amostra nas bases de dados é um indicador decisivo para aumentar o rigor e a validade da RI, o pesquisador deve explicitar e justificar, de forma clara e objetiva, as etapas percorridas para inclusão e/ou exclusão dos estudos, os termos utilizados e as estratégias de seleção dos estudos relevantes para a pesquisa. Ressalta-se que a omissão dos critérios utilizados no processo de definição da amostragem da pesquisa ameaça a validade do estudo (GANONG, 1987; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Embora não haja um número ideal de amostras para a revisão, deve haver número suficiente de artigos para a coleta dos dados e síntese dos resultados de forma significativa (BOWMAN, 2007). É desejável a inclusão de todos os estudos relacionados com o tema de interesse; na impossibilidade, deve-se priorizar uma seleção aleatória dos estudos ou outros métodos de amostragem, apresentando nos métodos os critérios de inclusão dos artigos. (GANONG, 1987). A relação dos artigos se completará com a saturação dos dados, ou seja, a partir do momento que o pesquisador identificar similaridade a um determinado padrão envolvendo os temas e autores dos estudos, caracterizando a conclusão material da revisão (CROSSETTI, 2012).

O pesquisador deve conjecturar sobre o número de estudos incluídos na revisão, posto que uma demanda muito elevada de estudos pode inviabilizar a realização da revisão ou introduzir viés nas etapas seguintes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Seguem os critérios de inclusão e exclusão para orientar a busca dos estudos na literatura nesta revisão.

***Critérios de inclusão na seleção dos artigos***

- a) Artigos publicados em português, inglês ou espanhol;
- b) Estudos com resumos ou textos completos disponíveis nas bases eletrônicas selecionadas (LILACS; PUBMED; CINAHL; Web of Science);
- c) Estudos realizados com a população carcerária adulta (acima de 18 anos) e
- d) Estudos primários que descrevam estratégias/intervenções para o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids no âmbito prisional.

***Critérios de exclusão na seleção dos artigos***

- a) Estudos epidemiológicos sobre o HIV/aids no sistema prisional;
- b) Estudos descritivos sobre perfil sociodemográfico e clínico das PVHA no âmbito prisional;
- c) Revisão de literatura e
- d) Estudos em formato de dissertações, monografias, teses, editoriais, legislações e anais de congressos.

**4.2.1 Estratégias de busca na literatura**

Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos, procedeu-se à definição das estratégias de busca na literatura para recuperação dos estudos. A estratégia de busca na literatura utilizada para coleta dos dados foi a pesquisa em bases de dados eletrônicas disponíveis na internet.

A internet reestruturou o fluxo de comunicação e permitiu a integração da comunidade científica com outros setores da sociedade possibilitando a formação de redes de colaboração entre as distintas instituições. Com o advento da internet, o conhecimento produzido tornou-se um bem público permitindo à comunidade científica atualização rápida e eficaz acerca das informações disponíveis na rede (CASTRO, 2006).

As bases de dados eletrônicas acessadas por meio da internet são fontes de busca úteis e permitem uma pesquisa interativa para localização da informação no

desenvolvimento da pesquisa e na divulgação do conhecimento científico (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004).

Para garantir a qualidade e confiabilidade da Revisão Integrativa, é imprescindível que o revisor conheça a forma correta de acesso e as estratégias de pesquisa nas diferentes bases de dados, possibilitando a recuperação de evidências relevantes para o estudo. O pesquisador deve explicitar as bases de dados consultadas, as palavras-chave ou vocabulários controlados utilizados para recuperação dos estudos, bem como as estratégias de busca empregadas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Nessa fase de pesquisa, para recuperação dos estudos nas diferentes bases de dados eletrônicas, sugere-se o auxílio de um bibliotecário com experiência em revisões para auxiliar o revisor na seleção dos estudos (BOWMAN, 2007).

Na presente Revisão Integrativa, para apreender as formas corretas de acesso, pesquisa e localização dos vocabulários controlados das bases de dados selecionadas, a revisora teve auxílio de bibliotecários da Biblioteca Central da USP com experiência em bases de dados e indexação de artigos.

As bases de dados eletrônicas utilizadas para seleção dos estudos foram acessadas nos portais de pesquisa da Biblioteca Central da USP – Ribeirão Preto, e incluiu as bases de acesso público: PUBMED e LILACS e as de acesso restrito: CINAHL e Web of Science.

Ressalta-se que, no período da coleta, a base de dados EMBASE, a princípio selecionada, estava indisponível para consulta, uma vez que universidade estava em processo de renovação de assinatura; sendo assim, excluiu-se essa base de dados deste estudo.

Assim, para seleção dos estudos, adotaram-se as estratégias de busca específicas das bases de dados, tendo como suporte a estratégia PICO para definição das palavras-chave e descritores utilizados na recuperação dos artigos.

Para seleção dos estudos nas distintas bases de dados, torna-se necessário o emprego de palavras-chave e/ou descritores, termos que orientam o pesquisador na recuperação e indexação dos artigos. Indexar é caracterizar o conteúdo de determinado documento por meio da definição de termos controlados que padronizam e norteiam sua submissão e publicação nos periódicos catalogados nas diferentes bases de dados. (KOBASHI, 2008).

Há diferenças entre os termos denominados *palavras-chave ou vocabulários não controlados* e *descritores ou vocabulários controlados*. Enquanto palavras-chave são termos de linguagem livre sem uma padronização, os descritores são vocabulários estruturados de forma hierárquica e criteriosamente padronizados em relação a sua descrição, origem e sentido, têm a função de mapear e orientar o pesquisador na recuperação da informação nas diferentes bases de dados (BRANDAU; MONTEIRO; BRAILE, 2005; BELLO; PIZZANI; HAYASHI, 2010).

Para tornar-se um descritor, a palavra-chave deve passar por um rigoroso processo de definição e sinonímia na genealogia de um determinado assunto. (BRANDAU; MONTEIRO; BRAILE, 2005; BELLO; PIZZANI; HAYASHI, 2010). Todo vocabulário estruturado contém termos que representam conceitos de uma ou várias áreas do conhecimento e geralmente apresentam-se em ordem hierárquica e alfabética nas bases de dados (KOBASHI, 2008).

Ao empregar palavras-chave nas bases de dados para localizar estudos sobre um determinado assunto, serão recuperados todos os artigos que possuam tais termos em qualquer parte do documento como título, resumo ou corpo do texto. Sendo assim, o pesquisador poderá recuperar um número superior de estudos; contudo, tais estudos podem não relacionar-se diretamente com o tema de interesse. Os descritores proporcionam um refinamento na recuperação da informação almejada, ou seja, serão identificados artigos mais específicos e relacionados com o tema de interesse. Posto isto, torna-se necessária a definição bem estruturada da questão de pesquisa bem como a escolha de descritores adequados para evitar a ausência ou um elevado número de estudos, muitas vezes não relacionados diretamente ao tema de interesse (BRANDAU; MONTEIRO; BRAILE, 2005).

Para o presente estudo, inicialmente, empregou-se a busca dos artigos por meio do uso dos vocabulários controlados definidos em cada base de dados selecionada. Ressalta-se que, por tratar-se de uma base de dados multidisciplinar, a *Web of Science* não dispõe de vocabulários estruturados. Sendo assim, nessa base de dados, os descritores utilizados nas demais bases foram utilizados para busca por palavras-chave.

Dessa maneira, foram definidos os descritores a partir dos vocabulários controlados específicos das bases de dados, a saber: LILACS/DECS; PUBMED/MeSH; CINAHL/TÍTULOS.

O vocabulário controlado Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foi criado em 1986 pelo Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências de Saúde (BIREME/OPAS/OMS). Contém termos em português, inglês e espanhol e padroniza uma linguagem única para a indexação da literatura científica das bases de dados disponibilizadas pela Biblioteca Virtual em Saúde. Foi desenvolvida a partir do *Medical Subject Headings* (MeSH) e totaliza 31.865 descritores, dos quais 27.232 pertencentes também ao MeSH.

O MeSH surgiu em 1963, criado pela *U.S National Library of Medicine*, é um sistema léxico controlado para indexação de artigos na base de dados PUBMED, atualizado anualmente.

O CINAHL/TÍTULOS é o vocabulário controlado utilizado para indexação e recuperação dos artigos disponíveis na base de dados CINAHL.

A seleção dos descritores baseou-se na definição daqueles disponíveis nas bases de dados. A seguir, listar-se-ão os descritores empregados na recuperação dos artigos.

**Quadro 5 – Descrição dos descritores/palavras-chave utilizados nas bases de dados, Ribeirão Preto, 2014**

<b>Base de dados</b>	<b>Descritores/palavras-chave empregados</b>
<b>PUBMED</b>	<i>Prisons; Prisoners; HIV; “HIV infections”; “Acquired Immunodeficiency Syndrome”; “AIDS – Related Opportunistic Infections”; Comprehensive Health Care; “Health Services” Therapeutics</i>
<b>LILACS</b>	<i>Prisões; Prisioneiros; HIV; “Infecções por HIV”; AIDS; Infecções Oportunistas Relacionadas com a AIDS”; “Assistência Integral à Saúde” “Assistência à Saúde”; “Atenção à Saúde”; Terapêutica; “Serviços de Saúde”</i>
<b>CINAHL</b>	<i>Prisoners; “Correctional Facilities”; “Human Immunodeficiency Virus”; “HIV infections”; Acquired Immunodeficiency Syndrome” “AIDS – Related Opportunistic Infections”; “Health Care Delivery”; “Patient Care”; Therapeutics; “Health Services”</i>
<b>Web of Science</b>	<i>Prisons; Prisoners; “Correctional Facilities”; Penitentiary; “Penal Institution”; “Prison System”; Presidio; HIV; “Human Immunodeficiency Virus”; “HIV Infections”; AIDS; “Acquired Immunodeficiency Syndrome”; “AIDS – Related Opportunistic Infections”; “Health Care Delivery”; “Patient Care”; Therapeutics; “Health Services”; Care; “Comprehensive Health Care”; “Health Care”</i>

**Fonte:** Elaborado pela autora



Para a base de dados *Web of Science*, empregaram-se palavras-chave para recuperação dos artigos, possibilitando simultaneamente a utilização dos descritores selecionados nas bases de dados anteriores e seus sinônimos.

Após a definição dos termos acima, procedeu-se à coleta nas bases de dados, a partir do cruzamento dos descritores/palavras-chave nas bases de dados por dois pesquisadores de forma independente. Para essa combinação, utilizaram-se os delimitadores denominados Operadores Booleanos, representados pelos termos conectores AND, OR, NOT.

Ao utilizar-se o delimitador AND entre dois ou mais termos, permite-se uma combinação restritiva, ou seja, todos os descritores listados devem estar presentes no estudo. O operador OR, por sua vez, possibilita uma combinação aditiva, sendo assim sua utilização entre dois ou mais termos recupera pesquisas que tenham ao menos um dos itens discriminados. Por sua vez, o operador NOT emprega uma combinação excludente, ao excluir todos os estudos que contenham o termo listado. SANTOS.; PIMENTA; NOBRE, 2007; CRISTANTE; KFURI, 2010).

Sendo assim, a seleção dos estudos no PUBMED foi realizada utilizando o *MeSH Database* para eleição e cruzamento dos descritores da seguinte forma: após discriminar os vocabulários controlados do mesmo nível clicando em *Add to Search Build* e escolhendo o operador OR, os descritores foram enviados para a caixa de pesquisa, então, clicou-se novamente em *Add to search builder* e selecionou-se o operador AND para a seleção dos demais descritores incluídos na pesquisa. Sendo assim, criaram-se três grupos, cada um com dois ou mais descritores do mesmo nível, agrupados com o operador OR, que foram cruzados entre si, utilizando o operador AND para recuperar estudos que continham, ao menos, um descritor dos grupos formados. Após o término dessa seleção, clicou-se em *Search PubMed* iniciando a busca dos estudos. Os cruzamentos utilizados estão descritos no Quadro 6.

**Quadro 6 – Descrição da estratégia de busca realizada no PUBMED, Ribeirão Preto, 2014.**

Vocabulário Controlado	Delimitadores	Estratégia de Busca	Nº. Artigos
MESH	I. Idioma (Inglês; Português; Espanhol)	1. (Prisons OR Prisoners)	Não verificado
		2. (HIV OR "HIV infections" OR "Acquired Immunodeficiency Syndrome" OR "AIDS – Related Opportunistic Infections")	
		3. ("Comprehensive Health Care" OR "Health Services" OR Therapeutics)	
	#1 AND # 2 AND #3	464	

Fonte: Elaborado pela autora.

Na base de dados Web of Science, procedeu-se à seleção dos estudos utilizando a opção *Pesquisa Avançada*, que permite utilizar *rótulos de campo*, *pesquisa combinada* e *restringir a pesquisa* por idioma, tipo de documento e ano de publicação.

Os rótulos de campo permitem a seleção de estudos a partir do rótulo escolhido, por exemplo, TS=Tópico irá selecionar estudos que contenham os termos descritos no resumo, título e/ou palavras-chaves; o rótulo TI=Título selecionará estudos que contenham os termos descritos apenas no título; o rótulo AU=Autor permite adicionar nomes de autores que desejamos pesquisar na base de dados, entre outros.

Para utilizar o(s) rótulo(s) de pesquisa, deve-se digitá-lo(s) na caixa de pesquisa precedido(s) do sinal de igual (=) e, entre parênteses, digitar o(s) termo(s) da pesquisa. Caso existam dois ou mais descritores do mesmo nível, estes devem ser separados pelo operador booleano OR; termos compostos devem ser colocados entre aspas, ex: TS=(HIV OR "HIV infections"). Após digitar todos os descritores do mesmo nível, devem-se selecionar o(s) idioma(s) e o tipo de documento que se deseja recuperar. Neste estudo, utilizou-se o rótulo de campo TS= Tópico e se restringiu a pesquisa a artigos nos idiomas Inglês/Português/Espanhol.

A pesquisa combinada possibilita cruzar os resultados no *Histórico de Pesquisa*. Deve-se marcar a caixa de seleção sob a coluna *Combinar Resultados* de cada resultado que se deseja cruzar, selecionar o operador booleano OR ou AND para definir o tipo de cruzamento a ser realizado e clicar no botão *Combinar Resultados*. Um novo cruzamento dos estudos será realizado a depender do operador booleano escolhido. Para o cruzamento dos três resultados encontrados no presente estudo, selecionou-se o operador AND e procedeu-se à combinação dos resultados, que caracterizou a amostra final das pesquisas.

**Quadro 7 – Descrição da estratégia de busca realizada na Web of Science, Ribeirão Preto, 2014.**

Delimitadores	Estratégia de Busca		Nº. Artigos
I. Idioma (Português/Inglês/ Espanhol)	#1 Resultados	<b>TS=</b> ( Prisons OR Prisoners OR “Correctional Facilities” OR Penitentiary OR “Penal Institutional” OR “Prison System” OR Presidio)	16.862
	#2 Resultados	<b>TS=</b> (HIV OR “Human Immunodeficiency Virus” OR “HIV Infections” OR AIDS OR “Acquired Immunodeficiency Syndrome” OR “AIDS – Related Opportunistic Infections”)	367.337
II. Tipo de documento: (Artigos)	#3 Resultados	<b>TS=</b> (“Health Care Delivery” OR “Patient Care” OR Therapeutics OR “Health Services” OR Care OR “Comprehensive Health Care” OR “Health Care”.	582.688
	#4 Resultados	<b>#1 AND #2 AND #3</b>	<b>296</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Na base de dados LILACS, realizou-se a pesquisa por descritores de assunto por meio da *Pesquisa via formulário (iAH)*. Os descritores foram selecionados pelo *Índice Descritor de Assunto*, que contém os Descritores de Ciências em Saúde (DECS). Após a seleção de todos os termos, procedeu-se ao cruzamento apresentado no Quadro 8.

**Quadro 8 – Descrição da estratégia de busca por descritor de assunto no LILACS, Ribeirão Preto, 2014.**

Vocabulário Controlado	Estratégia de Busca		Nº. Artigos
DECS		(“Prisões” OR “Prisioneiros”)	-----
	AND	(“HIV” OR Infecções por HIV” OR “AIDS” OR “Infecções Oportunistas Relacionadas com a AIDS”)	-----
	AND	(“Assistência Integral à Saúde” OR “Assistência à Saúde” OR “Atenção à Saúde” OR “ Terapêutica” OR “Serviços de Saúde”)	<b>0</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Em decorrência da ausência de estudos encontrados por meio do emprego de descritores de assunto, optou-se em realizar nova busca por palavras-chaves selecionando *Todos os índices*, e digitando na caixa de Pesquisa os termos de interesse, separando-os por parênteses e pelo operador booleano desejado. Sendo assim, a nova pesquisa foi realizada da seguinte forma:

**Quadro 9 – Descrição da estratégia de busca por Palavras-Chave no LILACS, Ribeirão Preto, 2014.**

Delimitadores	Estratégia de Busca	Nº. Artigos
<p><b>I. Idioma (Português/Inglês/Espanhol)</b></p> <p><b>II. Resumos disponíveis</b></p>	(Prisões OR Prisioneiros OR “Sistema Prisional” OR Penitenciária OR “Estabelecimentos Prisionais” OR Presídio) <b>AND</b> (HIV OR “Vírus da Imunodeficiência Humana” OR AIDS OR “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” OR “Infecções por HIV” OR “Infecções Oportunistas Relacionadas com a AIDS”) <b>AND</b> (“Assistência Integral à Saúde” OR “Assistência à Saúde” OR “Atenção à Saúde” OR Terapêutica OR Cuidado OR “Assistência ao Paciente” OR “Serviços de Saúde”).	<b>09</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora

Na base de dados CINAHL, utilizou-se o sistema de vocabulário controlado TITULOS, que possibilita selecionar de forma correta os termos de assuntos que estão dispostos em árvores genealógicas. O refinamento da busca pelos descritores ocorre a partir dos itens *ampliar conceito*, que aumenta significativamente o número de artigos recuperados, uma vez que permite a expansão do assunto, recuperando todas as referências indexadas ao termo expandido e todas as referências indexadas a qualquer termo mais restrito, e *conceito principal*, que restringe os resultados aos estudos em que o termo escolhido é um foco importante – nesta opção os demais termos presentes na árvore genealógica do descritor serão desconsiderados.

O *conceito principal* é representado pela sigla *MM* enquanto o *ampliar conceito* tem como sigla *MH+*. Ainda é possível, ao escolher um termo de assunto, selecionar subtítulos relacionados a ele; por exemplo, ao termo HIV podem ser adicionados subtítulos referentes a diagnóstico, tratamento, prevenção, entre outros, o que possibilitará resultados específicos sobre os subtítulos escolhidos.

Sendo assim, procedeu-se à seleção dos estudos na base de dados CINAHL por termos de assunto. O procedimento realizado configurou-se da seguinte maneira: primeiro foram pesquisados todos os termos de assunto em *Títulos CINAHL* digitando na caixa de texto *CINAHL Headings* os termos de assuntos de interesse.

Em seguida, selecionaram-se os descritores do mesmo nível, que foram enviados a uma caixa à direita da tela, escolhendo-se entre *Ampliar conceito* ou *conceito principal*, além do operador booleano AND ou OR para combinação dos descritores.

Após a seleção, clicou-se em *Pesquisar base de dados*, recuperando os estudos que continham pelo menos um dos descritores escolhidos. Esse procedimento foi repetido até que todos os termos de assuntos tivessem sido selecionados.

Após essa etapa, com os grupos de descritores formados, acessamos o *Histórico de Pesquisa*, recuperando as pesquisas. Realizou-se, então, o cruzamento dessas pesquisas com o operador booleano AND, recuperando todos os estudos que continham ao menos um dos termos de assunto de cada grupo criado.

Ressalta-se que se optou, nessa base de dados, por delimitar a busca por textos completos, pois apresentou número superior de estudos (125 artigos) em relação à seleção por resumos disponíveis (116 artigos). O Quadro 10 descreve a estratégia de busca realizada:

**Quadro 10 – Descrição da estratégia de busca na base de dados CINAHL**

Vocabulário Controlado	Delimitador	Estratégia de Busca		Nº. Artigos
TÍTULOS	I. Idioma (Inglês/Português/Espanhol)  II. Textos Completos	S1	(MM "Correctional Facilities") OR (MM "Prisoners")	3913
		S2	(MH "Human Immunodeficiency Virus+") (MH "HIV Infections+") OR (MH "Acquired Immunodeficiency Syndrome+") OR (MH "AIDS – Related Opportunistic Infections"+)	47.898
		S3	(MH "Health Services"+) OR (MH "Health Care Delivery"+) OR (MH "Patient Care+") OR (MH "Therapeutics+")	1.184. 481
		S4	#1 AND #2 AND #3	125

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Para o processo de seleção dos estudos recuperados nas bases de dados, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos, conforme critérios de inclusão e exclusão adotados. A busca foi realizada por dois pesquisadores de forma independente entre os meses de dezembro de 2013 e março de 2014. Dos 894

estudos recuperados nas bases de dados, a primeira seleção realizada dos pesquisadores resultou em 34 artigos pela pesquisadora 1 e 69 artigos pela pesquisadora 2, conforme descrito no Quadro 11.

**Quadro 11 – Descrição da estratégia de seleção dos estudos**

Bases de dados	Artigos recuperados	Artigos selecionados Pesquisadora 1	Artigos selecionados Pesquisadora 2
PUBMED	464	18	45
LILACS	9	1	1
CINAHL	125	06	20
Web of Science	296	09	03

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Após a primeira seleção dos estudos, com base na leitura dos títulos e resumos, realizou-se um refinamento da seleção com nova leitura dos resumos e a leitura dos estudos na íntegra quando os resumos não forneciam informações suficientes para inclusão/exclusão. Após a segunda seleção dos artigos, foram selecionados, pela pesquisadora 1, 20 artigos e, pela pesquisadora 2, oito artigos. No Quadro 12 descreve-se a estratégia de seleção, após releitura dos estudos.

