



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

TATYANA ATAÍDE MELO DE PINHO

**MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E HIV/AIDS: um
estudo de representações sociais**

JOÃO PESSOA – PB

2016

TATYANA ATAÍDE MELO DE PINHO

**MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E HIV/AIDS: um
estudo de representações sociais**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

JOÃO PESSOA – PB

2016

P654m Pinho, Tatyana Ataíde Melo de.
Mulheres em privação de liberdade e HIV/AIDS: um estudo
de representações sociais / Tatyana Ataíde Melo de Pinho. -
João Pessoa, 2016.
104 f. : il. -

Orientadora: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. HIV - Mulheres. 3. Prisioneiros. 4.
Representações sociais. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

TATYANA ATAÍDE MELO DE PINHO

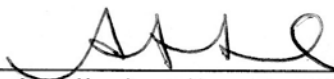
MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E HIV/AIDS: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências, da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

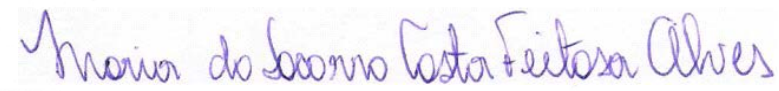
Aprovada em: 15 / 08 / 2016

Banca Examinadora:

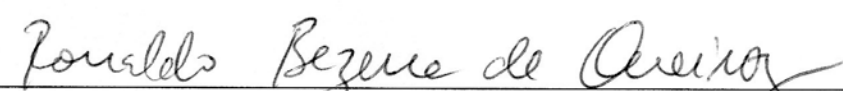
Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira - Orientadora (UFPB)



Prof.^a Dra. Antonia Oliveira Silva -Presidente (UFPB)

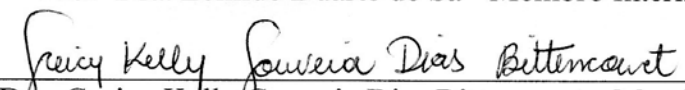


Prof.^a Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves - Membro Externo (UFRN)

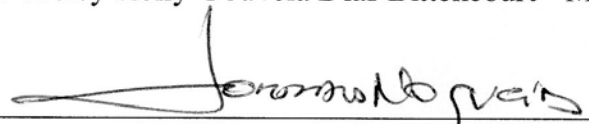


Prof. Dr. Ronaldo Bezerra de Queiroz - Membro Externo (UFPB)

Prof.^a Dra. Lenilde Duarte de Sá - Membro Interno (UFPB)



Prof.^a Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt - Membro Interno (UFPB)



Prof.^a Dra. Jordana de Almeida Nogueira- suplente (UFPB)

Prof.^a Dra Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge- suplente (UFPB)

**À minha filha Laura Ataíde - sem a sua
alegria, eu não teria conseguido.**

“Filho é um ser que nos emprestaram para um curso intensivo de como amar alguém além de nós mesmos, de como mudar nossos piores defeitos para darmos os melhores exemplos e de aprendermos a ter coragem. Isto mesmo! Ser pai ou mãe é o maior ato de coragem que alguém pode ter, porque é se expor a todo tipo de dor, principalmente da incerteza de estar agindo corretamente e do medo de perder algo tão amado. Perder? Como? Não é nosso, recordam-se? Foi apenas um empréstimo” **(Autor desconhecido).**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por tudo que tenho conquistado, por toda força e persistência nessa longa jornada do doutorado.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, por ter me aceitado carinhosamente como orientanda, depositando sua confiança neste trabalho; pela paciência, dedicação e confiança, contribuindo desta forma para o meu crescimento profissional.

Meu eterno agradecimento à Prof.^a Dra. Antonia Oliveira Silva, pessoa que primeiro me acolheu no programa, por todo incentivo, por compartilhar seus ensinamentos sobre as representações sociais e pela colaboração na construção deste trabalho.