**Quadro 12 – Descrição da estratégia de seleção dos estudos**

Bases de dados	Artigos recuperados	Artigos selecionados Pesquisadora 1	Artigos selecionados Pesquisadora 2
PUBMED	464	10	4
LILACS	9	0	0
CINAHL	125	5	2
Web of Science	296	5	2

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Conforme descrito anteriormente, houve discrepância entre o número de estudos selecionados pelas duas pesquisadoras, sendo assim, cada pesquisadora realizou a leitura dos estudos selecionados pela outra, de forma independente. Após a nova leitura, as pesquisadoras reuniram-se e compararam a nova seleção, chegando aos mesmos estudos. Sendo assim, a seleção final da presente revisão

foi de 20 estudos, dos quais dois estavam repetidos nas bases de dados PUBMED e CINAHL e dois repetiam-se nas bases de dados do PUBMED e *Web of Science*. Dos estudos selecionados, um artigo não estava disponível de forma gratuita na base de dados CINAHL, sendo realizada sua compra online. Após contarmos os estudos repetidos apenas uma vez, a seleção final da presente Revisão Integrativa contou com 16 artigos.

Após a seleção dos estudos, com apoio de um instrumento (Anexo 1), procedeu-se à extração dos dados dos artigos que compõem a terceira fase da Revisão Integrativa.

### **3ª ETAPA: Extração das informações dos estudos primários**

A fase de extração das informações dos estudos selecionados é central para a Revisão Integrativa e assemelha-se à etapa de coleta de dados nos estudos primários (GANONG, 1987). É nessa etapa que o revisor organiza e categoriza as informações-chave dos estudos, o que possibilita a formação de um banco de dados de fácil acesso para o manejo dos dados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A definição das informações a serem apreendidas dos estudos é um processo complexo, em virtude da infinidade de variáveis envolvidas nos diversos estudos primários; sendo assim, é essencial que o revisor tenha claro o objetivo da revisão para determinar quais informações serão destacadas e aplique uma abordagem minuciosa para aumentar o rigor das conclusões (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; COPE, 2014). Recomenda-se que as características metodológicas adotadas nos estudos primários sejam descritas para avaliar a qualidade geral dos estudos, atividade de maior complexidade na Revisão Integrativa por vincular estudos com distintas abordagens metodológicas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Além dos resultados, o revisor deve descrever todas as características relevantes e que possam afetar os resultados encontrados nos diferentes estudos primários. De forma geral, o pesquisador deve descrever: tamanho da amostra, as características dos sujeitos da pesquisa, os objetivos, metodologias empregadas, resultados e as principais conclusões de cada estudo. Para auxiliar o revisor na descrição das informações-chave de cada estudo, podem-se construir tabelas ou utilizar um instrumento específico (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO 2008).

Ressalta-se que o nível de evidência dos estudos deve ser avaliado para determinar a confiança dos resultados encontrados, fortalecendo as conclusões geradas na Revisão Integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO 2008).

Na presente Revisão Integrativa, após a etapa de seleção, procedeu-se à extração das informações dos estudos com apoio do instrumento proposto por Ursi (2005), que foi adaptado pelo grupo de pesquisa Estudos Operacionais HIV/aids da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O instrumento contemplou a identificação do artigo, tipo de revista científica, características metodológicas e avaliação do rigor metodológico. (Anexo 01).

Após a extração das informações-chave dos estudos, procede-se à fase de avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa.

#### **4ª ETAPA: Avaliação dos estudos incluídos na revisão**

O processo de avaliação dos estudos na revisão integrativa assemelha-se ao realizado nos estudos primários e constitui etapa crucial para a garantia da validade da revisão (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Nessa fase, é essencial que os estudos sejam avaliados criteriosamente acerca da metodologia adotada e dos resultados conflitantes ou distintos encontrados nos diferentes estudos, identificando padrões, temas ou relações entre eles. O revisor deve analisar os diferentes estudos de forma imparcial, uma vez que a análise criteriosa dos estudos pode suscitar mudanças nas recomendações para a assistência (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

As autoras Mendes, Silveira e Galvão (2008) destacam as seguintes questões que podem ser utilizadas na avaliação dos estudos: qual é a questão de pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é relevante; como eram as questões de pesquisa realizadas anteriormente; se a metodologia do estudo está adequada; se os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos; o que a questão da pesquisa responde; se a resposta está correta e quais pesquisas futuras são necessárias (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 762).

Nessa fase de avaliação dos dados primários, o revisor pode dispor da análise estatística, sendo imprescindível a explicitação das conclusões e análise destas em relação à sua adequação aos estudos propostos (GANONG, 1987).



Para avaliação dos estudos, torna-se necessário que estes sejam resumidos e categorizados possibilitando uma inferência unificada e integrada sobre a questão de pesquisa. Essa fase tem como objetivo principal a análise imparcial e completa dos estudos selecionados, além da síntese dos resultados de forma inovadora. O revisor deve dividir os estudos em subgrupos, de acordo com o sistema de análise empregado, compará-los e classificá-los de acordo com os padrões e temas identificados (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Após realizada a avaliação dos estudos selecionados, segue-se para a quinta fase da Revisão Integrativa a de interpretação dos resultados.

### **5ª ETAPA: Interpretação dos resultados**

Essa etapa, em que o revisor irá interpretar os resultados encontrados, corresponde à fase de discussão nos estudos primários (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Deve-se comparar criticamente os dados encontrados com o conhecimento teórico disponível, identificar as conclusões da revisão integrativa e seus efeitos para as políticas e práticas de cuidado. O revisor deve identificar as lacunas no conhecimento apontando propostas relevantes para futuros estudos que converjam para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Nessa fase, deve-se realizar a interpretação acerca dos padrões e relações identificadas nos estudos primários, construindo generalizações que abrangem cada subgrupo formado na etapa anterior, a de análise dos estudos. (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Após interpretar os dados dos estudos primários, procede-se à última etapa da Revisão Integrativa, a de apresentação da revisão.

### **6ª ETAPA: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

Essa fase consiste na elaboração de relatório que contemple todas as etapas percorridas pelo revisor para a elaboração da revisão integrativa, incluindo desde a delimitação da questão de pesquisa até a descrição dos principais resultados evidenciados com a análise dos estudos primários incluídos na revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A apresentação da RI deve garantir que o leitor consiga avaliar criteriosamente os procedimentos metodológicos adotados na revisão e acesse detalhadamente os estudos primários selecionados, garantindo assim diminuição de vieses e a validade da revisão. Ressalta-se que o emprego de uma metodologia questionável na revisão acarretará conclusões duvidosas (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

*5 RESULTADOS*

---

---

A seleção nas bases de dados resultou na recuperação de 894 estudos dos quais, após leitura de forma independente por duas pesquisadoras, dos títulos, resumos e, quando necessário, do estudo na íntegra, derivou na amostra final de 15 estudos conforme os critérios de inclusão/exclusão adotados. Dos estudos recuperados: quatro (26,7%) foram selecionados na base de dados CINAHL, cinco (33,4%) na *Web of Science* e seis (40%) no PUBMED. Os estudos foram publicados no período de 1999 a 2014. Inicialmente os estudos serão caracterizados em relação ao título, autores, ano de publicação, periódico e base de dados. (Quadro 13).

**Quadro 13 – Descrição dos estudos primários incluídos na revisão integrativa segundo título, autor, ano de publicação, periódico e base de dados. Ribeirão Preto, 2014.**

Título	Autor (es)	Ano	Periódico	Base de dados
1. Patient Navigation Facilitates Medical and Social Services Engagement Among HIV-infected individuals Leaving Jail and Returning to the Community	Kimberly A. Koester; Mark Morewitz; Charles Pearson; John Weeks; Rebecca Packard; Milton Estes; Jacqueline Tulsy; Mi_Suk Kang –Dufour; Janet J. Myers	2014	AIDS Patient Care STDs	CINAHL
2. Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: Implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia	Jeffrey A. Wickersham; Muhammad Muhsin Zahari; Marwan M. Azar; Adeeba Kamarulzaman; Frederick L. Altice	2013	Drug and Alcohol Dependence	Web of Science
3. An Ecosystem-Based Intervention to Reduce HIV Transmission Risk and Increase Medication Adherence Among Inmates Being Released to the Community	Olga Grinstead Reznick; Kathleen McCartney; Steven E. Gregorich; Barry Zach; Daniel J. Feaster	2013	Journal of Correctional Health Care	PUBMED

Título	Autor (es)	Ano	Periódico	Base de dados
4. Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community - A potential conduit to improved HIV treatment outcomes	Ali Shabahang Saber-Tehrani; Sandra A. Springer; Jingjun Qiu; Maua Herme; Jeffrey Wickersham; Frederick L. Altice	2012	Contemporary Clinical Trials	PUBMED
5. Strategies to enhance linkages between care for HIV/AIDS in jail and community settings	Jeffrey Draine; Divya Ahuja; Frederick L. Altice; Kimberly Jacob Arriola; Ann K. Avery; Curt G. Beckwith; Cristina A. Booker; Ann Ferguson; Hayley Figueroa; Thomas Lincoln; Lawrence J. Ouellet; Jeffrey Porterfield; Anne C. Spaulding; Melinda J. Tinsley	2011	AIDS Care	CINHAL
6. Linking HIV-positive Jail Inmates to Treatment, Care, and Social Services After Release: Results from a Qualitative Assessment of the COMPASS Program.	Amy Nunn; Alexandra Cornwall; Jeannia Fu; Lauri Bazerman; Helen Loewenthal; Curt Beckwith	2010	Journal of Urban Health	Web of Science
7. Intensive Case Management Before And After Prison Release is No More Effective Than Comprehensive Pre-Release Discharge Planning in Linking HIV-Infected Prisoners to Care: A Randomized Trial	David A. Wohl; Anna Scheyett; Carol E. Golin; Becky White; Jeanine Matuszewski; Michael Bowling; Paula Smith; Faye Duffin; David Rosen; Andrew Kaplan; JoAnne Earp	2010	AIDS And Behavior	Web of Science
8. Linkage to Treatment and Supportive Services Among HIV-Positive Ex-Offenders in Project Bridge	Nickolas D. Zaller; Leah Holmes; Angela C. Dyl; Jennifer A. Mitty; Curt G. Beckwith; Timothy P. Flanigan; Josiah D. Rich	2008	Journal of Health Care of the Poor and Underserved	CINAHL

<b>Título</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Base de dados</b>
9. Post- release Case Management Services and Health-Seeking Behavior Among HIV-Infected Ex-Offenders	Kimberly R. Jacob Arriola; Ronald L. Braithwaite; Nancy E. Holmes; Renata M. Fortenberry	2007	Journal of Health Care of the Poor and Underserved	PUBMED
10. Discharge Planning and Continuity of Health Care: Findings From the San Francisco County Jail	Emily A. Wang; Mary C. White; Ross Jamison; Joe Goldenson; Milton Estes; Jacqueline P. Tulskey.	2007	American Journal of Public Health	PUBMED
11. From Jail to Community: Innovative Strategies to Enhance Continuity of HIV/aids Care	Franklin N. Laufer; Kimberly R. Jacob Arriola; Carol S. Dawson-Rose; Kumarasooriyar Kumaravelu; Karina Rapposelli.	2002	The Prison Journal	Web of Science
12. Successful Linkage of Medical Care and Community Services for HIV-Positive Offenders Being Released From Prison	Josiah D. Rich, Leah Holmes; Christopher Salas; Grace Macalino; Deborah Davis; James Ryczek; Timothy Flanigan.	2001	Journal of Urban Health	Web of Science
13. Reducing Postrelease Risk Behavior Among HIV Seropositive Prison Inmates: The Health Promotion Program	Olga Grinstead; Barry Zach; Bonnie Faigeles	2001	AIDS Education and Prevention	CINAHL
14. Comprehensive Medical Care among HIV- Positive Incarcerated Women: The Rhode Island Experience	Julie L. Farley; Jennifer Adelson Mitty; Michelle A. Lally; Joseph N. Burzynski; Karen Tashima; Josiah D. Rich; Susan Cu-Uvin; Anne Spaulding; Lenore Normandie; Mary Snead; Timothy P. Flanigan	2000	Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine	PUBMED
15. ACE: A Peer Education and Counseling Program Meets the Needs of Incarcerated Women With HIV/AIDS Issues	Kathy Boudin; Ingrid Carrero; Judith Clark; Veronica Flournoy; Karen Loftin; Sherri Martindale; Migdalia Martinez; Elizabeth Mastroieni; Sharon Richardson	1999	Journal of the Association of Nurses in AIDS Care	PUBMED

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Os estudos foram publicados em 13 periódicos dos Estados Unidos, dos quais: cinco (33,3%) relacionados à temática do HIV/aids, sendo um destes sobre cuidados de enfermagem ao HIV; dois (13,3%) envolvendo periódicos correspondentes aos Sistemas Correccionais; dois (14%) de Saúde Pública; e quatro (26,7%) de outras áreas da saúde. A revista de maior impacto foi a *American Journal of Public Health* (3.930) (Quadro 14).

**Quadro 14 – Distribuição dos estudos segundo o nome dos periódicos e seu fator de impacto. Ribeirão Preto, 2014.**

Periódico	Número de Artigos	Fator de Impacto
AIDS Patient Care STDs	1	3.090
Drug and Alcohol Dependence	1	3.141
Journal of Correctional Health Care	1	0.444
Contemporary Clinical Trials	1	1.597
AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV	1	1.834
Journal of Urban Health	2	1.887
AIDS And Behavior	1	2.979
Journal of Health Care of the Poor and Underserved	2	1.491
American Journal of Public Health	1	3.930
The Prison Journal	1	1.444
AIDS Education and Prevention	1	1.484
Journal of Women's Health	1	1.896
Journal of the Association of Nurses in AIDS Care	1	0.715

**Fonte:** Elaborado pela autora.

Em relação ao país de origem dos estudos, 14 (93,4%) foram realizados nos Estados Unidos e um (6,6%) na Malásia, que se tratou de um estudo piloto desenvolvido em parceria com a Universidade de Yale dos Estados Unidos.

Quanto à titulação do primeiro autor: oito (53,3%) estudos não fizeram referência, dois (13,3%) bacharelado, dois (13,3%) mestrado e três (20%) doutorado. A instituição sede, na maior parte dos estudos (93,4%), foi Universidade ou Hospital Universitário, em apenas 01 estudo (6,6%) a instituição sede foi uma Unidade Correccional. O quadro 15 caracteriza os estudos segundo o país de origem, local, Unidade Prisional onde o estudo foi realizado e a instituição envolvida com o desenvolvimento do estudo.

**Quadro 15 – Distribuição dos estudos segundo país de origem, local de estudo, unidade correcional e instituição de desenvolvimento do estudo. Ribeirão Preto, 2014.**

Estudo	País	Local do Estudo	Unidade Prisional de Estudo	Instituição Participante
01	EUA	São Francisco/ Califórnia	Unidades Correcionais de São Francisco.	Universidade da Califórnia
02	Malásia	Kajang/ Selangor	Prisão de Kajang	Universidade de Yale, Connecticut USA e Universidade de Malaya, Malásia.
03	EUA	São Francisco/ Califórnia	Prisão Estadual San Quentin, Prisão Estadual <i>California Medical</i> e Cadeia do Condado de São Francisco.	Centro de Estudos Prevenção da AIDS, Universidade da Califórnia.
04	EUA	New Haven e Hartford/ Connecticut	Departamento Correcional de Connecticut	Universidade de Yale
05	EUA	Atlanta/Geórgia	Prisão do Condado de DeKalb e Centro de Detenção de Atlanta	Escola de Saúde Pública Rollins, Universidade de Emory, Atlanta.
		Chester/Pensilvânia	Cadeias municipais e escritórios de liberdade condicional na maior região da Filadélfia	
		Chicago/ Illinois	Cadeia municipal masculina e feminina de Chicago	
		Cleveland/Ohio	Cadeia municipal masculina e feminina do Condado Cuyahoga em Cleveland.	
		Columbia/ Carolina do Sul	Centro de Detenção masculino e feminino do Condado de Richland em Columbia.	
		New Haven/Connecticut	Prisão masculina de New Haven e Prisão feminina Niantic.	
		Nova York	Sistema Prisional composto por 11 cadeias.	
		Filadélfia/ Pensilvânia	Prisão da Filadélfia	



Estudo	País	Local do Estudo	Unidade Prisional de Estudo	Instituição Participante
		Providence/ Rhode Island	Dois grandes Sistemas Prisionais do Sudoeste da Nova Inglaterra: Sistema Prisional que combina cadeia e prisão de Rhode Island e a Unidade Correccional do Condado de Bristol.	
		Springfield/ Massachusetts	Prisão do Condado de Hampden.	Abt Associates Inc. of Cambridge, Massachusetts
06	EUA	Providence/Rhode Island	Unidades Correccionais de Rhode Island.	Hospital Miriam/ Universidade de Brown, Providence.
07	EUA	12 municípios do estado da Carolina do Norte	Departamento Correccional Estadual da Carolina do Norte.	Universidade da Carolina do Norte
08	EUA	Providence/Rhode Island	Prisão Estadual de Rhode Island.	Centro de Imunologia do Hospital Escola Miriam/ Universidade de Brown, Providence.
09	EUA	Chicago; Secretarias Estaduais da Florida, Geórgia, Illinois, Massachusetts e Nova Jersey.	Prisões, Instalações Correccionais juvenis e Unidades de Transição.	Escola de Saúde Pública Rollins da Universidade de Emory, Atlanta. Abt Associates Inc. of Cambridge, Massachusetts.
10	EUA	São Francisco	Cadeia de São Francisco	Universidade da Califórnia
11	EUA	Massachusetts	13 cadeias municipais, 23 prisões estaduais e 63 Serviços de Instalações Juvenis no estado.	
		California	05 cadeias municipais de São Francisco e 02 Alas da Prisão no Hospital Geral.	Universidade de Emory e Universidade da Califórnia
		Nova Jersey	Estabelecimentos prisionais do Estado.	

Estudo	País	Local do Estudo	Unidade Prisional de Estudo	Instituição Participante
		Nova York	Instalação Correccional de Rikers Island e a Unidade Correccional Onondaga na cidade de Nova York.	
12	EUA	Providence/Rhode Island	Prisão Estadual de Rhode Island	Centro de Imunologia do Hospital Miriam/ Universidade de Brown
13	EUA	São Francisco/Califórnia	Prisão Estadual Masculina na Califórnia.	Centro de Estudos de Prevenção da aids da Universidade da Califórnia.
14	EUA	Providence/Rhode Island	Mulheres privadas de liberdade do Departamento Correccional de Rhode Island	Centro de Imunologia do Hospital Miriam/ Universidade de Brown
15	EUA	Bedford/ Nova York	Prisão de Segurança Máxima Feminina Unidade Correccional Bedford Hills no estado de Nova York	Prisão de Segurança Máxima Feminina Unidade Correccional Bedford Hills no estado de Nova York

Fonte: Elaborado pela autora

O número de participantes nos estudos variou entre 20 e 347 sujeitos com predomínio de homens, afro-americanos e idade entre 18 e 65 anos (Quadro 16).

**Quadro 16 – Distribuição dos estudos segundo amostra, sexo, idade e etnia prevalente. Ribeirão Preto, 2014.**

Estudo	Amostra (n)	Sexo (n)		Idade média/ Faixa etária prevalente	% Etnia/Cor prevalente
		Masc.	Fem.		
01	36	30	6	41 – 65 anos	46% Afro-americanos
02	27	27	0	Média de 37,1 anos	81,5% Malásia
03	151	151	0	Média de 42 anos	52% Afro-Americanos
04	154	125	29	Média de 45,56 anos	53,9% Negros
05	-----	-----	-----	-----	-----
06	20	16	4	40-49 anos	40% Afro-americanos
07	89	65	24	-----	78,6% Afro-americano
08	59	40*	17*	Média de 42,3 anos	44% Afro-americanos

Estudo	Amostra	Sexo (n)		Idade média/	% Etnia/Cor prevalente
09	226	SI**	SI**	SI**	SI**
10	347	303	44	18 – 63 anos	49,6% Afro-americanos
11	-----	----	----	-----	-----
12	97	69	28	Média de 39,0 anos	51% Afro-americanos
13	123	0	123	Média de 37,7 anos	55% Afro-americanos
14	110	0	110	30 – 39 anos	43% brancas e 43% Negros
15	-----	-----	-----	-----	-----

\* Neste estudo 01 participante referiu ser transgênero e 01 participante preferiu não declarar.

\*\* Dados apresentados estão inconsistentes não sendo possível apresentá-los.

Fonte: Elaborado pela autora

O delineamento de pesquisa adotado nos estudos foi: 10 (66,7%) estudos com abordagem quantitativa, dois (13,3%) com abordagem qualitativa e três (20%) relacionados a modalidade Relatos de Experiência. Dos estudos quantitativos: quatro (40%) eram estudos experimentais, dois (20%) tipo coorte, e três (30%) descritivos. O Quadro 17 descreve a distribuição dos estudos, conforme o delineamento da pesquisa, o nível de evidência e o número quantitativo de estudos.

**Quadro 17 – Distribuição dos estudos segundo o delineamento da pesquisa e o nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

Delineamento da Pesquisa	Nível de Evidência	N
Pesquisa Experimental randomizada	II	3
Pesquisa Experimental sem randomização	III	1
Estudos de Coorte/Transversal	IV	3
Estudos descritivos ou qualitativos	VI	5
Relatos de Experiência	VII	3

Fonte: Elaborado pela autora

A

Figura 1, a seguir, apresenta os temas abordados nos estudos incluídos na



Revisão Integrativa.

**Figura 1 – Descrição dos estudos da Revisão Integrativa segundo os temas, Ribeirão Preto, 2014.**

### 5.1 Apresentação e síntese dos estudos selecionados

A seguir são apresentadas as sínteses dos estudos selecionados para a presente Revisão Integrativa.

**Quadro 18 – Síntese do estudo 1 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 1</b>		<b>Nível de Evidência: VI</b>
Autor(es)	Kimberly A. Koester; Mark Morewitz; Charles Pearson; John Weeks; Rebecca Packard; Milton Estes; Jacqueline Tulsky; Mi_Suk Kang –Dufour; Janet J. Myers.	
Título	Patient Navigation Facilitates Medical and Social Services Engagement Among HIV-infected individuals Leaving Jail and Returning to the Community.	
Ano	2014	
Objetivo(s)	Estudo etnográfico sobre as interações entre egressos com HIV de Unidades correcionais de São Francisco e seus “navegadores de paciente”, também egressos deste sistema prisional e com sorologia positiva para o HIV.	
Materiais e Métodos	Cada etnógrafo realizou um total de 29 observações de campo com 15 clientes, do sexo masculino e feminino ao longo de 10 meses (dezembro de 2010 a outubro de 2011). Foram realizadas entrevistas iniciais com 05 “navegadores de pacientes” e entrevistas de acompanhamento com 04 “navegadores de pacientes” e entrevistas de profundidade com 31 pacientes. Os pacientes eram elegíveis se tivessem 02 ou mais contatos com o “navegador de paciente” e se fossem matriculados durante o período de avaliação do estudo, ocorridas 2, 6 e 12 meses após a libertação da prisão.	
Resultados	I. Retrato em profundidade do dia-a-dia dos “navegadores de pacientes”: a construção de uma conexão entre pares foi fundamental para facilitar a ligação com o sistema de serviços sociais e de saúde. Essa ligação foi inicialmente fortalecida pela concordância social, e, em seguida, aprofundada, pelo compartilhamento de experiências do difícil acesso a um Sistema de saúde e social hostil e desafiador. Uma das principais responsabilidades do “Navegador de paciente” era acompanhar o egresso em consultas médicas, ao tribunal e a compromissos em serviços de bem estar social. O cliente era atribuído ao “Navegador” por seu gerente de caso. O acompanhamento realizado pelo “Navegador” mostrou-se essencial para que os clientes comparecessem aos compromissos. II. “Navegadores de Pacientes” constroem uma conexão e servem de modelo: A construção de uma relação de confiança foi alcançada através do compartilhamento de experiências como o uso de drogas, o diagnóstico de HIV e o encarceramento. Esse vínculo ajudou a criar uma situação em que o cliente foi mais propenso a ouvir e seguir o conselho do “Navegador” criando uma “ponte” entre os clientes e os Sistemas de serviços sociais e de saúde.	
Conclusões	Foram identificadas percepções importantes sobre os mecanismos fundamentais de um modelo “Navegadores de pacientes” que afeta os resultados de saúde de homens e mulheres que vivem com HIV e são egressos do Sistema Prisional. Este estudo ilustra como os “Navegadores” estão bem posicionados para facilitar a transição, bem sucedida, e o engajamento de uma população vulnerável, para cuidados e serviços sociais. Este tipo de intervenção tem o potencial de quebrar o ciclo de reincidência criminal e o baixo engajamento com os serviços sociais.	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Quadro 19 – Síntese do estudo 2 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 2</b>		<b>Nível de Evidência: IV</b>
Autor(es)	Jeffrey A. Wickersham; Muhammad Muhsin Zahari; Marwan M. Azar; Adeeba Kamarulzaman; Frederick L. Altice	
Título	Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: Implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia	
Ano	2013	
Objetivo(s)	Projeto piloto realizado na Malásia, de Terapia de Manutenção de Metadona (MMT) com presos dependentes de opiáceos com sorologia positiva para o HIV na prisão Kajang durante o período de pré-livramento da prisão.	
Materiais e Métodos	Estudo de coorte com homens da prisão Kajang com sorologia positiva para o HIV, que estavam dentro do período de 04 meses para o livramento prisional, que vivessem a 25 km do local de realização MMT. Os sentenciados foram acompanhados por 12 meses após o livramento prisional. Um psiquiatra avaliou os participantes antes do início da MMT utilizando um protocolo de indução padronizado. Os participantes receberam inicialmente quantidade de 5mg por dia, as doses diárias foram aumentadas de 5mg a 07mg/dia até atingir a meta > 80mg/dia. As doses foram individualizadas com base no tempo necessário para atingir a meta antes do livramento e equilibrar os efeitos desejados com os colaterais. Os cuidados com a MMT foram transferidos para o Programa na Comunidade de MMT. Os participantes foram avaliados na linha de base, e mensalmente durante 12 meses. Análise de sobrevivência de Kaplan-Meier foi utilizada para avaliar a retenção em MMT. A dose média diária de MMT no momento da liberação foi de 90,9 mg (45mg – 120mg).	
Resultados	Participaram do estudo 27 presos com idade média de 37,1 anos; 96,7% relataram história de uso de droga injetável; a média de tempo de encarceramento foi de 12,5 meses; o tempo médio de diagnóstico para o HIV foi 8,3 anos; 3,3% dos participantes estavam em tratamento com ARV e em tratamento para Tuberculose; Sintomas relacionados ao HIV sugeriram altos níveis de depressão (46,7%), perda de apetite (46,7%), problemas com a memória (36,7%) e dificuldade para dormir (36,7%) e 40% preencheram os critérios para depressão moderada a grave. Análise de Sobrevida: No momento da liberação a dose <80mg/dia foi prescrita para 51,9% (n=14) da amostra; ninguém recebeu de 80mg a 99mg, o restante dos participantes (n=13) recebeu >100mg/dia. Durante a fase de acompanhamento não houve redução das doses MMT administradas e a média de retenção foi de 172,5 dias. Aos 12 meses, os participantes que estavam recebendo 80mg ou mais, foram significativamente mais prováveis do que aqueles com doses mais baixas para ter mantido o tratamento (61,5% 8/13 versus 21,4% 3/14).	
Conclusões	Há necessidade de alcançar uma dosagem adequada de metadona enquanto o indivíduo está preso para otimizar os benefícios do tratamento após o livramento. Para obter obdosagem ótima de metadona, antes do livramento, os Programas de MMT devem seu uso no prazo de 06 meses antes do livramento. Programas devem considerar a dependência em opiáceos como um problema crônico e MMT deveria ser fornecido ao longo de todo o período de encarceramento para redução do UDI e o risco de transmissão de doenças.	

**Fonte:** Elaborado pela autora

**Quadro 20 – Síntese do estudo 3 incluído na Revisão Integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 3</b>		<b>Nível de Evidência: II</b>
Autor(es)	Olga Grinstead Reznick; Kathleen McCartney; Steven E. Gregorich; Barry Zach; Daniel J. Feaster	
Título	An Ecosystem-Based Intervention to Reduce HIV Transmission Risk and Increase Medication Adherence Among Inmates Being Released to the Community.	
Ano	2013	
Objetivo(s)	Testar a eficácia de uma Intervenção Baseada em Ecossistema, (modificada para atender às necessidades de pessoas em livramento prisional), em relação a uma Intervenção Individual, (previamente testada e eficaz na redução do risco de reincarceramento), para a redução do risco de transmissão do HIV e para melhoria da adesão à medicação, entre presos com HIV em transição para a comunidade.	
Materiais e Métodos	Estudo clínico controlado e randomizado realizado em 03 instituições correcionais de São Francisco com presos do sexo masculino com previsão de livramento prisional. Os critérios de inclusão foram: ter 18 anos de idade ou mais; retornar para um dos 09 municípios de São Francisco em 21 – 90 dias; Falar inglês ou espanhol; Ser capaz de nomear pelo menos um adulto no local de regresso para participar da Intervenção Baseada no Ecossistema; Disponibilidade de assinar uma autorização para o pesquisador entrar em contato com a pessoa indicada. A amostra final foi composta por 151 sujeitos, (75 no grupo controle e 76 na intervenção Ecossistema) que foram acompanhados por 12 meses. Foram realizadas 04 avaliações ao longo do estudo: avaliação pré-lançamento, no interior das Unidades Correcionais, que avaliou: comportamento de risco, adesão ao medicamento durante os 04 meses antes do encarceramento e a adesão durante o encarceramento; avaliação de 04 meses (92% completaram) realizada imediatamente após a conclusão das intervenções para avaliar seu impacto; duas avaliações adicionais foram realizadas em 08 (89% completaram); e 12 meses (76% completaram) após o livramento prisional para determinar o impacto à longo prazo. Para análise dos dados, utilizou-se: teste Qui-quadrado e Teste T para verificar a randomização e comparação dos 02 grupos; Análise de Tratamento de Intervenção (ITT) utilizada para comparar os grupos como randomizado; Modelo de Regressão Logística Mista de cada resultado primário; e Quadratura de Gaus. Para avaliar adesão à TARV utilizou-se uma versão modificada do questionário <i>AIDS Clinical Trial Group</i> (ACTG) para avaliação longitudinal se: 1) o participante estava tomando a medicação; e 2) se o participante era aderente à medicação.	
Resultados	Dos 151 participantes: 52% eram negros, com idade média de 42 anos; heterossexuais; com baixa renda e escolaridade, 30% afirmaram terem sido presos > 21 vezes ao longo da vida. Participaram da Intervenção Ecossistema junto com o egresso: familiares, amigos, parceiros sexuais e/ou de drogas e prestadores de serviços sociais de diversas categorias, incluindo gestores de caso e agentes da condicional. Dos 76 participantes da Intervenção Ecossistema: 28% não tinham membros para participar das sessões. Não foram encontradas diferenças entre os grupos sobre comportamento sexual. Foram observados efeitos globais de tempo significativos para: sexo sem proteção e sexo sorodiscordante desprotegido. Testes de tendências lineares sugerem declínios em todas as 04 avaliações. Calculando a média em todas as avaliações pós-livramento, os membros do grupo de Intervenção Ecossistema foram significativamente menos propensos a tomar medicação TARV e serem aderentes ao uso de medicamentos. Calculando a média entre os grupos, houve quedas significativas entre a avaliação de pré-lançamento e a primeira avaliação, no percentual de participantes que estavam tomando medicação e no nível de adesão. O percentual de participantes que estavam tomando TARV aumentou ao longo do período de pós-livramento para valores próximos aos níveis encontrados na avaliação pré-livramento. Identificou-se que o grupo Ecossistema era mais propenso a ser preso novamente. Com uma média linear entre os grupos, houve significativa diminuição do encarceramento ao longo do período de livramento por todas as causas e por violação da condicional. Não houve efeitos significativos sobre os resultados descrevendo encarceramento pós-lançamento por novos crimes.	
Conclusões	A intervenção Ecossistema aproxima-se de uma intervenção individual, no entanto, dado os resultados promissores dessa abordagem com outras populações, são necessárias mais pesquisas para determinar o nível de suporte do ecossistema que é possível nesta população e tirar proveito ao máximo das redes de apoio mais limitadas nesta população.	

**Fonte:** Elaborado pela autora

**Quadro 21 – Síntese do estudo 4 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

Artigo nº. 4		Nível de Evidência: II
Autor(es)	Ali Shabahang Saber-Tehrani; Sandra A. Springer; Jingjun Qiu; Maua Herme; Jeffrey Wickersham; Frederick L. Altice.	
Título	Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community - A potential conduit to improved HIV treatment outcomes	
Ano	2012	
Objetivo(s)	Testar se a Terapia Antirretroviral Administrada Diretamente (DAART) é mais eficaz do que a Terapia Auto Administrada, na estabilização da doença em detentos que vivem com HIV/aids em transição para a comunidade.	
Materiais e Métodos	<p>Estudo clínico controlado e randomizado. Foram selecionados detentos, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2009, do Departamento Correccional de Connecticut que estavam no prazo de 90 dias para o livramento prisional. Foram incluídas pessoas de ambos os sexos com diagnóstico positivo para o HIV; tratamento com TARV ou elegível após o livramento; TARV prescrito 01 – 02 vezes/dia; Preso por um período mínimo de 90 dias; Capacidade de se comunicar em inglês ou espanhol; Retornando para as cidades de New Haven ou Hartford em Connecticut; Ter pelo menos 18 anos de idade; Capacidade de fornecer consentimento informado; Não estar inscrito em outra intervenção ou pesquisa sobre adesão. Indivíduos que preencheram os critérios de elegibilidade e que foram inesperadamente liberados da prisão, dentro de um prazo de 30 dias também eram elegíveis para a seleção. Realizou-se monitorização laboratorial em intervalos pré-programados para avaliar carga viral (trimestralmente); CD4 (trimestralmente) e mutação e resistência genotípica (06 e 12 meses); testes de drogas (mensal) através da análise da urina para monitorar recaídas no uso de drogas para os egressos elegíveis para o tratamento de opióides em tratamento de substituição com buprenorfina. Para análise dos dados utilizou-se a comparação das variáveis de base por meio do teste qui-quadrado de Mantel-Haenszel para as variáveis categóricas e teste F da análise de variância para os dados de escala contínua. Teste de Kruskal-Wallis e teste de comparação Múltipla de Dunn foram realizados para determinar quaisquer alterações estatisticamente significativas observadas nos níveis de carga viral e CD4. Modelos de regressão linear incorporaram co-variáveis com um resultado univariado. Para os pacientes em DAART a supervisão era realizada 01 vez ao dia durante 07 dias por semana, além de receberem um celular para fortalecer a comunicação entre os sujeitos e o trabalhador de saúde que realizava a supervisão. Para o grupo controle era oferecido aconselhamento semanal durante 12 semanas.</p>	
Resultados	<p>A maioria (92%) dos 277 participantes foi encaminhada pelo Departamento de Correção de Connecticut. Destes 202 eram elegíveis para o estudo dos quais, 154 foram incluídos no estudo (103 randomizados para DAART e 51 para TARV auto-administrado). Os grupos de intervenção DAART, e o de controle, em tratamento auto-administrado, foram semelhantes estatisticamente no que diz respeito às características demográficas, a instabilidade social após o livramento, a gravidade da dependência química e uma série de outras características. Egressos DAART não diferiram, estatisticamente, dos presos em tratamento auto-administrado para: depressão, tipo de regime TARV e carga viral e CD4. Assim os indivíduos foram, de forma geral, semelhantes.</p>	
Conclusões	<p>As evidências sugerem que DAART proporciona benefícios virológicos e imunológicos para as populações que consomem drogas durante o período da intervenção. DAART está surgindo como uma ferramenta para a melhoria dos resultados em populações vulneráveis como os presos com HIV, porém outras intervenções relacionadas à dependência de substâncias utilizadas poderiam influenciar na melhoria dos resultados. É necessário utilizar a melhor evidência disponível para criar intervenções efetivas no livramento prisional para as pessoas que vivem com HIV/aids e Intervenções futuras deverão incluir a DAART dentro de uma intervenção abrangente para melhorar a adesão e o tratamento do HIV.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora



**Quadro 22 – Síntese do estudo 5 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 5</b>		<b>Nível de Evidência: VII</b>
Autor(es)	Jeffrey Draine; Divya Ahuja; Frederick L. Altice; Kimberly Jacob Arriola; Ann K. Avery; Curt G. Beckwith; Cristina A. Booker; Ann Ferguson; Hayley Figueroa; Thomas Lincoln; Lawrence J. Ouellet; Jeffrey Porterfield; Anne C. Spaulding; Melinda J. Tinsley	
Título	Strategies to enhance linkages between care for HIV/AIDS in jail and community settings	
Ano	2011	
Objetivo(s)	Descrever estratégias desenvolvidas por 10 Organizações financiadas nos Estados Unidos pelo Departamento de Saúde e Recursos Humanos e Administração de Serviços de Saúde (HRSA) em 2007 que atenderam presos com HIV/aids em transição para a comunidade.	
Materiais e Métodos	Relato de experiência sobre 10 Organizações que prestam cuidados à indivíduos que vivem com HIV em contexto de encarceramento e que estão em transição para a comunidade nos Estados Unidos.	
Resultados	Os Programas descritos foram desenvolvidos em Unidades Correcionais e destinam-se ao atendimento de homens e mulheres privados de liberdade que vivem com HIV /aids nas seguintes regiões dos Estados Unidos: Atlanta; Chester; Chicago; Cleveland; Columbia; New Haven; Nova York; Filadélfia; Providence; e Springfield por diversas organizações (Universidades, Centro Comunitário de Saúde, Serviços de Cuidado em AIDS). De forma geral são ofertados: Testagem e aconselhamento para HIV/aids; Cuidados médicos durante o período de encarceramento; Planejamento de Alta; Gestão de casos com referência para cuidados médicos e serviços sociais na comunidade com inscrição em programas de habitação, tratamento para dependência química, serviços de cuidados primários e de saúde mental, auxílio alimentação e transporte.	
Conclusões	Na experiência desses locais, uma das considerações mais importantes foi a vontade política dos gestores e líderes dos Programas de Saúde Pública e da Justiça Criminal para lidar com o diagnóstico do HIV e ligação com serviços na comunidade como uma prioridade de saúde pública. A capacidade dos sistemas de serviços fora e dentro das prisões é fundamental para a criação de um efetivo vínculo com os programas. Uma política de testagem universal para o HIV/aids ainda não é comum em Unidades Correcionais norte-americanas. Os locais dos estudos mostram como o Sistema Prisional e o de Saúde podem empreender esforços para aumentar o diagnóstico para o HIV/aids. Houve construção de vínculo para os cuidados em HIV na comunidade nos 10 locais. Os Programas oferecem dados sobre testes, referência e resultados, mas também fornecem informações de como desenvolver estratégias diversas para expandir o diagnóstico e a transferência dos cuidados ao HIV/aids na comunidade. Outros estudos são necessários para testar a eficácia dessas intervenções.	