Aos Membros da Banca, agradeço por toda contribuição dada à minha pesquisa.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, em especial à Prof. Dra. Jordana de Almeida Nogueira, por todo carinho e ensinamentos prestados no percurso dessa trajetória; Prof.^a Dr.^a Lenilde Duarte de Sá, Prof.^a Dr.^a Neusa Collet, Prof.^a Dr.^a Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt; Prof.^a Dr.^a Valéria Peixoto Bezerra.

A todos os integrantes do Grupo de Estudo sobre Envelhecimento e Representações Sociais, pelo apoio e pela troca de aprendizagens na compreensão das Representações Sociais, especialmente a Ronaldo Queiroz, pelo conhecimento compartilhado acerca do *Iramutec*; a Samilla, a mais nova *expert* no software *Evoc*; Olívia Galvão; Sandra Nagaumi; Luípa Michele; Juliana Lubenow; Eliane Leite; Milena Costa e Karolina Lima.

Aos integrantes do Núcleo de Estudo em HIV/Aids, Saúde e Sexualidade, em especial a Débora Raquel, uma pessoa maravilhosa - foi através de nossas conversas que surgiu o interesse por essa temática -; a Cleane por toda a ajuda na coleta dos dados.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, em especial a Nathali Costa, D. Carmen e Sr. Ivan, por sempre atenderem minhas inúmeras solicitações.

A Janaína Baracuh, companheira de todas as horas, por todo apoio, dedicação, paciência e compreensão nessa longa jornada.

À minha filha, Laura Ataíde, por sempre me fazer sorrir nos momentos mais difíceis e angustiantes, transformando livros e computador em brinquedos favoritos nesse período. Obrigada, Leonardo Couto, pelo presente maravilhoso que me deste e por toda ajuda para que eu pudesse estudar e trabalhar na minha tese.

Aos meus pais (Vera e Carlos) e às minhas irmãs (Juliana e Mariana), a quem tudo devo, pelo apoio nos momentos difíceis, pela compreensão das minhas tarefas, das minhas ausências, pela confiança depositada em mim, pela paciência nos momentos estressantes e pela atenção e carinho que sempre me proporcionaram.

À minha segunda família, pelo acolhimento, carinho e ensinamentos de vida, principalmente a mamãe Laura, Belinha e Carol.

Ao meu amigo e professor Dr. Camilo Rosa, pelo trabalho desempenhado na revisão linguística, tentando deixar meu texto mais claro e mais coerente.

Ao meu amigo Williams, por auxiliar no processamento dos dados e por todos os ensinamentos sobre os *softwares* utilizados.

A todos os amigos da Vivance, especialmente Ana Edite, Nilva e Suzana, pela compreensão nos períodos de ausências e pelo apoio proporcionado.

Ao amigo Marcelo Falcone, pela colaboração junto à Secretaria de Segurança do Estado, acelerando os trâmites para expedição do termo de anuência.

À Secretaria de Segurança do Estado, na pessoa de Dr. Wallber Virgolino, pela expedição do termo de anuência, autorizando a realização da pesquisa.

À Direção do Centro de Reeducação Feminina de João Pessoa, pelo apoio concedido para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às participantes do estudo, que prontamente se dispuseram a contribuir com a pesquisa; sem vocês, esse trabalho não teria sido realizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio financeiro recebido por meio da bolsa de estudos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo incentivo à pesquisa, viabilizando o custeio das despesas de desenvolvimento do estudo.

Aos amigos que participaram direta e indiretamente de mais uma etapa da minha vida, estimulando e encorajando a nunca desistir.

Meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HIV	Vírus Imunodeficiência Humana
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires</i>
LEP	Lei de Execução Penal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
RS	Representações Sociais
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figure 1 – Articles included in the literature review, according to published data, according to the theme by different colorations, from 2003 to 2012. Joao Pessoa, PB, Brazil, 2014.....	33
Quadro 1– Possíveis elementos centrais e periféricos da representação social do HIV/Aids.....	55
Figura 2: Distribuição dos segmentos de textos e suas contribuições nas classes/categorias temáticas.....	71
Figura 3 – Imagens ou campo de representação do HIV/Aids entre as mulheres em situação de privação de liberdade.	