**Fonte:** Elaborado pela autora

**Quadro 23 – Síntese do estudo 6 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 6</b>		<b>Nível de Evidência: VI</b>
Autor(es)	Amy Nunn; Alexandra Cornwall; Jeannia Fu; Lauri Bazerman; Helen Loewenthal; Curt Beckwith	
Título	Linking HIV-positive Jail Inmates to Treatment, Care, and Social Services After Release: Results from a Qualitative Assessment of the COMPASS Program.	
Ano	2010	
Objetivo(s)	Avaliar o impacto do Programa COMPASS no acesso aos cuidados de saúde e serviços sociais após o livramento prisional.	
Material e Métodos	<p>O COMPASS é um Programa comunitário do Hospital Miriam, em Providence, que apoia presos que vivem com HIV e que estão deixando prisões de Rhode Island nos Estados Unidos. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir da utilização da técnica de entrevistas aplicadas aos presos de Unidades Correcionais de Rhode Island com HIV/aids, em transição para a comunidade, que participaram do Programa COMPASS. A equipe de Assistência Comunitária do Programa é notificada quando algum(a) preso(a) é notificado com HIV ou quando alguém com HIV é preso. Realiza-se uma entrevista no interior da prisão para identificar as necessidades médicas e sociais. Após o livramento prisional a equipe COMPASS fornece gerenciamento de casos ajudando na articulação com serviços de saúde que incluem: tratamento de abuso de substâncias químicas, saúde mental, programas de seguro saúde incluindo o encaminhamento para o Programa de Assistência a Drogas e AIDS (ADAP) dentre outros. O COMPASS acompanha o egresso durante 06 meses após o livramento. Os participantes do Programa elegíveis para o estudo foram selecionados a partir do Departamento Correcional de Rhode Island (RIDOC). Os critérios de inclusão foram: diagnóstico positivo para o HIV; ter acima de 18 anos de idade; e falar inglês.</p>	
Resultados	<p>O estudo foi realizado de outubro de 2008 a setembro de 2009. Participaram do estudo 20 indivíduos com idade média de 41 anos, a maior parte (15) do sexo masculino, afro-americanos (8) e solteiros (18). Todos os participantes estavam desempregados ou subempregados. O tempo médio de diagnóstico para o HIV foi 12 anos; 12 participantes foram diagnosticados no âmbito prisional; 11 realizavam tratamento para HIV/aids no momento da inscrição, no entanto, o COMPASS ajudou vários participantes a reiniciar os cuidados. A maioria dos participantes (16) relatou uso TARV no momento da entrevista com altas taxas de adesão. Outros iniciaram TARV como resultado da participação no projeto COMPASS ou estavam ligados à ADAP local. Muitos participantes manifestaram a necessidade de maior acesso aos serviços de saúde mental. A maioria dos participantes afirmou histórias de depressão, ideação e tentativa de suicídio e outros tipos de sofrimento emocional, mas não relataram diagnóstico formal; 14 participantes acessaram um ou mais novos serviços sociais como resultado do COMPASS, tais como moradia, vale-refeição, programas de emprego e outros serviços de organizações locais para aids. A necessidade não atendida com maior frequência foi auxílio moradia, 14 participantes estavam em moradias instáveis ou temporárias. Muitos participantes descreveram como o COMPASS ajudou no acesso a programas públicos de habitação. Quase todos os participantes referiram que a equipe do COMPASS oferece apoio emocional. Todos os participantes tinham história de uso de drogas ilícitas. Vários participantes já estavam envolvidos com tratamento para dependência tanto na prisão como na comunidade; 06 participantes indicaram que o apoio do pessoal do COMPASS teve um papel importante na prevenção de reincidência no uso de drogas e álcool.</p>	
Conclusões	<p>O Programa COMPASS tem um impacto positivo no vínculo de presos com HIV/aids de Rhode Island aos cuidados para o HIV e outros serviços sociais e de saúde na comunidade. Serviços de aproximação e acompanhamento dos novos casos são fundamentais para vincular presos com HIV a cuidados e serviços sociais após o livramento. Ressalta-se a necessidade de melhoria do acesso aos serviços de saúde mental e de habitação pública para os presos com HIV após livramento prisional. Os resultados deste estudo apoiam novas iniciativas para desenvolver e implementar programas para detentos com HIV/aids.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Quadro 24 – Síntese do estudo 7 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 7</b>		<b>Nível de Evidência: II</b>
Autor(es)	David A. Wohl; Anna Scheyett; Carol E. Golin; Becky White; Jeanine Matuszewski; Michael Bowling; Paula Smith; Faye Duffin; David Rosen; Andrew Kaplan; JoAnne Earp	
Título	Intensive Case Management Before And After Prison Release is No More Effective Than Comprehensive Pre-Release Discharge Planning in Linking HIV-Infected Prisoners to Care: A Randomized Trial.	
Ano	2010	
Objetivo(s)	Comparar a eficácia de Gestão de Caso de Ponte (GCP) para presos de ambos os sexos que vivem com HIV/aids, em relação ao Planejamento de Alta Pré-livramento Padrão (SOC) oferecida a esta população para o acesso e retenção de cuidados de saúde na comunidade e diminuição da reincidência prisional.	
Materiais e Métodos	<p>Estudo clínico randomizado controlado realizado (Projeto BRIGHT) com presos com HIV/aids do Departamento Correcional da Carolina do Norte (NCDOC). Foram randomizados para: Gestão de Casos de Ponte (GCP) ou Plano de Alta Padrão Pré-livramento (PAPPL). A GCP utilizou o modelo comportamental Serviço de Saúde para Populações Vulneráveis que identifica fatores mutáveis de intervenção, integrado com as principais características do modelo Forças de Gerenciamento de Casos que se concentra em talentos, recursos e metas do cliente. Os gerentes de caso eram orientados a reunirem-se com os participantes, no mínimo, a cada 02 semanas antes do livramento, duas vezes na primeira semana após o livramento, semanalmente nas duas semanas seguintes, e em seguida, com intervalos de duas semanas até completar 06 meses. O grupo PAPPL recebeu Planejamento de Alta Padrão realizado por enfermeira da NCDOC para detentos com HIV, 3-6 meses antes do livramento com 03 encontros. Os participantes foram entrevistados no início do estudo, 02 semanas antes do livramento e nas semanas 2, 8, 24, 36 e 48 Pós-livramento. O acesso aos cuidados de saúde e serviços sociais foi avaliado por instrumento do Estudo sobre Utilização e Custos de Serviços HIV (HCSUS); o uso de substâncias foi avaliado por estudo do Centro de Avaliação para Melhoria e Prevenção Positiva (EPPEC); a depressão pela Escala CES-D do Centro de Estudos Epidemiológicos em Depressão; e Qualidade de Vida pelo Inquérito de Saúde SF-12. Utilizou-se a base de dados do NCDOC e de prisões locais para verificar reincarceramento. Critérios de inclusão: sorologia positiva para o HIV; ter acima de 18 anos de idade; falar inglês, fornecer consentimento informado; ter entre 04 semanas e 03 meses para o livramento prisional; retornar para um dos 12 municípios de estudo da Carolina do Norte; estar em uma prisão a 2 horas de carro do Condado de livramento. A Curva de Sobrevida de Kaplan-Meier avaliou se o tempo até a primeira visita médica foi diferente entre os grupos do estudo; e a regressão linear para determinar diferenças entre os grupos no número total de atendimentos médicos.</p>	
Resultados	<p>A amostra final do estudo foi composta por 89 indivíduos (43 GCP e 46 PAPPL), dos quais 24 do sexo feminino e 65 homens. Quase 3/4 tinham história de encarceramento anterior e mais de 50% estavam deprimidos. No livramento, quase 70% recebia TARV. O diagnóstico do HIV foi feito durante o encarceramento atual em 25,8% dos casos. Completaram a visita na semana 48: 31 (72,1%) no e 28 (60,9%) no GCP. Na semana 4: 65,1% dos GCP e 54,4% dos PAPPL realizaram pelo menos uma consulta médica de rotina. Na semana 12: 88,4% do GCP e 78,3% PAPPL realizaram pelo menos uma consulta médica de rotina. Na semana 24: 90,7% do GCP e 89,1% do PAPPL. Na semana 48: Todos os participantes que tiveram uma consulta na semana 24 tiveram uma consulta médica entre a semana 24 e 48. O tempo médio para iniciar os cuidados após o livramento foi 04 semanas em ambos os grupos. O número médio de consultas relatadas durante as 48 semanas após o livramento foi de 5,23 para GCP e 4,07 para PAPPL. Não houve diferenças significativas entre o acesso à atenção entre os grupos. Não houve associação entre cuidados para HIV/aids após livramento com sexo, diagnóstico e uso TARV. A depressão foi associada, com o número total de atendimentos médicos, participantes deprimidos, em média tinham 1,16 mais consultas médicas. Não houve diferenças significativas entre os grupos do estudo na taxa de hospitalização. A diferença na utilização dos serviços sociais entre os grupos não foi estatisticamente significativa para qualquer serviço social. No geral, não houve diferenças significativas nas taxas de reincarceramento entre os grupos do estudo.</p>	
Conclusões	<p>A Intervenção foi GCP foi eficaz quanto a PAPPL no acesso a cuidados médicos. Não houve diferenças estatisticamente significativas de reincarceramento ou utilização de serviços sociais entre os grupos. Há necessidade de estratégias para engajar egresso com HIV aos cuidados imediatamente após o livramento.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora

**Quadro 25 – Síntese do estudo 8 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

Artigo nº. 8		Nível de Evidência: VI
Autor(es)	Nicolas D. Zaller; Leah Holmes; Angela C. Dyl; Jennifer A. Mitty; Curt G. Beckwith; Timothy P. Flanigan; Josiah D. Rich	
Título	Linkage to Treatment and Supportive Services Among HIV-Positive Ex-Offenders in Project Bridge.	
Ano	2008	
Objetivo(s)	Descrever a utilização de serviços de saúde por egressos que vivem com HIV/aids procedentes da Penitenciária Estadual de Rhode Island.	
Materiais e Métodos	<p>Estudo descritivo realizado com participantes do Projeto Bridge, Programa que oferece gestão de casos à presos com HIV/aids da Penitenciária Estadual de Rhode Island que retornam à comunidade e são acompanhados por um período de 18 meses. Coletaram-se dados do perfil sociodemográfico e aplicou-se um instrumento para avaliar a utilização, necessidades percebidas dos serviços, barreiras (estrutural, estigma, crenças) para o cuidado e o vínculo com o prestador do cuidado, cuidados de saúde mental, uso de substâncias e comportamento sexual. Aplicou-se o inquérito de saúde SF-12V2 que avalia as duas dimensões saúde física e mental. Entrevistas de acompanhamento foram realizadas 6, 12 e 18 meses após o livramento. Foram analisadas as referências e as necessidades percebidas. Critérios de inclusão: Todos os reclusos condenados com HIV/aids com previsão de livramento da Prisão Estadual de Rhode Island foram elegíveis para participar do Projeto Bridge. São encaminhados para o programa pelo serviço de saúde da prisão. Os participantes são matriculados 30 – 90 dias antes da data de livramento.</p>	
Resultados	<p>O estudo foi realizado de maio de 2003 a dezembro de 2005. A amostra final foi de 59 indivíduos: 17 do sexo feminino, 40 masculino, 01 transgênero e 01 não identificado; a idade média foi 42,3 anos; 26 afro-americanos. No início do estudo 86% dos participantes referiram habitação instável. Renda anual inferior a US\$: 10.000; 49% negaram Seguro Saúde. Para os serviços (habitação, saúde mental e tratamento de dependência química), proporção significativa dos encaminhamentos realizados resultou na classificação: cliente inelegível (20,7%) ou serviço indisponível ou não mais necessário (13,5%), na maioria dos casos, devido ao período de espera para recebê-los. Para os recursos habitacionais, 08 clientes encerraram o período de participação no Projeto e 04 foram presos novamente antes das casas serem disponibilizadas. Entre os participantes que precisavam de serviços de habitação 43,8%, 44,9% e 48,4% dos encaminhamentos resultaram em serviços recebidos no início do estudo, seis meses e 12 meses, respectivamente. No entanto, estes foram principalmente financiados pelo HOPWA (Housing Opportunities for People With AIDS). História de uso de substâncias e/ou álcool foi relatada por 97% dos participantes. No início do estudo, 50% dos indivíduos relatou precisar de tratamento para dependência, resultando em 102 encaminhamentos. Destes, os clientes receberam 50% do serviço, 15 clientes (14,7%) não completaram o processo de encaminhamento, 12 clientes (11,8%) já não estavam interessados ou tinham feito outros arranjos quando o serviço tornou-se disponível. Pior estado de saúde e transtornos de saúde mental foram prevalentes na população do estudo. No início da pesquisa 16 participantes (27%) relataram história de internação psiquiátrica e 34% afirmaram uso de medicação psicotrópica; 72% tiveram escala de saúde mental inferior a população geral americana. Houve 38 referências para serviços de saúde mental e 27 participantes (71%) o receberam. Dos encaminhamentos para tratamento, 07 participantes (18%) não concluíram. O serviço não foi recebido por motivos de elegibilidade para 02 participantes (5%); e o serviço não foi mais necessário ou o cliente já havia feito outros arranjos para 02 participantes (5%). Nos seis meses de acompanhamento 95% receberam cuidados médicos desde o início do estudo; Nos 12 meses de acompanhamento 96% tinham recebido cuidados de saúde desde a sua última entrevista (07 – 12 meses).</p>	
Conclusões	<p>O Projeto Bridge desenvolveu um modelo abrangente para o envolvimento de presos com HIV em transição para comunidade a serviços de apoio, dentre eles, habitação, saúde mental e tratamento para dependência química. O projeto é eficaz na retenção dos cuidados médicos para ex-reclusos com HIV, com habitação instável, com transtornos de saúde mental e abuso de substâncias. Foram observados padrões de clientes que não receberam serviços de que necessitavam, embora esse padrão não seja exclusivo para ex-reclusos que vivem com HIV, ele exacerba os problemas associados com a descontinuidade do cuidado, destacando barreiras estruturais para a continuidade do mesmo após o livramento prisional. A habitação instável pode afetar adversamente o acompanhamento de saúde.</p>	

Fonte: Elaborado pela autora

**Quadro 26 – Síntese do estudo 9 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 9</b>		<b>Nível de Evidência: IV</b>
Autor(es)	Kimberly R. Jacob Arriola; Ronald L. Braithwaite; Nancy E. Holmes; Renata M. Fortenberry	
Título	Post- release Case Management Services and Health-Seeking Behavior Among HIV-Infected Ex-Offenders.	
Ano	2007	
Objetivo(s)	Identificar se o contato precoce de egressos com HIV/aids, com o Gestor de Caso, está associado com o comportamento subsequente de buscar atendimento à saúde.	
Materiais e Métodos	<p>Estudo de coorte que avaliou o Projeto CDP (Projeto de Demonstrações Correcionais), parceria entre Secretarias Estaduais de Saúde, Sistema Prisional e Serviços Sociais e de Saúde que atende presos com HIV/aids em transição para a comunidade. Entende-se como contato precoce abordagem imediatamente após livramento prisional no portão da Unidade Correcional. Participaram do CDP: Chicago e as Secretarias Estaduais de Saúde da Califórnia, Florida; Geórgia; Illinóis; Massachusetts; Nova Jersey; e Nova York. Os dados apresentados no estudo referem-se aos resultados de avaliação dos locais, exceto Califórnia e Nova York. Os participantes receberam gestão de casos que começou no interior da instalação prisional e continuou após o livramento. Os serviços ofertados incluíram: educação em HIV/aids, aconselhamento individual e Planejamento de Alta. O programa procurou atender o cliente logo após a libertação para transportá-lo até sua residência. Critérios de inclusão: Presos de ambos os sexos com HIV e que aceitaram participar da avaliação do Projeto CDP. Realizaram-se entrevistas na prisão para avaliar as necessidades, o comportamento de busca por saúde antes do encarceramento e o comportamento de risco; Após 30 dias do livramento os participantes foram classificados em 02 grupos: o recebido no portão da prisão por um gestor de caso na data de soltura e o grupo que não foi recebido por um gestor de caso. Após 06 meses de livramento realizou-se uma entrevista de acompanhamento com questões da entrevista inicial. Utilizou-se: distribuição de frequência; o teste Qui-quadrado; o teste McNemar; calcularam-se dados brutos e ajustou-se o odds ratio para testar a relação entre ser atendido no portão na hora do livramento prisional por um gestor de caso e cada uma das 04 variáveis dependentes.</p>	
Resultados	<p>Os dados foram coletados entre maio de 2001 e abril de 2004. A amostra final do estudo foi composta por 226 indivíduos (104 atendidos no portão e 122 não atendidos). Os participantes tendiam serem negros; não hispânicos; e do sexo masculino. A faixa etária variou entre: 21 a 62 anos (média de 40,7 anos). A maioria dos participantes era solteiro e sem desenvolvimento de aids. Ser atendido no portão não foi associado às variáveis sociodemográficas. Da entrevista inicial à entrevista de acompanhamento houve um aumento significativo no número de participantes que referiram utilizar programas de tratamento para o abuso de substâncias. Houve uma significativa diminuição no número de participantes que relatou uso de qualquer droga na rua e relação sexual em troca de dinheiro, droga ou abrigo. Baseado no odds ratio ser atendido no portão foi significativamente associado a: visita a uma Unidade de Emergência; Participar de um programa para tratamento de abuso de substâncias; Não se envolver em troca de sexo. No entanto, houve associação significativa entre ser recebido no portão e uso de drogas na rua. Os resultados sugerem que diversas áreas relacionadas ao comportamento saudável não foram associadas ao contato precoce com um gestor de caso. Os egressos receberam atendimento de emergência pós-livramento, independentemente do grupo, embora 97% destes tivessem uma Unidade de Saúde de Referência para o cuidado regular ao HIV. Os clientes usaram drogas na rua pós-livramento, independentemente do grupo. Talvez, o contato precoce com gestor de caso seja uma intervenção muito fraca para associar-se com o uso de substâncias ilícitas.</p>	
Conclusões	<p>Ex-reclusos com HIV enfrentam uma série de barreiras no acesso à saúde e o gerenciamento de casos oferece uma oportunidade de atender as necessidades imediatas de saúde. Os resultados que serviços voltados para a assistência a presos com HIV, podem beneficiar os sujeitos e a saúde pública, desde que os gerentes de caso da comunidade estabeleçam contato inicial com os presos, para que estes permaneçam ativamente engajados nos serviços.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora

**Quadro 27 - Síntese do estudo 10 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

Artigo nº. 10		Nível de Evidência: IV
Autor(es)	Emily A. Wang; Mary C. White; Ross Jamison; Joe Goldenson; Milton Estes; Jacqueline P. Tulskey	
Título	Discharge Planning and Continuity of Health Care: Findings From the San Francisco County Jail	
Ano	2007	
Objetivo(s)	Analisar a propensão à identificação de uma fonte regular de cuidados em presos com HIV/aids que receberam Plano de Alta.	
Material e Métodos	<p>Estudo transversal denominado ACCESS, realizado na cadeia de São Francisco. Os participantes foram selecionados através do banco de dados da prisão. Foram classificados como (1) HIV positivo, (2) com outra doença crônica e sem infecção pelo HIV conhecida, (3) sem nenhuma doença crônica. Posto que, ter HIV fornece o direito ao recebimento de Planejamento de Alta, os presos com HIV foram analisados em conjunto. Pessoal treinado realizou entrevistas no âmbito prisional. Os participantes foram caracterizados segundo variáveis sociodemográficas, história de pobreza, abuso de substâncias e encarceramento; estado de saúde e história de doença crônica. Os participantes foram classificados como tendo uma fonte regular de cuidados se eles responderam: "Eu vou a um lugar e vejo um fornecedor de cuidados". Realizou-se análise bivariada e multivariada para investigar características associadas a ter uma fonte regular de cuidado. A amostra foi ponderada de acordo com a prevalência do HIV em 2001 na cadeia de São Francisco. Foram comparados: idade, gênero, as proporções específicas de seguros saúde de presos com uma fonte regular de cuidado, para cada uma das três categorias de doenças com as proporções relatadas no <i>Inquérito California Health</i>, uma pesquisa, por telefone, com a população civil californiana realizada em 2005.</p>	
Resultados	<p>A amostra final do estudo foi composta por 347 indivíduos (181 indivíduos com HIV; 102 com outra doença crônica; e 64 sem nenhuma doença crônica), de ambos os sexos (feminino: 44 e masculino: 303). Os presos com HIV tinham 06 vezes mais chance de identificar uma fonte regular de cuidado em comparação com presos sem a infecção pelo HIV e com outra doença crônica; e 10 vezes mais chance de ter uma fonte regular de cuidado em comparação com os presos sem condição crônica de saúde. Em comparação com os dados do <i>Inquérito California Health</i> presos sem a infecção pelo HIV, mas com outras doenças crônicas eram menos propensos a ter uma fonte regular de cuidado. Não foram observadas diferenças significativas no acesso ao cuidado para os presos com HIV em comparação com a população geral com exceção dos segurados. Detentos não segurados e que viviam com HIV tinham 1,3 vezes mais probabilidade de ter uma fonte regular de cuidado em relação à população geral sem seguro. Apesar de ter uma fonte regular de cuidado, 42% dos presos relataram interrupção no cuidado ao fazer a transição da prisão para a comunidade.</p>	
Conclusões	<p>Torna-se importante identificar se outros modelos de cuidado, além de cumprirmos o Planejamento de Alta, seriam mais bem sucedidas para a garantia da continuidade dos cuidados. Modelos de cuidados de saúde em que a saúde na prisão é integrada ao sistema público de saúde pode levar a melhores resultados para os presos.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora

**Quadro 28 – Síntese do estudo 11 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 11</b>		<b>Nível de Evidência: VII</b>
Autor(es)	Franklin N. Laufer; Kimberly R. Jacob Arriola; Carol S. Dawson-Rose; Kumarasooriyar Kumaravelu; Karina Rapposelli.	
Título	From Jail to Community: Innovative Strategies to Enhance Continuity of HIV/aids Care	
Ano	2002	
Objetivo(s)	Descrever estratégias inovadoras para o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids desenvolvidas em prisões dos Estados Unidos.	
Material e Métodos	Relato de Experiência sobre estratégias inovadoras para o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids desenvolvidas em prisões dos Estados Unidos. São descritos modelos de Gestão realizados em 04 estados: Massachusetts, Califórnia, Nova Jersey e Nova York.	

Artigo nº. 11	Nível de Evidência: VII
Resultados	<p><b>Massachusetts:</b> Programa de Intervenção de Transição (TIP) fornece Gestão de Caso para presos com HIV em transição para a comunidade. Atende 13 cadeias municipais, 23 prisões estaduais e 61 Serviços de Instalações Juvenis no estado. Objetivo: melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbidade e mortalidade. Participam cinco Organizações Comunitárias com assistente social e especialista em Gestão de Casos em cada região. Planejamento de Alta é desenvolvido para vínculo aos cuidados de saúde mental, tratamento para drogas, habitação, direito, serviços de imigração, serviços de família, formação em emprego. O egresso é acompanhado por 06 meses. População-alvo: Pessoas liberadas da prisão, mulheres, adolescentes, afro-americanos, latinos e outras minorias étnicas desproporcionalmente afetadas pela epidemia do HIV/aids. <b>Califórnia:</b> O Projeto atende 05 cadeias municipais de São Francisco e 02 alas da Prisão no Hospital Geral. Objetivos: Aumentar o acesso a Serviços Sociais e de Saúde; aumentar adesão ao tratamento medicamentoso; redução dos comportamentos de risco para transmissão do HIV; Redução da reincidência criminal. Três Organizações Comunitárias participam do projeto. Membros do Projeto fornecem 01 hora/semana de gerenciamento de caso, aconselhamento individual, meditação, yoga e acupuntura. Os clientes são recebidos no portão da prisão e acompanhados até sua habitação após o livramento. Há opção de viver 03 meses em um hotel onde serviços são prestados por 04 gerentes de caso, dois advogados e o gerente do Programa. Há sessões de gestão financeira, educação em saúde, grupos de apoio, aconselhamento e gestão de estresse, cursos para cozinhar, emprego, ioga, meditação e artes criativas. Os serviços são fornecidos durante 05 meses. População-alvo: Presos com e sem HIV, mas com alto risco. <b>Nova Jersey:</b> Departamento de Saúde subsidiou 07 Agências com experiência na prevenção ao HIV, serviços de gestão de casos e Planejamento de Alta para detentos com e sem o HIV, mas com alto risco. Uma dessas Agências, designada a Associação de Enfermeiras de Nova Jersey possui um coordenador de cuidados ao HIV e dois especialistas de extensão. São ofertados serviços de prevenção ao HIV, aconselhamento e testagem; desenvolvimento de Planos de Alta, acompanhamento na comunidade para prevenção ao HIV e adesão ao tratamento. Acordos foram desenvolvidos com estabelecimentos prisionais, centros comunitários de saúde, programas de intervenção, programas de tratamento para drogas, clínicas de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hepatites e Tuberculose e saúde mental e organizações de infectologistas para garantir uma rede de atendimento. População-alvo: Presos com e sem o HIV, mas em alto risco. <b>Nova York:</b> A faculdade de Saúde Hunter fornece Serviços em 02 prisões: Instalação de Rikers Island e a Unidade Correccional Onondaga. O Departamento Estadual de Saúde de Nova York (NYSDOH) utiliza um modelo com as seguintes finalidades: melhorar a transição de reclusos com HIV para a comunidade através do Planejamento de Alta e Gestão de Caso, bem como aumentar a capacidade de Organizações de Base Comunitária (CBO) para atender detentos e ex-detentos com e sem HIV, mas com alto risco. O Departamento de Correções seleciona os presos para participação no Programa. Após a seleção inicial o assistente social realiza uma avaliação e exames de elegibilidade e referencia o preso a uma das CBO que entram em contato com os presos enquanto ainda estão encarcerados para avaliar suas necessidades e vinculá-los a um serviço na comunidade. Os serviços ofertados incluem: Habitação de emergência, tratamento para álcool e drogas, serviço de educação por pares, grupos de apoio em HIV e violência doméstica, distribuição de alimentos, roupas, serviços de cuidados médicos primários, auxílio para os presos que não falam inglês. O Centro de Comunidade Alternativa, através do modelo da Universidade de Hunter, desenvolve programa semelhante na Unidade Correccional de Onondaga, com expansão para detentas com alto risco para o HIV, promovendo um programa de empoderamento, oferecendo serviços de aconselhamento, redução de danos para drogas, Programa de Apoio para transição à comunidade, práticas sexuais mais seguras, e abordagem à violência doméstica. Na comunidade são ofertados os mesmo serviços descritos no Programa desenvolvido no Rikers Island. População-alvo: Minorias étnicas e linguísticas e mulheres.</p>
Conclusões	<p>As estratégias descritas assim como outras desenvolvidas em outras jurisdições destacam como as Instalações Correccionais, Organizações Comunitárias e Provedores de Saúde Pública podem colaborar para melhorar a saúde dos presos e da comunidade para qual eles retornam. Essas estratégias podem aumentar a capacidade de detentos receberem cuidados adequados para o HIV na prisão e na transição para a comunidade. Os efeitos desproporcionais do HIV entre homens e mulheres afro-americanos exige atenção continuada na Implementação de Estratégias de Prevenção ao HIV nas prisões. O financiamento adequado para a formação, expansão dos serviços e estabelecimento de parcerias com Organizações Comunitárias capacitadas nos cuidados médicos e necessidades sociais da população carcerária tanto durante e após o encarceramento, permite o desenvolvimento, implantação e avaliação dos modelos de intervenção mais efetivos.</p>

Fonte: Elaborado pela autora



**Quadro 29 – Síntese do estudo 12 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 12</b>		<b>Nível de Evidência: VI</b>
Autor(es)	Josiah D. Rich, Leah Holmes; Christopher Salas; Grace Macalino; Deborah Davis; James Ryczek; Timothy Flanigan.	
Título	Successful Linkage of Medical Care and Community Services for HIV-Positive Offenders Being Released From Prison	
Ano	2001	
Objetivo(s)	Descrever os resultados do Projeto Bridge de Gestão de Caso a condenados com HIV em transição para a comunidade da Penitenciária Estadual de Rhode Island.	
Material e Métodos	Descrever os resultados obtidos no período de 1997 a 2000, relacionados ao Projeto Bridge, desenvolvido pelo Hospital Miriam, afiliado a Universidade de Brown em Providence, o qual fornece gestão de caso para presos(as) com HIV que saem da Prisão Estadual de Rhode Island. O objetivo do Programa é aumentar a adesão aos cuidados médicos através da estabilização social. Os egressos são acompanhados por 18 meses após o livramento por uma equipe de trabalho social. A base do projeto é a colaboração entre médicos e profissionais do serviço social na mesma clínica. O programa baseia-se em cuidados dentro da prisão realizado pelo Hospital Miriam, apoiando a continuidade da assistência médica aos ex-reclusos na comunidade. Todos os indivíduos condenados com HIV são elegíveis para participar do Projeto Bridge.	
Resultados	Amostra foi composta por 97 indivíduos (28 mulheres e 69 homens). Na data do livramento, 69% eram sem-teto ou moravam com amigos ou parentes; 67% nunca foram casados; 12% tinham relacionamento estável; 37% relataram história de emprego remunerado, 5% tinham o espanhol como língua principal; A heroína e cocaína foram as drogas mais comuns. Muitos relataram UDI e relação sexual desprotegida; 45% relataram transtornos de saúde mental, 86% possuía história de trauma físico e/ou psicológico. Número médio de encarceramento foi 04; houve 50 reencarceramento no período do projeto. Dos 67 participantes que permaneceram inscritos, 64 (95%) mantiveram sua primeira consulta, 58 (86%) completaram o programa, sendo 40 homens e 18 mulheres. O acompanhamento manteve-se para 98% dos participantes no período de 12 meses. No prazo de 06 meses após o encerramento do programa, por revisão de prontuário, 82% continuaram com cuidados de saúde. A taxa geral dos encaminhamentos realizados foi de 73%. Embora 100% dos inscritos possuíssem história de abuso de substâncias químicas, para 43 (44%) houve solicitação de encaminhamento para tratamento, dos quais, 29 (67%) foram efetivados para os respectivos serviços; 02 participantes mantiveram-se em abstinência durante o período do estudo (18 meses). O custo médio de serviços para aqueles com diagnóstico de saúde mental foi de aproximadamente U\$ 8.000 por participante versus U\$ 5.000 por participantes sem transtorno mental.	
Conclusões	O vício é o maior obstáculo para a continuidade do tratamento e estabilização social. O programa tem que reforçar a importância de planos de tratamento de abusos de substâncias químicas. Para muitas pessoas, as primeiras 24h representam significativos desafios para manutenção do seu Planejamento de Alta. Para proporcionar uma transição para serviços na comunidade é importante realizar o primeiro contato com os egressos na primeira semana de livramento prisional. Os distúrbios mentais precisam ser diagnosticados e tratados em conjunto com tratamento do HIV/aids.	

**Fonte:** Elaborado pela autora

**Quadro 30 – Síntese do estudo 13 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 13</b>		<b>Nível de Evidência: III</b>
Autor(es)	Olga Grinstead; Barry Zach; Bonnie Faigeles	
Título	Reducing Postrelease Risk Behavior Among HIV Seropositive Prison Inmates: The Health Promotion Program.	
Ano	2001	
Objetivo(s)	Avaliar a eficácia de uma intervenção, no pré-livramento prisional para detentos com HIV, para a diminuição do comportamento de risco para transmissão do HIV e aumento da utilização de serviços na comunidade.	
Materiais e Métodos	<p>Estudo clínico não randomizado, realizado em uma Penitenciária Estadual masculina na Califórnia. Avaliou a eficácia de uma intervenção baseada em discussões sobre o HIV e a referência para serviços na comunidade visando diminuição de comportamentos de risco para transmissão do HIV e aumento da utilização de serviços após o livramento. Critérios de inclusão: Presos com HIV/aids e com previsão para livramento prisional no período de 06 meses. Aqueles que se inscreveram na intervenção e que não puderam participar foram alocados no Grupo Controle. Foram realizadas entrevistas pré e pós-intervenção. Para o grupo intervenção a entrevista pós-intervenção foi realizada na semana seguinte à última sessão. Para o grupo controle a entrevista de pós-intervenção realizou-se, pelo menos, 01 semana após a entrevista pré-intervenção. Após o livramento prisional realizou-se entrevista por telefone. Utilizou-se o programa SPSS para análise descritiva dos dados; calculou-se a potência (beta) para comparar os grupos com relação ao comportamento de risco pós-livramento, os valores variaram de 0,06 a 0,41, o que indica poder insuficiente para detectar qualquer coisa, mas um efeito muito grande. Foram calculados tamanhos de efeito para as diferenças encontradas utilizando h de Cohen. Tamanhos de efeitos &lt;0,2 são considerados pequenos; tamanhos de efeito de 0,5 são médios e tamanhos de efeito &gt; 0,8 são grandes. O estudo foi realizado entre fevereiro de 1996 e novembro de 1998.</p>	
Resultados	<p>Amostra: 123 indivíduos sendo 94 pertencentes ao grupo de intervenção e 29 ao grupo controle; a idade média foi de 38 anos; 55 Afro-americanos; número médio de encarceramento 10; 70% ganharam até 15 mil dólares no ano anterior ao encarceramento; 30% tinham cônjuge ou parceria fixa; conheciam o status sorológico em média há 05 anos; 57% tiveram o diagnóstico na prisão. Não houve diferenças significativas no perfil sociodemográfico, comportamento de risco ou utilização de recursos no pré-encarceramento. A utilização dos recursos na comunidade foram avaliados. Eram mais propensos a utilizar os recursos na comunidade após o diagnóstico para o HIV; 62% estavam recebendo cuidados médicos; 91% relataram uso de droga ou álcool no ano anterior ao encarceramento sendo 38% heroína injetável, dos quais 93% sempre tinham habito de compartilhamento de agulha. A entrevista pós-intervenção foi concluída por 110 participantes, sendo 89 do grupo intervenção e 21 do controle. Não houve diferenças entre os grupos. 81 (66%). Completaram a avaliação pós-livramento apenas 81 sujeitos, sendo 61 da intervenção e 20 do grupo controle. Não houve diferenças significativas entre os grupos no período de acompanhamento. A assistência financeira foi o recurso mais utilizado para os grupos enquanto a assistência jurídica a menos utilizada. O grupo Intervenção era mais provável ter emprego remunerado (20% e 10%); ter visto um prestador de saúde (68% e 53%); e ter recebido cuidados preventivos (69% e 50%). O grupo controle era mais propenso a ter seguro saúde (31% e 45%). A participação em programas de tratamento de álcool e drogas foi baixa. O grupo intervenção foi mais propenso a ter utilizado preservativo na primeira relação sexual após o livramento prisional (81% e 69% h= 0,30). No geral, 63% utilizaram drogas ou álcool (59% na intervenção e 75% no controle h=0,34); o grupo intervenção era menos propenso a utilizar drogas injetáveis (48% e 68% h= 0,43) ou compartilharem agulhas no uso de drogas (6% e 40% h= 0,88).</p>	
Conclusões	<p>Há necessidade de gestão de casos para facilitar a utilização de recursos na comunidade. A intervenção de redução de riscos no pré-livramento para os detentos com HIV foi viável. Os resultados do estudo apoiam a eficácia da intervenção na redução de comportamentos de risco e no aumento da utilização e acesso aos recursos da comunidade após o livramento.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora.

**Quadro 31 – Síntese do estudo 14 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

Artigo nº. 14		Nível de Evidência: VI
Autor(es)	Julie L. Farley; Jennifer Adelson Mitty; Michelle A. Lally; Joseph N. Burzynski; Karen Tashima; Josiah D. Rich; Susan Cu-Uvin; Anne Spaulding; Lenore Normandie; Mary Snead; Timothy P. Flanigan.	
Título	Comprehensive Medical Care among HIV- Positive Incarcerated Women: The Rhode Island Experience	
Ano	2000	
Objetivo(s)	Descrever o perfil clínico de mulheres com HIV, presas durante o período de 1989 – 1994, atendidas pelo Programa de Cuidados em HIV, realizado mediante parceria entre a Universidade de Brown, o Centro de Imunologia do Hospital Miriam e o Departamento de Saúde Correcional de Rhode Island. O objetivo do programa é proporcionar vínculo com a comunidade. O coordenador acompanha todas as participantes no período de 03 e 06 meses após a liberdade prisional.	
Materiais e Métodos	Estudo retrospectivo que descreveu o perfil clínico de mulheres atendidas pelo Programa de Cuidados em HIV. A coleta de dados foi realizada no banco de dados da prisão e consulta ao prontuário de saúde. Foram incluídas mulheres que realizaram pelo menos duas visitas ao médico prestador de cuidado em HIV durante o período de encarceramento no Programa de Cuidado em HIV. Os dados foram coletados em agosto de 1994.	
Resultados	Foram testadas e diagnosticadas no âmbito prisional 172 das 625 mulheres com HIV/aids, do estado de Rhode Island, equivalendo a 28% das mesmas. Das 172 mulheres, 49% tinham entre 30-39 anos; 43% eram afro-americanas e 43% brancas; Atenderam aos critérios de inclusão do estudo 110 mulheres. A Lei de Rhode Island exige que todos os detentos realizem a sorologia para o HIV. Um Programa educacional sobre a AIDS é oferecido aos presos e funcionários regularmente. Quando são transferidas para instalações correcionais permanentes as presas recebem educação por pares com ênfase na redução de danos. Um programa de tratamento para abuso de substâncias é disponibilizado. O aconselhamento sobre abuso sexual é fornecido através de grupos de apoio e aconselhamento individual com psicólogo. Todas as presas com HIV são encaminhadas à Equipe de Gestão HIV, composta por: 03 infectologistas; pares; 02 enfermeiras. Os coordenadores do programa encaminham as mulheres para acompanhamento médico, assistência financeira, programas de reabilitação de drogas, saúde mental e habitação. Após livramento, as mulheres têm a opção de continuar seus cuidados médicos com o mesmo profissional que as acompanhou na prisão. Entre 03 e 06 meses antes do livramento realiza-se o Plano de Alta. Das 41 mulheres que realizaram a consulta no período de pós-livramento 34 (83%) o fizeram conforme convocação. Dos 39 encaminhamentos para assistência financeira, 34 (79%) obtiveram sucesso a partir da ajuda de programas gerais de assistência pública e renda previdenciária. Das 31 mulheres que solicitaram tratamento para abuso de drogas, 21 (68%) realizaram eles iniciais com os programas de tratamento, incluindo programas de manutenção com metadona e programas residenciais. Das 14 mulheres que solicitaram referências habitacionais, 8 (57%) obtiveram possíveis habitações. A participação no Programa de Livramento da prisão mostrou um aumento estatisticamente significativo na redução da reincidência prisional. Esta redução foi observada em um grupo controle de mulheres com HIV que nunca participaram do programa e um grupo controle com liberação da prisão independentemente do estado sorológico. As mulheres com HIV e que participaram do Programa entre 1992 e 1993 tiveram uma taxa de reincidência de 17% em 12 meses; Mulheres com sorologia positiva para o HIV em 1991 e que nunca participaram do programa tiveram índice de reincidência de 39% em 12 meses.	
Conclusões	Os programas de cuidados e educação em saúde estão associados a diminuição dos níveis de reincidência prisional. A educação em saúde e aconselhamento combinado com tratamento médico de qualidade, mantido após o livramento, permitiu à população prisional receber um atendimento integral e diminuir a transmissão do HIV. Simultaneamente, o tratamento e aconselhamento relacionado ao uso de drogas, abuso sexual e outras doenças podem começar na prisão e continuar na comunidade após o livramento. A excelente taxa obtida quanto ao seguimento médico, ou seja, de 83% das mulheres com HIV após o livramento, deve-se à múltiplos fatores, dentre os quais se destacam: a continuidade do cuidado médico, melhora da autoestima e da esperança por continuar a assistência com o mesmo médico na comunidade, e dar seguimento ao tratamento para o HIV, para abuso de substâncias químicas e o encaminhamento para cuidado em saúde mental. A prisão pode oferecer a primeira oportunidade para esta população ter acesso a cuidado médico especializado, aconselhamento e ligação com os recursos na comunidade.	

Fonte: Elaborado pela autora

**Quadro 32 – Síntese do estudo 15 incluído na revisão integrativa, segundo autores, título, ano de publicação, objetivo, material e método, resultado, conclusão e nível de evidência, Ribeirão Preto, 2014.**

<b>Artigo nº. 15</b>		<b>Nível de Evidência: VII</b>
Autor(es)	Kathy Boudin; Ingrid Carrero; Judith Clark; Veronica Flournoy; Karen Loftin; Sherri Martindale; Migdalia Martinez; Elizabeth Mastroieni; Sharon Richardson	
Título	ACE: A Peer Education and Counseling Program Meets the Needs of Incarcerated Women With HIV/AIDS Issues	
Ano	1999	
Objetivo(s)	Descrever as atividades do Programa de Educação e Aconselhamento em aids (ACE) por Pares dentro de uma instituição correccional de segurança máxima para mulheres.	
Materiais e Métodos	Trata-se de um Relato de Experiência. Em 1998 um grupo de presas se reuniu com a direção da unidade correccional de Beldfort Hills em Nova York e criou um programa denominado ACE – Aconselhamento e Educação em aids. O programa tem 04 objetivos: Educação sobre prevenção ao HIV; Estabelecer cuidado humanizado; Prestar apoio às mulheres com HIV; Atuar como elo junto a grupos comunitários para ajudar as mulheres com HIV em transição para a comunidade.	
Resultados	O Programa ACE contribui para atender as necessidades de saúde de mulheres com HIV, oferecendo educação continuada e grupos de apoio por pares para questões como adesão ao tratamento. Os educadores do ACE ofertam aconselhamento individual, realizam oficinas abordando questões de saúde; são distribuídas agendas para as presas anotarem seus sintomas, para o controle dos efeitos colaterais e para inserirem perguntas destinadas aos médicos e enfermeiros enfocando assim o incentivo ao autocuidado. O programa oferece um sistema onde membros do ACE, capacitados no programa de educação e aconselhamento de pares, acompanham as mulheres nas consultas médicas para ajuda-las na comunicação com o profissional. Considerando que 30% da população carcerária latino-americana, o ACE oferece material de apoio e oficinas na língua espanhola. Os enfermeiros contribuem no treinamento dos membros do ACE e oferecem, juntamente com os educadores, uma forte rede de apoio às mulheres com HIV e para aquelas mulheres em situação de risco. O programa oferece oficinas e, duas vezes ao ano, realiza apresentação teatral para a população prisional em geral abordando o tema estigma. O ACE ainda participa dos grupos de gestantes, realizados durante o Pré-Natal, para abordagem ao HIV/aids.	
Conclusões	O contexto prisional tem alguns pontos fortes para o enfrentamento dos desafios impostos pela aids. Os esforços combinados entre os educadores reclusos e a equipe de enfermagem cria uma rede em toda a comunidade prisional, atingindo as presas 24 horas por dia. Tal relação de cooperação fornece uma base sólida para lidar com a epidemia do HIV dentro de um estabelecimento prisional, incluindo os cuidados preventivos e de tratamento, ajudando as mulheres na melhoria de suas vidas e inculcando a esperança.	

**Fonte:** Elaborado pela autora

*6 DISCUSSÃO*

---

Na presente RI, houve predomínio de estudos realizados nos Estados Unidos, com homens, afrodescendentes e com história de diversos encarceramentos ao longo da vida.

Considerando que os Estados Unidos possuem a maior população prisional do mundo (2,24 milhões de pessoas) e sendo esta, em sua maioria, composta por grupos sociais de baixa renda e pela população negra, concomitantemente, mais vulneráveis à infecção do HIV/aids (ICPS, 2013; KASSIRA et al., 2001; ABIONA et al., 2009; RICH et al., 2013), justifica-se o predomínio de estudos realizados no país envolvendo a temática de cuidado às PVHA no âmbito prisional.

A população dos estudos foi composta, na maior parte, por indivíduos privados de liberdade, porém em transição para a comunidade. O fato de que, anualmente, haja um fluxo de 30 milhões de pessoas que entram e saem das prisões em todo mundo e que grande parte das pessoas encarceradas irão retornar à comunidade em um período inferior a 12 meses (UNODC, 2008) pode elucidar a preferência por tal grupo populacional.

Destaca-se, também, que a continuidade do cuidado às PVHA em transição do sistema prisional para a comunidade integra o conjunto de diretrizes estabelecidas pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) em parceria com a OMS e o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/aids (UNAIDS) de 2012.

Além disso, o cuidado às PVHA é satisfatório no âmbito prisional, porém deteriora-se após o livramento, uma vez que presos com condições crônicas de saúde enfrentam diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde após o livramento prisional e apresentam risco aumentado de morte nas duas primeiras semanas pós-livramento prisional (WOHL et al., 2011; SABER-TEHRANI et al., 2012; FOX, et al., 2014). Esse fato torna coerente o privilégio dos estudos a essa população.

Entre os estudos selecionados na presente RI, a assistência à saúde prestada às PVHA no âmbito prisional caracterizou-se por enfatizar estratégias de coordenação e transição do cuidado para a comunidade. As ações desenvolvidas tinham como foco a gestão do cuidado e o planejamento de alta, com base em um cuidado ampliado ao HIV/aids pautado na referência, no acesso e no vínculo, não apenas restritos aos serviços de saúde mas também com demais serviços e benefícios sociais.

De modo geral, as ações de saúde desenvolvidas para o cuidado às PVHA em situação de clausura, mas que se encontravam no período de pré-livramento, foram direcionadas para: melhorar a adesão ao tratamento; desenvolver estratégias para diminuir comportamentos sexuais de risco para transmissão do HIV/aids e referenciar e aumentar o vínculo e o acesso aos serviços sociais, com destaque para programas de habitação, e aos serviços de saúde.

As intervenções de saúde predominantes para atender às necessidades dessa população basearam-se na oferta de cuidados médicos para o HIV/aids, tratamento para dependência química e acesso aos serviços de saúde mental. A maioria dos estudos (66,7%) descreveu ou avaliou a eficácia de distintos modelos de planejamento de alta e/ou gestão de caso, envolvendo o período designado pré e pós-livramento prisional.

A gestão ou o gerenciamento de caso consolidou-se nos Estados Unidos e difundiu-se para outros países, a partir de 1990, como uma nova tecnologia de coordenação do cuidado (GONZALES, et al., 2003; NAI-YING KO et al., 2013). Tal tecnologia configura-se como o processo de coordenação da assistência à saúde realizada por um profissional, denominado gestor de caso, sendo, comumente, um enfermeiro ou um assistente social, ou por uma equipe multiprofissional (GONZALES et al., 2003; MENDES, 2011; NAI-YING KO et al., 2013; RAPP et al., 2014).