RESUMO

PINHO, Tatyana Ataíde Melo de. **Mulheres em privação de liberdade e HIV/Aids:** um estudo de representações sociais. 2016. 104f Tese (Doutorado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: Nos últimos anos, observou-se um aumento crescente e progressivo do número de mulheres em privação de liberdade e de sua contaminação pelo vírus HIV. Nesse sentido, este estudo torna-se relevante à implementação de ações que fortaleçam ações estratégicas voltadas para essas mulheres. **Objetivos:** sistematizar a produção científica desenvolvida acerca da temática de HIV/Aids entre pessoas privadas de liberdade no período de 2003 a 2012; identificar a estrutura das representações sociais sobre HIV/Aids por mulheres em privação de liberdade; analisar as representações sociais em diferentes faixas etárias. **Método:** Tratou-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, utilizando-se o aporte teórico das representações sociais. O *locus* da pesquisa foi o Centro de Reabilitação Maria Júlia Maranhão, na cidade de João Pessoa-PB, no período de outubro a novembro de 2014. Dela participaram 32 mulheres, selecionadas por conveniência, divididas em faixas etárias de: 20-30 anos e 50-60 anos. Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semiestruturada e processados com auxílio dos *softwares* SPSS, IRaMuTeQ e EVOC. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, sob o parecer de nº 660.127. **Resultados:** desta pesquisa foram originados três artigos apresentados nos resultados e discussão. No primeiro, observou-se que dos 33 artigos selecionados, a maior produção foi entre 2010 a 2012 (63,6%), predominância da abordagem quantitativa (75,7%) e maior realização de pesquisas nos Estados Unidos (57,6%); no segundo, identificou-se como provável núcleo central das representações sociais sobre o HIV/Aids os elementos prevenção, medo, morte, doença e angústia, e na periferia desprezo, dor, preservativo, ruim e transmissão; e o terceiro, que deu origem a cinco classes. A classe um, *modos de transmissão*, as mulheres associam o HIV/Aids: *alicate de unha, agulha, tatuagem, sexo, sangue, seringa, ferimento, beijo e saliva*; classe dois, *aspectos psicossociais*, compreende as descrições em que as mulheres associam HIV/Aids a *preconceito, experiência negativa, medo da solidão, do isolamento e dificuldade de enfrentar a doença na prisão*; classe três, *conhecimentos sobre HIV/Aids*, apresentam conteúdos como: *doença muito grave e, apesar de não ter cura, pode ser tratada com o “coquetel”*; A classe quatro, *dimensões sócio afetivas*, cujos conteúdos são *medo, solidão, tristeza, sofrimento, aflição, nervosismo, pena, indiferença, difícil, dor*; e a classe cinco, *práticas sexuais/prevenção*, a aids é associada a *visita íntima, sexo, sabão, vagina, boca, casado, carência, camisinha, mulher, homem*. **Conclusão:** Os conteúdos representacionais sobre o HIV/Aids foram associados a aspectos muito mais negativos que positivos, apesar das mulheres apresentarem conhecimento sobre a doença, formas de contágio e prevenção, elas não se veem vulneráveis à infecção. Espera-se que tais resultados possam fornecer subsídios para direcionar estratégias políticas, a fim de garantir cuidado integral a essas mulheres que vivem privadas de liberdade.