Na perspectiva de ofertar uma assistência pautada em resultados com maior potencial custo-efetivo, privilegiam-se populações vulneráveis, com destaque para indivíduos idosos, dependentes químicos, com transtornos mentais, PVHA e egressos do sistema prisional que necessitam de cuidados de saúde de longo prazo e enfrentam desafios no acesso aos serviços sociais e de saúde (NAI-YING KO, et al., 2013).

A gestão de caso fundamenta-se na melhoria da qualidade da assistência concomitante à redução dos gastos gerados com seu provimento, através do acompanhamento do indivíduo e seus familiares, por meio da avaliação de suas necessidades, elaboração de um plano de cuidado, referência e ligação do sujeito com a rede de serviços que integram o sistema de saúde, incluindo monitoramento e avaliação acerca do cumprimento do plano de ação proposto, minimizando, desse modo, a fragmentação do cuidado e a sobreposição de serviços ofertados

(GONZALES et al., 2003; MENDES, 2011; NAI-YING KO et al., 2013; RAPP et al., 2014).

Para Mendes (2011), o gestor de caso tem o papel fundamental de defender os interesses de pessoas com doenças crônicas muito complexas, o que representa 1% a 5% da população geral, e dos indivíduos que apresentam condições de saúde de riscos sanitários, entre elas o HIV/aids. Além da coordenação do cuidado, o gestor de caso tem a função de empoderar os sujeitos para o autocuidado (MENDES, 2011).

Com o surgimento do HIV/aids, a gestão de caso tornou-se uma estratégia de cuidado voltada para atender às complexas necessidades das PVHA e seus familiares e é centrada na coordenação do cuidado ampliado pautado na referência e no vínculo com serviços de saúde e sociais (NAI-YING KO et al., 2013).

A seguir, serão apresentados os estudos que abordaram a gestão de caso como estratégia de intervenção para a produção, implementação e continuidade do cuidado prestado às PVHA no âmbito prisional.

O estudo de Koester et al. (2014) descreveu os resultados de um programa que integrou a coordenação do cuidado por um gestor de caso, além da inclusão de atores-chave mediante a seleção de pares (egressos do sistema prisional com HIV e história de uso de drogas) para acompanhamento dos recém-egressos com HIV/aids no que se refere aos atendimentos médicos, nos serviços sociais e judiciais, entre outros. A inclusão dos pares objetivou aumentar a adesão ao tratamento e o acesso tais serviços, pautando-se no vínculo e no apoio prestado por indivíduos que compartilhavam as mesmas experiências (encarceramento, drogadição e HIV/aids). Os autores destacam que a utilização de pares facilitou a transição de presos com HIV/aids para a comunidade, favorecendo o vínculo com os serviços de saúde e sociais.

O estudo de Reznick et al. (2013) avaliou a eficácia do modelo de gestão de caso, denominado “Ecosystema”, visando à redução do risco de transmissão do HIV, à melhoria da adesão ao tratamento e à redução da reincidência prisional. Tal modelo caracteriza-se por identificar e integrar sujeitos da rede de apoio social do indivíduo (familiares, amigos, parceiro(a) sexual, entre outros) durante as sessões de gestão de caso. O grupo que participou da intervenção “Ecosystema” foi composto por presos que viviam com HIV/aids e estavam em transição para a comunidade. O grupo controle participou de sessões de acompanhamento utilizando



o modelo tradicional de gestão de caso, caracterizado pelo acompanhamento individual dos egressos do sistema prisional com HIV/aids por um gestor de caso. Identificou-se que o percentual de participantes em uso da TARV aumentou ao longo do período de pós-livramento para valores próximos aos níveis encontrados no âmbito prisional. Contraditoriamente, identificou-se que o grupo “Ecosistema” foi significativamente menos propenso a tomar medicação TARV, com menor adesão ao tratamento e mais propenso à reincidência prisional. Esse resultado pode ter sido influenciado pelo fato de que 28% dos integrantes da intervenção “Ecosistema” não tinham nenhum membro do seu convívio social para participar das sessões, o que pode ter sido um viés de seleção, interferindo, assim, nos resultados encontrados (REZNICK et al., 2013).

Ainda, os autores supramencionados destacam que a intervenção designada “Ecosistema”, pautada no fortalecimento das relações sociais, aproxima-se da gestão de caso tradicional e que, devido aos resultados promissores dessa abordagem com outras populações, torna-se relevante o desenvolvimento de outras pesquisas para determinar o nível de suporte social viável às PVHA privadas de liberdade (REZNICK et al., 2013).

O estudo desenvolvido por Nunn et al. (2010) descreveu os resultados de um programa denominado “COMPASS”, os estudos de Zaller et al. (2008) e Rich et al. (2001) descreveram um programa designado “Bridge” e o estudo realizado por Grinstead, Zach e Faigeles (2001) abordou os resultados de uma intervenção baseada em ações de educação em saúde e a referência para serviços de saúde na comunidade. Trataram-se de programas de gestão de caso que atenderam presos com HIV/aids em transição para a comunidade e tinham como objetivo fundamental proporcionar reinserção social mediante o acesso precoce aos cuidados de saúde e serviços sociais às PVHA.

Tais estudos destacaram que programas de gestão de caso para presos que viviam com HIV/aids em transição para a comunidade promoveram o aumento do vínculo e da utilização dos serviços sociais e de saúde, retenção do cuidado e redução do comportamento de risco para transmissão do HIV/aids. Destaca-se que, nesses estudos, as necessidades predominantes configuraram-se no acesso ao tratamento para abuso de drogas, serviços de saúde mental e programas de habitação (NUNN et al., 2010; ZALLER et al., 2008; RICH e. al., 2001; GRINSTEAD; ZACH; FAIGELES, 2001).

Para compreender o significado do termo “retenção do cuidado”, buscou-se na literatura tal definição pautada nos autores Nai-Ying Ko et al. (2012) e Rebeiro et al. (2014), em estudos envolvendo o HIV/aids sem vinculação com o sistema prisional, os quais denominam como o processo de permanência em acompanhamento médico contínuo para o HIV/aids, caracterizado pela realização de pelo menos duas consultas médicas no período de 12 meses, com intervalo de seis meses entre elas.

Estudando um modelo de planejamento de alta e de gestão de caso denominado “Ponte” oferecido às PVHA do sistema prisional da Carolina do Norte/EUA que estavam em transição para a comunidade, Wohl et al. (2010) avaliaram sua eficácia em relação ao acesso e à retenção do cuidado ao HIV/aids e à diminuição da reincidência prisional, comparando-o ao planejamento de alta padrão ofertado aos presos com HIV/aids e realizado por enfermeiras do Departamento Correccional da Carolina do Norte/EUA.

De acordo com tais autores, a estratégia denominada “planejamento de alta padrão” ofertada no estudo às PVHA em transição para a comunidade caracterizou-se por encontros, em geral três, entre presos(as) com HIV/aids e uma enfermeira no período de três a seis meses antes do livramento prisional para elaboração de um plano de alta que envolveu a avaliação das necessidades sociais e de saúde, encaminhamentos para serviços sociais e cuidado médico na comunidade, bem como identificação das fontes para a cobertura dos gastos com medicamentos<sup>1</sup> e habitação. Ressalta-se que o planejamento de alta não previu quaisquer serviços de apoio ou acompanhamento para os presos após o livramento pelas enfermeiras responsáveis pelo planejamento de alta (WOHL et al., 2010).

Ainda, no mesmo estudo, o modelo “Ponte” caracterizou-se pela avaliação, em âmbito prisional, das necessidades sociais e de saúde e o desenvolvimento de um plano de ação para atendê-las, incluindo habitação, emprego, assistência à saúde e aconselhamento para abuso de substâncias. Após o livramento prisional, os egressos foram acompanhados por um gestor de caso por 48 semanas. O projeto “Ponte” pauta-se em uma intervenção comportamental voltada para populações vulneráveis e é baseado na identificação de aspectos/características passíveis de

---

<sup>1</sup> No modelo de atenção à saúde existente nos EUA, o acesso às ações, serviços, insumos terapêuticos e medicamentosos no controle do HIV/Aids ocorre mediante o pagamento de planos de saúde e, no caso de indivíduos com baixa renda ou idosos, de acordo com critérios específicos, estes podem ser incluídos em programas com financiamento governamental, designados *medicaid* (população de baixa renda) e *medicare* (idosos ou indivíduos aposentados por invalidez permanente) (CDC, 2014).

sofrerem alterações focando na abordagem dos talentos, recursos e metas dos sujeitos envolvidos (WOHL et al., 2010).

Quanto aos resultados do estudo em questão, não houve diferenças estatisticamente significativas no acesso e utilização de serviços sociais e de saúde e no número de reincarceramentos entre os grupos “Planejamento de Alta Padrão” e o “Modelo Ponte”, sendo assim, a intervenção de cuidado pautada na gestão de caso foi tão eficaz quanto a estratégia de planejamento de alta padrão (WOHL et al., 2010).

Outro estudo incluído nesta RI e que destacou o impacto da estratégia de cuidado pautada no fornecimento de planejamento de alta às PVHA privadas de liberdade e em transição para a foi o estudo desenvolvido por WANG et al., (2008). Porém, embora o estudo destaque que a intervenção de cuidado ofertada às PVHA no Sistema Prisional do Condado de São Francisco/EUA traga benefícios para a identificação de uma fonte regular de cuidado, não foi explicitado, no corpo do texto, se a referência à fonte regular de cuidado referia-se ao âmbito prisional ou na própria comunidade após livramento prisional, o que prejudicou a interpretação dos achados do estudo na presente RI.

Conforme destacado anteriormente, os egressos do sistema prisional que vivem com HIV/aids têm risco aumentado para desestabilização da doença e, conseqüentemente, de morte no período imediato após livramento (WOHL et al., 2011; SABER-TEHRANI et al., 2012; FOX et al., 2014), sendo assim, tornam-se imprescindíveis o acesso precoce e a continuidade do cuidado nos serviços de saúde na comunidade.

Nesta perspectiva, a estratégia de cuidado avaliada por Arriola et al. (2007) para o cuidado às PVHA privadas de liberdade e em transição para a comunidade foi o contato precoce (imediatamente após o livramento no portão da unidade correcional) com um gestor de caso e a procura subsequente por serviços de saúde na comunidade. Avaliaram-se os resultados do projeto denominado *Corrections Demonstration Project (CDP)* desenvolvido em Secretarias Estaduais de Saúde nos EUA (Illinóis, Flórida, Geórgia, Massachusetts e New Jersey) e na cidade de Chicago. O projeto ofereceu programas de gestão de caso para presos(as) do Sistema Correcional que viviam com HIV/aids. Após 30 dias de livramento prisional, os(as) egressos(as) foram classificados(as) em dois grupos, os(as) que foram recebidos(as) por um gestor de caso no portão da unidade correcional e os(as) que

não foram recebidos(as) por um gestor de caso imediatamente após o livramento prisional. Após seis meses de livramento, realizou-se uma entrevista de acompanhamento com os dois grupos.

O estudo em questão identificou que os(as) participantes, independentemente do grupo alocado, receberam atendimento de emergência pós-livramento – embora 97% tivessem um serviço de referência para o HIV/aids – e utilizaram drogas na rua. O contato precoce com um gestor de caso foi significativamente associado com a participação em um programa de tratamento para abuso de substâncias e o não envolvimento em sexo comercial. Porém, diversas áreas relacionadas ao comportamento saudável não foram associadas ao contato precoce com o gestor de caso. Esse fato demonstra a complexidade e a magnitude que envolve o problema da dependência química e o cuidado ao HIV/aids na população privada de liberdade em transição para a comunidade (ARRIOLA et al., 2007).

Os autores mencionados ainda ressaltaram que o gerenciamento de caso oferece uma oportunidade para atender às necessidades imediatas de saúde dos egressos do sistema prisional, desde que os gestores de caso estabeleçam contato precoce com os presos, para que estes permaneçam ativamente engajados nos serviços de saúde e sociais (ARRIOLA et al., 2007).

Destaca-se que, embora o estudo de Arriola et al. (2007) tenha sido incluído nesta RI e classificado com nível de evidência IV, ele apresentou inconsistência nos resultados apresentados com relação à caracterização dos participantes, o que impossibilitou a caracterização da amostra do estudo.

Os estudos realizados por Draine et al. (2011) e por Laufer et al. (2002) referem-se a relatos de experiências que descreveram estratégias de cuidados pautadas no planejamento de alta e gestão de caso para homens e mulheres encarcerados(as) e que estavam em transição para a comunidade.

Tais estudos descreveram as ações que foram disponibilizadas no âmbito prisional para o cuidado às PVHA, com destaque para o aconselhamento e testagem do HIV/aids e os cuidados médicos que foram mantidos após o livramento prisional na comunidade através do encaminhamento dos casos para serviços de saúde, além da oferta e inclusão em programas de tratamento para dependência química, acesso aos serviços de saúde mental e serviços sociais, como programas para habitação (DRAINE et al., 2011; LAUFER et al., 2002).

Em consonância com os demais estudos incluídos na presente RI e que abordaram a gestão de caso como estratégia de cuidado às PVHA privadas de liberdade em transição para a comunidade, tais programas e estratégias propostos e analisados por Draine et al. (2011) e Laufer et al. (2002) visavam à melhoria da adesão ao tratamento do HIV/aids, à redução dos comportamentos de risco para transmissão do agravo e à redução na reincidência prisional. Os egressos de tais programas/estratégias analisadas pelos autores em questão foram acompanhados por um período entre três meses e 18 meses após o livramento prisional.

Estudos realizados com PVHA fora do âmbito prisional corroboram com as pesquisas incluídas nesta RI e destacam o impacto positivo da intervenção de gestão de caso no cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids. Tal estratégia proporciona o aumento do acesso e da qualidade da assistência prestada por meio da retenção do cuidado e da adesão ao tratamento do HIV/aids (GARDNER et al., 2008; NAI-YING KO et al., 2012; WILLIS et al., 2013).

O estudo realizado por Wickersham et al. (2013) trouxe uma intervenção medicamentosa como estratégia de cuidado às PVHA privadas de liberdade e que eram dependentes químicos. Tal estratégia foi baseada na introdução da metadona para o tratamento de presos dependentes de opioides e que estavam em transição para a comunidade. O uso da metadona teve como objetivo favorecer comportamentos mais seguros para reduzir o risco de transmissão do HIV/aids e aumentar a adesão a TARV. Após 12 meses de livramento prisional, os indivíduos que estavam recebendo doses superiores a 80mg da metadona foram mais propensos a manter o tratamento para o HIV/aids. Destacaram-se a importância e o impacto que a dose de metadona administrada durante o período de pré-livramento prisional tem na retenção do cuidado ao HIV/aids, sendo assim, tal estratégia deve iniciar-se no âmbito prisional para garantir a manutenção do tratamento após o livramento, momento crítico para o risco de recaídas no uso de drogas e, conseqüentemente, para a redução na adesão ao tratamento para o HIV/aids e aumento do risco de transmissão do agravo (WICKERSHAM et al., 2013).

Destaca-se que a oferta de tratamento para dependência química, incluindo a Terapia de Substituição de Opiáceos, conforme realizado no estudo desenvolvido por Wickersham et al. (2013), integra o conjunto de diretrizes estabelecidas pelo UNODC em conjunto com a OMS e o UNAIDS (2012) para o cuidado às PVHA privadas de liberdade.

Tal método de cuidado ao HIV/aids – através do acesso ao tratamento medicamentoso para dependência química, por meio da utilização da metadona para usuários de opioides – configura-se como uma das estratégias para a prevenção e controle do HIV/aids nos usuários de drogas e, a depender de sua configuração, pode ser classificada como uma estratégia de redução de danos (RD).

Estudos destacam que políticas de saúde pública focadas em estratégias de RD para o enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas configuram-se em ações eficazes para a prevenção e controle do HIV/aids entre os usuários de drogas (FONSECA et al., 2007; ALVES, 2009; ANDRADE, 2011; DIAS et al., 2014).

Na perspectiva de diminuir os danos sociais e de saúde causados pelo uso prejudicial das drogas, surgiu na Europa, na década de 1990, um novo modelo de atenção de RD para o controle do HIV/aids entre os UDI, estratégia de cuidado caracterizada como uma abordagem de baixa exigência ao estabelecer metas para o tratamento e o fornecimento de suporte social aos dependentes químicos, sem, contudo, condicionar as ações de cuidado à abstinência imediata do consumo de drogas (FONSECA et al., 2007; ALVES, 2009; ANDRADE, 2011; DIAS et al., 2014).

Ações de RD possibilitam o acesso e a permeabilidade aos serviços de saúde a uma população vulnerável ao HIV/aids, mostrando-se, assim, eficazes no controle do agravo (FONSECA et al., 2007; ALVES, 2009; ANDRADE, 2011; DIAS et al., 2014). O Brasil, embora com uma política de drogas alinhada ao discurso proibicionista internacional, a partir do ano 2000, ampliou programas ancorados no enfoque da RD para a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos usuários de drogas (ALVES, 2009; DIAS et al., 2014).

A política brasileira de drogas baseada na RD almeja a integralidade do cuidado através da inclusão social e do acesso aos serviços de saúde pelos usuários de drogas, organizando a assistência por meio de uma rede de serviços que envolve a atenção primária, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e a atenção hospitalar (ALVES, 2009; DIAS et al., 2014).

Dentre as ações de RD que se configuram relevantes na prevenção e controle do HIV/aids destacam-se os programas de troca de seringas para UDI, a disponibilização de preservativos, vacinação contra a hepatite B, encaminhamento para serviços de tratamento para dependência química, entre outras (FONSECA et al., 2007; ALVES, 2009; ANDRADE, 2011; DIAS et al., 2014). Essas estratégias de cuidado são elencadas no conjunto de diretrizes estabelecidas pelo UNODC em

conjunto com a OMS e o UNAIDS (2012) para o cuidado às PVHA privadas de liberdade.

Considerando a alta prevalência de usuários de drogas no âmbito prisional, a circulação de drogas ilícitas no ambiente carcerário e a vulnerabilidade dessa população ao HIV/aids (UNODC, 2008; PRASETYO et al., 2012; NAVEDAH et al., 2009b; DOLAN; LARNEY, 2010; ZHANG et al., 2010; NISHIJIMA et al., 2013; ZARKIN et al., 2013), tornam-se necessárias intervenções pautadas na RD e a inclusão dessa população nas redes de cuidado disponíveis aos dependentes químicos, configurando, desse modo, importantes ações para a o cuidado às PVHA privadas de liberdade.

Outra vertente das tecnologias de cuidado ofertadas às PVHA no âmbito prisional identificada na presente RI, a qual se articula à gestão do cuidado, planejamento de alta e tratamento para dependência química, com enfoque na adesão terapêutica, refere-se ao delineamento e incorporação de estratégias de supervisão da tomada de medicamentos antirretrovirais.

Estudo realizado por Saber-Tehrani et al., (2012) avaliou a eficácia da supervisão da tomada da medicação antirretroviral em comparação com o uso da medicação autoadministrada em presos do sexo masculino que estavam em transição para a comunidade. O objetivo da intervenção foi verificar a eficácia da terapia supervisionada na estabilização e controle do HIV/aids, mediante a utilização dos seguintes indicadores clínico-laboratoriais e comportamentais: supressão viral com níveis inferiores a 400 cópias/ml em seis meses, alteração das células TCD4+ desde o início do estudo até seis meses, adesão a TARV, retenção do cuidado e comportamentos de risco para transmissão do HIV/aids.

No estudo em questão, a TARV foi supervisionada uma vez ao dia, sete dias por semana. Independente do grupo nos quais os participantes foram alocados, aos indivíduos dependentes de opiáceos foi oferecido o tratamento de substituição com buprenorfina, além de sessões semanais de aconselhamento para abuso de substâncias químicas por um período de 12 semanas. Para aqueles indivíduos do grupo intervenção e que receberam buprenorfina, tal medicamento também foi supervisionado diariamente (SABER-TEHRANO et al., 2012).

Os participantes, independentemente do grupo alocado, receberam planejamento de alta e participaram de um programa de gestão de caso no qual foram acompanhados por 30 dias pós-livramento prisional, além de receberem

aconselhamento sobre adesão ao tratamento no início e após seis meses do estudo. A intervenção de supervisão da tomada da TARV durou seis meses, sendo que todos os sujeitos foram acompanhados por mais seis meses para verificar a durabilidade dos efeitos da intervenção (SABER-TEHRANO et al., 2012).

Saber-Tehano et al (2012) destacam que não foram encontradas diferenças significativas com relação aos valores de TCD4+ e carga viral entre os grupos estudados. Os autores ainda apontam que a participação dos dois grupos em um programa de gestão de caso e o acesso ao tratamento para dependência química teriam sido suficientes para otimização dos resultados no tratamento, fato que poderia explicar os achados do estudo. Salienta-se que se tratava de um estudo clínico randomizado e controlado, portanto, minimizando os possíveis vieses de seleção. Os autores ressaltam que a supervisão da tomada da TARV constitui em uma ferramenta relevante para a melhoria dos resultados em populações vulneráveis (SABER-TEHRANO et al., 2012).

A estratégia de cuidado designada Terapia Antirretroviral Diretamente Administrada, tradução da expressão em inglês *Directly Administered Antiretroviral Therapy*, cuja sigla difundida e utilizada na mesma língua é *DAART*, pauta-se na supervisão da tomada do antirretroviral em PVHA e baseou-se nos resultados satisfatórios do modelo DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) utilizado no tratamento da tuberculose. Entretanto, diferenças inerentes a esses dois agravos – entre elas o esquema terapêutico, a incurabilidade do HIV/aids e as dinâmicas fisiopatológicas dessas infecções – determinam desafios singulares para a efetividade dessa estratégia no cuidado às PVHA (LUCAS; FLEXNER; MOORE, 2002; LUCAS et al., 2013).

Portanto, considerando que a adesão ao tratamento é um fator determinante para a progressão da doença nas PVHA e para o controle da transmissão do HIV/aids, estudos foram realizados nos EUA com o intuito de analisar o impacto de intervenções que privilegiaram a estratégia *DAART* em populações vulneráveis, como os usuários de drogas/dependentes químicos.

Nesse sentido, ensaios clínicos randomizados realizados nos EUA que avaliaram a eficácia da *DAART* em relação à Terapia Autoadministrada, tradução do termo em inglês *Self-administered Therapy (SAT)*, para a estabilização do agravo e adesão ao tratamento, apresentaram resultados controversos em relação ao impacto no controle do HIV/aids (LUCAS; FLEXNER; MOORE, 2002; ALTICE et al., 2004;



WOHL et al., 2006, ALTICE et al., 2007; MARU et al., 2009; SORENSEN et al., 2012; LUCAS et al., 2013).

No entanto, estudos destacam que a modalidade *DAART* de acompanhamento terapêutico deve ser focada nas populações com alto risco para a baixa adesão ao tratamento, entre eles os UDI e as pessoas privadas de liberdade (LUCAS; FLEXNER; MOORE, 2002; LUCAS et al., 2013).

De acordo com Wohl et al (2006), que avaliou a eficácia de dois programas para o controle e adesão ao tratamento para o HIV/aids em três clínicas na Califórnia/EUA, a saber: 1) Gestão de caso para adesão ao tratamento, pautado em encontros mensais com o gestor de caso para o apoio na superação de barreiras pertinentes à adesão e 2) programa *DAART* cuja estratégia pautava-se na observação diária da ingestão dos medicamentos antirretrovirais, cinco vezes na semana, durante seis meses. No estudo em questão, adotou-se como grupo controle de tais intervenções aqueles indivíduos que receberam o atendimento usual, ou seja, com a Terapia Autoadministrada (SAT). Não foram identificadas diferenças significativas nos relatos de adesão, na supressão viral, mudanças nos níveis de TCD4+ e presença de novas infecções oportunistas entre os grupos estudados.

Além dos marcadores celulares do HIV/aids utilizados por Wohl (2006), estudo realizado por Lucas et al. (2013) com indivíduos com HIV/aids que frequentavam cinco programas de tratamento de opiáceos em Baltimore/EUA também incorporou os seguintes indicadores: hospitalizações, mortalidade e mutação na resistência aos medicamentos. Em relação à estratégia de supervisão adotada, houve observação da tomada da medicação apenas uma vez na semana, durante 12 meses. Também foram identificadas diferenças significativas entre os grupos (*DAART* e *SAT*) em relação aos indicadores selecionados.

Em contrapartida, outros estudos realizados destacam os benefícios da estratégia *DAART* em relação à adesão ao tratamento, supressão viral e alteração dos linfócitos TCD4+ (LUCAS et al., 2006; LUCAS; FLEXNER; MOORE, 2002; ALTICE et al., 2004; ALTICE et al., 2007; SORENSEN et al., 2012).

De modo complementar, Maru et. al (2009), que realizaram um estudo para avaliar a manutenção dos benefícios da *DAART* após seis meses do término de tal intervenção em um grupo de usuários de drogas, comparando os resultados com o grupo controle, ou seja, usuários de drogas em Terapia Autoadministrada (SAT),

revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação aos indicadores adotados (supressão virológica e alteração na contagem linfócitos TCD4+ e nos padrões de resistência viral aos medicamentos). Sendo assim, os autores sugerem a necessidade de estratégias adicionais para melhorar a durabilidade dos benefícios atingidos com a *DAART* após sua cessação, com destaque para o suporte social a tais indivíduos, que são altamente vulneráveis à não adesão terapêutica para a garantia dos benefícios do tratamento medicamentoso. Os autores destacam a heterogeneidade dos indivíduos que compuseram os grupos em relação à utilização de drogas ilícitas e os diferentes regimes medicamentosos como limitações do estudo (MARU et al., 2009).

Considerando a oportunidade que o encarceramento oferece para o diagnóstico oportuno e para um efetivo tratamento do HIV/aids, com a consequente redução da carga viral e a melhoria dos linfócitos TCD4+ – e, portanto, reduzindo a mortalidade nas PVHA privadas de liberdade (WOHL et al., 2011) – e os benefícios da *DAART* na estabilização e no controle do agravo; a implementação de tal estratégia no âmbito prisional para as PVHA com alto risco para baixa adesão ao tratamento acarretaria possíveis impactos positivos para o controle e a prevenção da transmissão do HIV/aids no ambiente intra e extra muro carcerário.

Embora estudos destaquem que as mulheres presas nos EUA apresentem perfis de saúde piores em relação à população masculina encarcerada (RICH et al., 2013) e apesar da maior vulnerabilidade feminina ao HIV/aids, posto que estudos reiteram a prevalência superior do agravo em mulheres presas em relação à população geral e aos homens privados de liberdade (LONG et al., 2001; KASSIRA et al., 2001; BAILLARGEON et al., 2004; POUILLIN et al., 2007; SEMAILLE et al., 2013; RICH et al., 2013) , foram incluídos apenas dois estudos voltados exclusivamente ao cuidado dessa população na presente RI , (FARLEY et al, 2000; BOUDIN et al., 1999).

O estudo desenvolvido por Farley et al. (2000) descreveu um programa de cuidados ao HIV/aids realizado em uma instituição correcional de Rhode Island/EUA para mulheres encarceradas. O programa oferecia ações educativas sobre o HIV/aids às mulheres e funcionários da unidade correcional regularmente. Quando transferidas para instalações correcionais permanentes, as mulheres que viviam com HIV/aids participavam de um programa de educação por pares, com ênfase na redução de danos. Além disso, eram fornecidos tratamento para abuso de

substâncias químicas, aconselhamento sobre abuso sexual, por meio de grupos de apoio, e aconselhamento psicológico individual.

Ainda em relação ao mesmo estudo, as mulheres com diagnóstico positivo para o HIV/aids eram encaminhadas à equipe de gestão do HIV/aids, composta por: três infectologistas, pares e duas enfermeiras. Os coordenadores do programa referenciavam as mulheres com HIV/aids em transição para a comunidade para tratamento médico, programas de assistência financeira, serviços de saúde mental e programas de habitação. Após livramento, as mulheres podiam manter os cuidados médicos para o HIV/aids com o mesmo profissional de saúde que as acompanhou durante o período de encarceramento. Entre três e seis meses antes do livramento, as mulheres recebem o planejamento de alta (FARLEY et al., 2000).

Os autores destacam que a educação em saúde e aconselhamento combinados com tratamento médico de qualidade, mantido após o livramento, permitiram à população prisional receber um atendimento integral e a diminuição da transmissão do HIV/aids (FARLEY et al., 2000).

Estudo desenvolvido por Boudin et al. (1999), referente a um relato de experiência, enfocou a descrição das atividades desenvolvidas por um programa designado Educação e Aconselhamento em AIDS, tradução do termo em inglês "*AIDS Counseling and Education*", referenciado mediante a sigla ACE. Tal programa é realizado mediante a estratégia de inclusão de pares em uma unidade prisional feminina. As ações de cuidado valorizavam a educação em saúde, as ações de prevenção e testagem do HIV/aids, o apoio e o cuidado humanizado às mulheres que viviam com HIV/aids.

O projeto ACE priorizou a construção de vínculos com grupos e serviços na comunidade para auxiliar tais mulheres no processo de transição para a comunidade. Os autores destacaram a contribuição do profissional enfermeiro na capacitação das educadoras do programa e no fortalecimento de uma rede de apoio às mulheres que viviam com HIV/aids, bem como para aquelas mulheres vulneráveis à infecção (BOUDIN et al., 1999).

Destaca-se que a estratégia de cuidado pautado no fornecimento de informações e educação em saúde, principalmente realizados por pares, e as estratégias voltadas para a prevenção da violência sexual integram o conjunto de diretrizes estabelecidas pelo UNODC em conjunto com a OMS e o UNAIDS (2012) para o cuidado às PVHA privadas de liberdade.

De modo geral, na presente RI, em relação aos sete estudos que foram classificados com os maiores níveis de evidência científica (Níveis II, III e IV) para subsidiar a análise da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em situação de encarceramento, houve predomínio da abordagem do processo de transição do cuidado do âmbito prisional para a comunidade, mediante a utilização e a avaliação das seguintes estratégias:

- a) *Gestão de caso* - com enfoque no contato precoce com o gestor de caso e vinculação com serviços de saúde e sociais, envolvendo o acompanhamento e a avaliação das intervenções no período pós-prisional, incluindo a própria identificação e a integração da rede de suporte social dos sujeitos (GRINSTEAD; ZACH; FAIGELES, 2001; WOHL et al, 2010; REZNICK et al, 2013; ARRIOLA et al, 2007);
- b) *Planejamento de alta* - mediante intervenções e referenciamento dos casos para os serviços da comunidade, sem posterior acompanhamento dos mesmos (WANG et al, 2007; WOHL et al, 2010);
- c) *Administração de metadona* como tratamento de substituição entre dependentes químicos que viviam com HIV/aids visando à melhoria da adesão e à retenção do cuidado (WICKERSHAN et al, 2013);
- d) *Terapia Autoadministrada* (DAART) como tecnologia do cuidado, em especial envolvendo UDI (SABER-TEEHRON et al, 2012).

Salienta-se que alguns estudos, apesar de não apresentarem resultados estatisticamente significativos na avaliação das intervenções, ressaltam a relevância das mesmas para o cuidado à população privada de liberdade em transição para a comunidade.

Quanto aos oito estudos que foram classificados com os menores níveis de evidência científica incluídos nesta RI (Níveis VI e VII), envolviam a descrição de programas também relacionados à gestão de caso para a transição do cuidado para a comunidade, valorizando o vínculo com serviços de saúde e sociais, bem como a identificação e a incorporação de parceiros (estratégia por pares) para o fortalecimento de vínculos e adesão ao tratamento do HIV/aids. Tais programas abordavam substancialmente a necessidade de integração entre os serviços de saúde, benefícios sociais e o próprio engajamento da comunidade. Também nessa vertente encontram-se os estudos que valorizavam programas de educação e

assistência à saúde junto à população prisional feminina, tanto para aquelas mulheres que possuíam o diagnóstico de HIV/aids, como as demais em situação de privação de liberdade, em especial aquelas com maior vulnerabilidade ao HIV/aids (usuárias de drogas, vítimas de violência sexual, gestantes, entre outras). Dentre tais programas, destacam-se estratégias e ações desenvolvidas por pares (BOUDIN et al, 1999; FARLEY et al, 2000; RICH et al, 2001; LAUFER et al, 2002; ZALLER et al, 2008; NUNN et al, 2010; DRAINE et al, 2011; KOESTER et .al, 2014).

Quanto ao papel da enfermagem no bojo das ações e intervenções analisadas nos estudos, há que se ressaltar o engajamento no que se refere ao planejamento de alta, na gestão de caso e na sensibilização/qualificação dos atores-chave valorizados e articulados nas estratégias de cuidado realizadas por pares (WOHL et al, 2010; BOUDIN et al, 1999).

Um aspecto que merece destaque entre os estudos analisados refere-se ao delineamento do cuidado planejado e ofertado, o qual transcendia a dimensão clínica do manejo do HIV/aids para a continuidade terapêutica, uma vez que incorporava, no escopo de ações desenvolvidas, a identificação e integração de serviços e benefícios sociais, valorizando, desse modo, o processo de cuidar ampliado, pautado na reinserção social dos sujeitos no período envolvendo o pré e pós-livramento prisional.

## *7 CONSIDERAÇÕES FINAIS*

---

Este estudo teve como foco a identificação e análise das evidências científicas disponíveis sobre as estratégias e intervenções desenvolvidas durante a assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) no âmbito prisional, através da realização de uma revisão integrativa (RI) da literatura, considerando as bases de dados PUBMED, LILACS, CINAHL e Web of Science, tendo como questão norteadora *“Quais são as estratégias de cuidado desenvolvidas no âmbito prisional às PVHA?”*.

A amostra final da RI foi composta por 15 estudos, dos quais quatro (26,7%) foram selecionados na base de dados CINAHL, cinco (33,4%) na Web of Science e seis (40%) do PUBMED. Os estudos foram publicados no período de 1999 a 2014. Houve predomínio de pesquisas realizadas nos Estados Unidos, com a população masculina, indivíduos afrodescendentes e com história progressiva de mais de um encarceramento ao longo da vida. Tal população se encontrava em situação de privação de liberdade, contudo, em processo de transição do cuidado para a comunidade, pois estavam em um período designado “pré-livramento”.

Deste modo, a assistência à saúde prestada às PVHA no âmbito prisional enfatizou estratégias de coordenação e transição do cuidado para a comunidade, cujas ações desenvolvidas voltavam-se à gestão do cuidado e ao planejamento de alta, sustentadas em uma dinâmica ampliada de abordagem ao HIV/aids pautada na referência e acesso aos serviços de saúde e sociais. A maioria dos estudos (66,7%) descreveu ou avaliou a eficácia de distintos modelos de gestão de caso e/ou planejamento de alta tanto nos momentos de pré como pós-livramento prisional.

Ainda, foram identificadas intervenções de saúde específicas para responder às necessidades e demandas desta população, as quais se basearam na oferta de cuidados médicos para o HIV/aids, no tratamento para dependência química e no acesso aos serviços de saúde mental.

Programas de gestão de caso, além da integração, coordenação e avaliação do cuidado, incluindo o período pós-prisional, também valorizaram a inclusão de atores-chave mediante estratégias conduzidas por pares, os quais se constituíam em egressos do sistema prisional com HIV e história de uso de drogas, visando o acompanhamento e sensibilização dos recém-egressos com HIV/aids no que se refere aos cuidados com a saúde e demais demandas e necessidades sociais e judiciais.

Além de estratégias desenvolvidas por pares, outros programas de gestão de caso que almejavam a redução do risco de transmissão do HIV, a melhoria da adesão ao tratamento e a redução da reincidência prisional também envidavam esforços para a integração de indivíduos pertencentes à rede de apoio social do sentenciado (familiares, amigos, parceria sexual, dentre outros) durante as sessões de gestão de caso.

Adicionalmente, tais programas de gestão de caso também sustentavam suas intervenções baseadas na educação em saúde e referência para serviços de saúde na comunidade vislumbrando o potencial e os benefícios do acesso precoce aos cuidados de saúde e serviços sociais às PVHA no processo de reinserção social dos mesmos.

Quanto ao planejamento de alta, tais estratégias envolviam a avaliação das necessidades sociais e de saúde e, conseqüentemente, resultavam em encaminhamentos para serviços sociais e cuidado médico na comunidade, bem como na identificação e provisão de fontes e recursos para a cobertura dos gastos com terapia medicamentosa e habitação. Uma característica que diferencia as estratégias de gestão de caso e planejamento de alta é que esta última não há previsão de oferta de serviços de apoio ou de acompanhamento dos presos após o livramento. Usualmente, tal planejamento é realizado por enfermeiras vinculadas ao sistema prisional.

Outras intervenções valorizadas no processo de transição do cuidado para a comunidade pautavam-se em estratégias de introdução de terapia medicamentosa substitutiva, a partir da utilização de metadona para os presos que viviam com HIV/aids e eram dependentes de opióides. A incorporação de tal medicamento, considerando a dosagem e o período de utilização, objetivava favorecer comportamentos mais seguros para a redução do risco de transmissão do HIV/aids e aumento da adesão à TARV.

No que se refere à articulação de estratégias e tecnologias de cuidado ofertadas às PVHA no âmbito prisional com enfoque na adesão terapêutica e estabilização da doença, ressaltam-se a gestão do cuidado, o planejamento de alta, o tratamento para dependência química, bem como a própria supervisão da tomada de medicamentos antirretrovirais, designada estratégia DAART, ou seja, Terapia antirretroviral diretamente administrada para o controle do HIV/aids.



Reconhecendo-se o impacto da drogadição na manutenção dos benefícios atingidos pela TARV na prevenção e controle do HIV/aids, independente da supervisão ou não da tomada dos medicamentos, terapêuticas substitutivas específicas são necessárias, como o uso da buprenorfina, além de sessões de aconselhamento para abuso de substâncias químicas, bem como mediante o suporte social a tais indivíduos que são altamente vulneráveis à não adesão ao tratamento, repercutindo, inclusive, em desfechos desfavoráveis como a agudização da doença, instabilidade clínica, resultando em internações e óbitos.

Quanto à valorização da vulnerabilidade da população prisional feminina, identificaram-se programas e ações assistenciais/educativos sobre HIV/aids com as seguintes características: priorização, sensibilização e incorporação de pares; fornecimento de tratamento para abuso de substâncias químicas; aconselhamento sobre abuso sexual; realização de grupos de apoio e aconselhamento psicológico individual; encaminhamento de mulheres com diagnóstico positivo para acompanhamento com equipes de gestão do HIV/aids, cujos cuidados eram realizados na comunidade e poderiam ser mantidos após o encarceramento, favorecendo o vínculo entre usuárias-equipe-profissionais de saúde; a construção de vínculos com grupos e serviços na comunidade para auxiliar tais mulheres no processo de transição para a comunidade.

Destaca-se a contribuição do profissional enfermeiro no que se refere às estratégias de gestão do caso, planejamento de alta, além da própria sensibilização e capacitação de atores-chave, sejam profissionais de saúde, membros da comunidade ou os(as) próprios(as) sentenciados(as) com potencial de engajamento nas atividades envolvendo o cuidado por pares.

Dentre os estudos incorporados na presente RI, há que se destacar a transcendência e intersectorialidade no delineamento da assistência prestada às PVHA no contexto prisional, com ênfase no período pré e pós-livramento, superando a dimensão clínica do manejo do HIV/aids, uma vez que, dentre as ações e programas desenvolvidos, predomina-se a identificação e integração de serviços e benefícios sociais, valorizando, assim, a produção e a transferência de um cuidado com concepções ampliadas no processo de reinserção social dos sujeitos.

As vertentes abordadas nos estudos da presente RI mantiveram coerência com as 14 intervenções fundamentais propostas por agências internacionais (OMS, Escritório das Nações Unidas contra a Droga e Crime/UNODC e Programa Conjunto

das Nações Unidas para o HIV/aids/UNAIDS) para o controle do HIV/aids no âmbito prisional, a saber: Informação, Educação e Comunicação; Testagem e Aconselhamento para o HIV; Tratamento, Cuidado e Apoio; Prevenção e diagnóstico da tuberculose; Prevenção da Transmissão vertical do HIV; Programas de Distribuição de Preservativos; Prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST); Prevenção da violência sexual; Tratamento da dependência de drogas; Programa de troca de agulhas e seringas para UDI; Programa de vacinação, diagnóstico e tratamento das Hepatites Virais B e C; Profilaxia pós-exposição ao HIV/aids; Prevenção da transmissão do HIV por meio de tatuagem; Proteção dos profissionais do Sistema Prisional dos riscos ocupacionais.

Contudo, tais estudos enfatizaram as ações e programas desenvolvidos e ofertados durante a assistência prestada em um período específico que permeou a soltura dos indivíduos, ou seja, o processo de transição do cuidado dos presídios para a comunidade. Não foram identificadas intervenções e estratégias que caracterizassem o cotidiano da assistência e das práticas de saúde prestadas aos indivíduos durante o cumprimento da sentença, em especial, os procedimentos e protocolos adotados no momento de entrada de tais sujeitos no sistema prisional, além outras situações específicas envolvendo a organização e produção do cuidado em momentos de agudização da doença e necessidade de articulação com outros serviços, profissionais e especialidades de saúde. Os estudos sinalizam que o encarceramento possibilita oportunidades de diagnosticar e tratar o HIV/aids, cujo cuidado permite importantes benefícios no controle da doença (redução da viremia e aumento dos linfócitos TCD4+), entretanto, não foi possível identificar tal dinâmica de organização da assistência nos estudos selecionados na presente revisão integrativa.

Ainda no que se refere às lacunas identificadas, ressalta-se a ausência de estudos nacionais nesta RI, não permitindo, deste modo, reflexões sobre a realidade do país acerca das estratégias e intervenções desenvolvidas durante a assistência prestada às PVHA no âmbito prisional. Em relação às limitações identificadas nos estudos que compuseram a RI, de modo geral, destaca-se a inconsistência em resultados apresentados, bem como a ambiguidade na descrição de informações necessárias à interpretação dos dados analisados.

Para investigações futuras, sugere-se o delineamento de estudos que abordem a dinâmica de organização e produção do cuidado no sistema prisional,

considerando diferentes momentos, desde a inclusão, ou seja, entrada dos indivíduos, a permanência, as mudanças de regime de clausura até a própria soltura.

Por fim, há que se valorizar o potencial de contribuição da presente RI enquanto uma ferramenta que subsidia a prática baseada em evidencia, com o propósito de vislumbrar, inicialmente, a identificação de práticas e saberes de saúde com potencial de implantação e transformação na organização da assistência prestada no âmbito prisional local, bem como subsidiar reflexões sobre as interfaces e desafios sociais, sanitários, políticos, econômicos e judiciais do país.

*REFERÊNCIAS*

---

A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Relatório Global sobre a Aids, 2012.

ABIONA, T. C. et al. Pre-incarceration HIV risk behaviours of male and female inmates. *International Journal of Prisoner Health*, v. 5, n. 2, p. 59-70, 2009

ABIONA, T.C. et al. Gender differences in HIV risk behaviors of inmates. *Journal of Women's Health*, v. 18, n. 1, p. 65-71, 2009b.

ADJEI, A. A. et al. Correlates of HIV, HBV, HCV and syphilis infections among prison inmates and officers in Ghana: A national multicenter study. *BMC infectious diseases*, v. 8, n. 1, p. 33, 2008.

ALTICE, F.L. et al. Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving detection of HIV infection. *Journal of Urban Health*, v. 82, n. 2, p. 312-326, 2005.

ALTICE, F.L. et al. Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. *Clinical Infectious Diseases*, v. 38, n. Supplement 5, p. S376-S387, 2004.

ALTICE, F. L. et al. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: a prospective, randomized, controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, v. 45, n. 6, p. 770-778, 2007.

ALVARADO-ESQUIVEL, C. et al. Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico. *Epidemiology and Infection*, v. 133, n. 04, p. 679-685, 2005.

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.

ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil; Reflections on drug policies in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

AKOBENG, A.K. EVIDENCE BASED CHILD HEALTH 1. Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child* 2005; 90:837–840. doi: 10.1136/adc.2005.071761

AZBEL, L. et al. Burden of Infections Diseases Substance Use Disorders that cause and Mental Illness among Ukrainian prisoners transition to the community. *PLoS One*. 2013; 8(3): e59643. Published online Mar 19, 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0059643.

BABUDIARI, S. et al. Correlates of HIV, HBV, and HCV infections in a prison inmate population: results from a multicentre study in Italy. *Journal of medical virology*, v. 76, n. 3, p. 311-317, 2005.

BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas [AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence]. *Cad Saúde Pública*, v. 16, n. suppl 1, p. 65-76, 2000.

BASTOS, F.I. "Get back to where you once belonged": monitoring the AIDS pandemic in the 21st century. *Ciencia & saude coletiva*, v. 13, n. 6, p. 1719-1727, 2008.

BELLO, S.F.; PIZZANI, L.; HAYASHI, M. C. P.I. Descritores e suas interrelações: Fonoaudiologia e Educação Especial. *Distúrbios da Comunicação*. ISSN 2176-2724, v. 22, n. 2, 2010.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: parte II-buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras*, v. 50, n. 1, p. 104-8, 2004.

BEYEA, S.C.; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. *AORN journal*, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BOWMAN, K. G. A Research Synthesis Overview. *Nursing Science Quarterly*, vol. 20 n. 2, April 2007.

BRANDAU, R.; MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, v. 20, n. 1, p. 7-9, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV 2007/2008. Brasília, 2008. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacao\\_terapia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacao_terapia.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Recomendações de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/aids no Brasil. Versão Preliminar– 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano II N 1 Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional, Mulheres encarceradas – Diagnóstico Nacional. Departamento de Penitenciária Nacional, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_final\\_reorganizacao\\_prisional\\_feminino.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_final_reorganizacao_prisional_feminino.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais. Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS: Resultados, Avanços e Perspectivas, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_brasileira\\_enfrentamento\\_aids\\_2012pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_brasileira_enfrentamento_aids_2012pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. HIV: Aspectos virológicos e genética do hospedeiro. Curso de verão, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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).

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen. Formulário Categoria e Indicadores Preenchidos, São Paulo, SP Referência: 2012. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br>

BURATTINI, M.N. et al. Correlação entre HIV e HCV em prisioneiros brasileiros: evidência de transmissão parenteral no encarceramento. Rev Saúde Pública, vol. 34 n. 5 p. 431-436, 2000.

CASTRO, A.; FARMER, P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. American journal of public health, v. 95, n. 1, p. 53, 2005.

CASTRO, R. C. F.. Impacto da Internet no fluxo da comunicação científica em saúde. Rev Saúde Pública, v. 40, n. Esp, 2006.

COCOROS, N. et al. Screening for Hepatitis C as a Prevention Enhancement (SHAPE) for HIV: An Integration Pilot Initiative in a Massachusetts County Correctional Facility. Public health reports (Washington, DC: 1974), v. 129, p. 5-11, 2014.

COELHO H.C. Prevalência e fatores de risco para a infecção pelo HIV em penitenciária brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23 n. 9 p. 2197-2204, set. 2007.

COOPER, H.M. The integrative research review: a systematic approach. Beverly Hills: Sage, 1984.

COPE, D.G. Analysis and Use of Different Research Review Approaches in Nursing. *Oncology Nursing Forum* • Vol. 41, No. 2, March 2014.

CRISTANTE, A.F.; KFURI, M. Como Escrever um Trabalho Científico. Comissão de Educação Continuada. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2010.

CROSSETTI, M. da G. O. Integrative review of nursing research: scientific rigor required. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

CRUZ D.A.L.M, PIMENTA C.A.M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-am Enfermagem* v. 13 n.3 p. 415-22, maio-junho; 2005.

DOLAN, K., LARNEY, S. HIV in Indian prisons: Risk behavior, prevalence, prevention & treatment. *Indian J. Med Res*, v. 132 n.3 p. 696-700, 2010.

ESBJÖRNSSON, J. et al. HIV-1 molecular epidemiology in Guinea-Bissau, West Africa: origin, demography and migrations. *PLoS One*, v. 6, n. 2, p. e17025, 2011.

FONSECA, E.M. et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, 2007.

FORATTINI, O.P. Aids e sua origem. *Rev. Saúde Pública*, v.27, n.3, p.153-154, 1993.

FOX, A. D. et al. Health outcomes and retention in care following release from prison for patients of an urban post-incarceration transitions clinic. *Journal of health care for the poor and underserved*, v. 25, n. 3, p. 1139, 2014.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health* v.10 n.1 p.1-11, 1987.

GIANNA, M.C; et al. Políticas Públicas e Prevenção das DST/AIDS: Ontem, Hoje e Amanhã, In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. (Coord). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde: da doença à cidadania – Livro I**. Curitiba: Editora Juruá p. 43-70, 2012.



Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.

Global summary of the AIDS epidemic. UNAIDS. 2012.

GERLICH, M. G. et al. Detection and treatment of HIV and hepatitis virus infections in Swiss correctional facilities. *International journal of public health*, v. 53, n. 5, p. 268-271, 2008.

GONZALES, R. I. C. et al. GERENCIAMENTO DE CASO. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 227-31, 2003.

GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. *Estudos Avançados*, v. 9, n. 24, p. 229-239, 1995.

HENOSTROZA, G. et. al. The High Burden of Tuberculosis (TB) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) in a Large Zambian Prison: A Public Health Alert. *PLoS ONE*; Aug 2013, vol. 8 Issue 8, p1.

HIV e a Sífilis no Sistema Prisional Feminino do Estado de São Paulo 2013. (Relatório Preliminar). Programa Estadual de DST/AIDS-SP, 2013.

HOTTZ, P.L.; SHECHTER, M. A epidemiologia da infecção pelo HIV no Brasil e no mundo. In *Infecção pelo HIV e Terapia Antirretroviral em 2012*. (coord) Ricardo Sobhie Diaz e Vicente Soriano Vázquez 2012. Permanyer Brasil Publicações, Ltda, São Paulo, Brasil.

INGLEZ-DIAS, Aline et al. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, 2014.

KASSIRA, E.N et al. HIV and AIDS surveillance among inmates in Maryland prisons. *Journal of Urban Health*, v. 78, n. 2, p. 256-263, 2001.

KOBASHI, N.Y. Mapeamento da Oferta de Capacitação nas Escolas do Governo. **Vocabulário Controlado: Estrutura e Utilização**. Escola Nacional de Administração Pública, 2008.

KO, Nai-Ying et al. Case Management Interventions for HIV-Infected Individuals. *Current HIV/AIDS Reports*, v. 10, n. 4, p. 390-397, 2013.

LOPES, F. et al. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e Sífilis na Penitenciária Feminina da Capital . São Paulo, 1997-1998. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 17 n.6 p. 1473-1480, nov-dez, 2001.

LONG, J. et al. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in entrants to Irish prisons: a national cross sectional surveyCommentary: efficient research gives direction on prisoners' and the wider public healthexcept in England and Wales. Bmj, v. 323 n. 7323, p. 1209, 2001.

LUCAS, Gregory M.; FLEXNER, C.W.; MOORE, R. D. Directly administered antiretroviral therapy in the treatment of HIV infection: benefit or burden?. AIDS patient care and STDs, v. 16, n. 11, p. 527-535, 2002.

LUCAS, Gregory M. et al. Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes, compared with outcomes among concurrent comparison groups. Clinical Infectious Diseases, v. 42, n. 11, p. 1628-1635, 2006.

LUCAS, Gregory M. et al. Directly Administered Antiretroviral Therapy for HIV-Infected Individuals in Opioid Treatment Programs: Results from a Randomized Clinical Trial. PloS one, v. 8, n. 7, p. e68286, 2013.

MACALINO G.E., et.al. Prevalence and incidence of HIV, Hepatitis B virus, and Hepatitis C virus infections among males in Rhode Island prisons. *Am J Public Health*. v. 94 p. 1218–1223, 2004.

MAHFOUD, Z. et al. Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B and hepatitis C and risk factors in prisoners in Lebanon. The Journal of Infection in Developing Countries, v. 4, n. 03, p. 144-149, 2010.

MARQUES, N.M da S. Seroepidemiological survey of transmissible infectious diseases in a Portuguese prison establishment. Braz J Infect Dis [online]. vol.15 n.3 p. 272-275, 2011.

MARCO, A. et al. Estudio multicéntrico de prevalencia de la infección VIH y factores asociados en las prisiones españolas. Rev. esp. sanid. penit. [online]. 2012, vol.14, n.1.

MARU, Duncan Smith-Rohrberg et al. Persistence of virological benefits following directly administered antiretroviral therapy among drug users: results from a randomized controlled trial. Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999), v. 50, n. 2, p. 176, 2009.

MEDINA, E. U.; PAILAQUILÉN, R. M. B. A revisão sistemática ea sua relação com a prática baseada na evidência em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 824-831, 2010.

MELNYK, Bernadette Mazurek et al. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing*, v. 110, n. 1, p. 51-53, 2010.

MELNYK, B.M.; FINEOULT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing e healthcare: a guide to best practice. 2. Ed. Philadelphia: Wolters Kewer Health/Pippincott Williams e Wilkins, 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.

MESQUITA, D.J. Sistema Imunitário – Parte II Fundamentos da resposta imunológica mediada por linfócitos T e B *Rev Bras Reumatol* v. 50, n. 5 p. 552-80, 2010.

MULLEN, B. A. et al. Study design and participant characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy in opioid treatment programs. *BMC infectious diseases*, v. 11, n. 1, p. 45, 2011.

NAFEES, M. et al. HIV Infection, HIV/HCV and HIV/HBV co-infections among Jail Inmates of Lahore. 2011.

NAVADEH, S. et al., HIV prevalence and related risk behaviours among prisoners in Iran: results of the national biodehavioural survey, 2009. *Sex Trans Infect.* p. 33-36, 2013.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; BERNARDO, Wanderley Marques; JATENE, Fábio Biscegli. A prática clínica baseada em evidências. Parte I-Questões clínicas bem construídas. *Rev. bras. reumatol*, v. 44, n. 6, p. 397-402, 2004.

NISHIJIMA, T. et al. High Prevalence of Illicit Drug Use in Men Who Have Sex with Men with HIV-1 Infection in Japan. *PloS one*, v. 8, n. 12, p. e81960, 2013.

NOKHODIAN, Zary et al. Prevalence and risk factors of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female prisoners in Isfahan, Iran. *Hepatitis monthly*, v. 12, n. 7, p. 442, 2012.

OMS. HIV and AIDS in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers prison officers and health care providers in prison settings. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC), New York 2008. Disponível em [http://www.who.int/hiv/pub/idu/detention\\_toolkit.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/pub/idu/detention_toolkit.pdf?ua=1)

\_\_\_\_\_. United Nations Office in Drugs and Crime. UNAIDS. Interventions to address HIV in prisons: Needle and syringe programmes and decontamination strategies. 2007 Genebra, 2007. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/hivaids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20NSP.pdf>

\_\_\_\_\_. United Nations Office in Drugs and Crime. UNAIDS. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of intervention. 2012. Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)

Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. Guia sobre Gênero, HIV/AIDS, Coinfecções no Sistema Prisional, 2012 Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia\\_sobre\\_genero\\_2012.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_sobre_genero_2012.pdf).

PARKER, R.; CAMARGO JR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects. Cad. Saúde Pública, v. 16, n. Sup 1, p. 89-102, 2000.

PRASETYO, A.A. Molecular epidemiology of HIV, HBV, HCV, and HTLV-1/2 in drug abuser inmates in central Javan prisons, Indonesia. J Infect Dev Ctries. 2013 Jun 15;7(6):453-67. doi: 10.3855/jidc.2965.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro; Evidence-based practice as a tool for professional practice of nurses; La Práctica Basada en Evidencias como herramienta para la práctica profesional del enfermero. Cogitare enferm, v. 14, n. 4, 2009.

PINTO, A. C. S. et al. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. DST-J Bras Doenças Sex Transm, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta paul enferm, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009.

POULIN, C.; ALARY, M.; CLAESSENS, C.. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. Canadian Medical Association Journal, v. 177, n. 3, p. 252-256, 2007.

PRELLWITZ, I. M. HIV behind Bars: Human Immunodeficiency Virus Cluster Analysis and Drug Resistance in a Reference Correctional Unit from Southern Brazil. *PloS One*, 2013, Jul 9;8(7): doi: 10.1371/journal.pone.0069033.

PRITHWISH D.E. et al. HIV and hepatitis C virus testing and seropositivity rates in Canadian federal penitentiaries: A critical opportunity for care and prevention. *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, v. 15, n. 4, p. 221, 2004.

RAPP, R. C. et al. The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. 2014.

REQUEJO, H.I.Z. Worldwide molecular epidemiology of HIV. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 331-345, 2006.

RICH, J.D. et al. Correctional facilities as partners in reducing HIV disparities. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, v. 63, n. 0 1, p. S49, 2013.

ROTTA, I.; ALMEIDA, S. M. de. Genotypical diversity of HIV clades and central nervous system impairment. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 69, n. 6, p. 964-972, 2011.

SAGNELLI, E. et al. Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012; 16 (15): 2142-2146.

SANTOS, C.M. da C.; PIMENTA, C.A.de M. NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 3, 2007.

SEMAILLE, C. et al. Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus among French prison inmates in 2010: A Challenge for Public Health Policy. *Eurosurveillance*, Volume 18, Issue 28, 11 July 2013.

SORENSEN, James L. et al. Directly administered antiretroviral therapy: pilot study of a structural intervention in methadone maintenance. *Journal of substance abuse treatment*, v. 43, n. 4, p. 418-423, 2012.

SOUZA, M.T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Integrative review: what is it? How to do it?; Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, 2010.

STONE, Patricia W. Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. *Applied Nursing Research*, v. 15, n. 3, p. 197-198, 2002.

STRAZZA, L. et al. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol. 23 no.1 Rio de Janeiro, Jan. 2007.

TRESÓ, B. et al. Prevalence and Correlates of HCV, HVB and HIV Infection among Prison Inmates and Staff, Hungary. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 89, No. 1 2011 The New York Academy of Medicine

URSI, E.S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura 2005. 130f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

World Prison Population List (tenth edition). International Centre for Prisons Studies/ICPS. King'College London, 2013. Disponível em [http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/wppi\\_10.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/wppi_10.pdf).

WOHL, A. R. et al. A randomized trial of directly administered antiretroviral therapy and adherence case management intervention. *Clinical Infectious Diseases*, v. 42, n. 11, p. 1619-1627, 2006.

ZARKIN, G.A. et al. Benefits and costs of substance abuse treatment programs for state prison inmates: Results from a lifetime simulation model. *Health economics*, v. 21, n. 6, p. 633-652, 2012.

ZHANG et al. knowledge in detention in Hunan province, China *BMC Public Health* v.10 n. 221, 2010.

### **Referências dos estudos incluídos na RI**

BOUDIN, K. et al. ACE: A peer education and counseling program meets the needs of incarcerated women with HIV/AIDS issues. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 10, n. 6, p. 90-98, 1999.

DRAINE, J. et al. Strategies to enhance linkages between care for HIV/AIDS in jail and community settings. *AIDS care*, v. 23, n. 3, p. 366-377, 2011.

FARLEY, J.L. et al. Comprehensive medical care among HIV-positive incarcerated women: the Rhode Island experience. *Journal of women's health & gender-based medicine*, v. 9, n. 1, p. 51-56, 2000.

GRINSTEAD, O.; ZACK, B.; FAIGELES, B. Reducing postrelease risk behavior among HIV seropositive prison inmates: the health promotion program. *AIDS Education and Prevention*, v. 13, n. 2, p. 109-119, 2001.

JACOB ARRIOLA, K. R. et al. Post-release case management services and health-seeking behavior among HIV-infected ex-offenders. *Journal of health care for the poor and underserved*, v. 18, n. 3, p. 665-674, 2007.

KOESTER, K.A. et al. Patient Navigation Facilitates Medical and Social Services Engagement Among HIV-Infected Individuals Leaving Jail and Returning to the Community. *AIDS patient care and STDs*, v. 28, n. 2, p. 82-90, 2014.

LAUFER, F. N. et al. From jail to community: innovative strategies to enhance continuity of HIV/AIDS care. *The Prison Journal*, v. 82, n. 1, p. 84-100, 2002.

NUNN, Amy et al. Linking HIV-positive jail inmates to treatment, care, and social services after release: results from a qualitative assessment of the COMPASS program. *Journal of Urban Health*, v. 87, n. 6, p. 954-968, 2010.

REZNICK, Olga Grinstead et al. An ecosystem-based intervention to reduce HIV transmission risk and increase medication adherence among inmates being released to the community. *Journal of Correctional Health Care*, p. 1078345813486442, 2013.

SABER-TEHRANI, Ali Shabahang et al. Rationale, study design and sample characteristics of a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected prisoners transitioning to the community—a potential conduit to improved HIV treatment outcomes. *Contemporary clinical trials*, v. 33, n. 2, p. 436-444, 2012.

RICH, J. D. et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health*, v. 78, n. 2, p. 279-289, 2001.

WANG, E.A. et al. Discharge planning and continuity of health care: findings from the San Francisco County Jail. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 12, p. 2182, 2008.

WICKERSHAM, J.A. et al. Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia. *Drug and alcohol dependence*, v. 132, n. 1, p. 378-382, 2013.

WOHL, D.A. et al. Intensive case management before and after prison release is no more effective than comprehensive pre-release discharge planning in linking HIV-infected prisoners to care: a randomized trial. *AIDS and Behavior*, v. 15, n. 2, p. 356-364, 2011.

ZALLER, Nickolas D. et al. Linkage to treatment and supportive services among HIV-positive ex-offenders in Project Bridge. *Journal of health care for the poor and underserved*, v. 19, n. 2, p. 522-531, 2008.



*APÉNDICE*

---

## Apêndice A

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (Adaptado - URSI, 2005)

#### 1. IDENTIFICAÇÃO:

TÍTULO DO ARTIGO	
TÍTULO DO PERIÓDICO	
AUTORES	NOME: _____; LOCAL DE TRABALHO: _____; GRADUAÇÃO: _____
PÁÍS	
IDIOMA	
ANO DE PUBLICAÇÃO	

#### 2. INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO:

HOSPITAL	
UNIVERSIDADE	
CENTRO DE PESQUISA	
INSTITUIÇÃO ÚNICA	
PESQUISA MULTICÊNTRICA	
OUTRAS INSTITUIÇÕES	
NÃO IDENTIFICA O LOCAL	

#### 3. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA:

PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM	
PUBLICAÇÃO MÉDICA	
PUBLICAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE	
PUBLICAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS	

**4. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO:**

1. TIPO DE PUBLICAÇÃO	<p>1.1 PESQUISA</p> <p>1.1.1 Abordagem Quantitativa</p> <p>( ) Descritivo</p> <p>Descritivo - Analítico</p> <p>( ) Delineamento experimental</p> <p>( ) Delineamento Não experimental</p> <p>( ) Transversal ( ) Longitudinal</p> <p>( ) Caso Controle</p> <p>( ) Coorte</p> <p>1.1.2 ( ) Abordagem Qualitativa</p> <p>1.2 OUTROS ESTUDOS</p> <p>( ) Relato de Experiência</p> <p>( ) Outro, qual? _____</p>
2. OBJETIVO OU QUESTÃO DE PESQUISA	
3. AMOSTRA	<p>3.1 SELEÇÃO ( ) randômica ( ) conveniência</p> <p>( ) outra _____</p> <p>3.2 TAMANHO (n): Inicial _____ Final _____</p> <p>3.3 CARACTERÍSTICAS: Idade _____</p> <p>Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino</p> <p>Cor/etnia _____</p> <p>3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUJEITOS</p> <p>_____</p>
4. TRATAMENTO DOS DADOS	
5. INTERVENÇÕES REALIZADAS	<p>5.1 VARIÁVEL INDEPENDENTE (intervenção) _____</p> <p>5.2 VARIÁVEL DEPENDENTE _____</p> <p>5.3 GRUPO CONTROLE: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>5.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>5.5 DURAÇÃO DO ESTUDO: _____</p> <p>5.6 MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAÇÃO DA INTERVENÇÃO: _____</p>

6. RESULTADOS	
7. ANÁLISE	7.1 TRATAMENTO ESTATÍSTICO: _____ 7.2 NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA: _____
8. IMPLICAÇÕES	8.1 AS CONCLUSÕES SÃO JUSTIFICADAS COM BASE NOS RESULTADOS: _____ 8.2 QUAIS SÃO AS RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES: _____
9. NÍVEL DE EVIDÊNCIA	

**5. AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO:**

CLAREZA NA IDENTIFICAÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA NO TEXTO (MÉTODO EMPREGADO, SUJEITOS PARTICIPANTES. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO, INTERVENÇÃO, RESULTADOS).	
IDENTIFICAÇÃO DAS LIMITAÇÕES OU VIÉSE	