Palavras-chave: HIV. Prisioneiros. Mulheres. Enfermagem. Representações Sociais

ABSTRACT

PINHO, Tatyana Ataíde Melo de. **Women in deprivation of liberty and HIV/Aids: a study of social representations.** 2016. 104f Thesis (Doctorate in nursing). Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: In recent years, there has been an increasing and progressive increase in the number of women deprived of their freedom and their contamination by the HIV virus. In this sense, this study becomes relevant to the implementation of actions that reinforcing strategic actions specifically at these women. **Objectives:** systematize the scientific production developed on the subject of HIV / AIDS among people deprived of their liberty in the period of 2003 to 2012; Identify the structure of social representations on HIV / AIDS by women in deprivation of liberty; Analyze the social representations in different groups of age. **Method:** It was an exploratory study of qualitative approach, using the theoretical contribution of the social representations. The research *locus* was the Maria Júlia Maranhão Rehabilitation Center, in the city of João Pessoa-PB, from October to November 2014. It was attended by 32 women, selected for convenience, divided into age of groups of: 20-30 years old and 50-60 years old. The data were collected from a semi-structured interview and processed with the help of SPSS, IRaMuTeQ and EVOC softwares. The project was approved by the Committee of Ethics and Research with human beings of the Hospital Universitário Lauro Wanderley / UFPB, under the opinion of nº 660.127. **Results:** three articles were originated from this research presented in the results and discussion. In the first one it was observed that from the 33 articles selected, the highest production was between 2010 to 2012 (63.6%), predominance of the quantitative approach (75.7%) and the majority of the researchs realized in the United States (57.6%); In the second one, it was identified as probable central core of social representations about HIV / AIDS the elements of prevention, fear, death, disease and distress, and in poor neighborhoods contempt, pain, preservative, and bad transmission; And in the third one, which gave rise to five classes. First class, modes of transmission, women associate HIV / Aids: nail pliers, needle, tattoo, sex, blood, syringe, wound, kiss and saliva; Second class, psychosocial aspects, includes the descriptions in which women associate HIV / AIDS with prejudice, negative experience, fear of loneliness, isolation and difficulty in facing the disease in prison; Third class, knowledge about HIV / AIDS, presents contents such as: very serious illness and, despite not having cure, can be treated with the "cocktail"; Fourth class, socio-affective dimensions, whose contents are fear, loneliness, sadness, suffering, distress, nervousness, sorrow, indifference, difficult, pain; And fifth class, sexual practices / prevention, AIDS is associated with intimate visit, sex, soap, vagina, mouth, married, lack, condom, woman, man. **Conclusion:** Representational contents on HIV / AIDS were associated with much more negative aspects than positive, although women presented knowledge about the disease, forms of contagion and prevention, they were not vulnerable to infection. It is expected that such results may provide subsidies for directing political strategies in order to ensure full care for those women living in deprivation of liberty.

Keywords: HIV. Prisoners. Women. Nursing. Social Representations.

RESUMEN

PINHO, Tatyana Ataíde Melo de. **Mujeres en la privación de libertad y HIV/Aids: un estudio de las representaciones sociales.** 2016. 104f Tesis (Doctorado en enfermería). Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: En los últimos años, ha habido un aumento creciente y progresivo en el número de mujeres en los centros penitenciarios y la contaminación por el virus del VIH. En este sentido, este estudio es relevante para la implementación de acciones que fortalecen las acciones estratégicas para estas mujeres. **Objetivos:** Sistematizar la producción científica desarrollada en el tema del VIH / SIDA entre las personas privadas de libertad en el período de 2003 a 2012; identificar la estructura de las representaciones sociales del VIH / SIDA para las mujeres en un espacio limitado; analizar las representaciones sociales en diferentes grupos de edad. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo exploratorio, utilizando la base teórica de las representaciones sociales. El locus de la investigación fue el Centro de Rehabilitación de Maria Julia Maranhão, en la ciudad de João Pessoa-PB, en el período de octubre a noviembre de 2014. En ella participaron 32 mujeres, seleccionada por conveniencia, divididos en grupos de edad: 20-30 años y 50-60 años. Los datos fueron recolectados a partir de una entrevista semiestructurada y se procesan con la ayuda de software de SPSS, IRaMuTeQ y EVOC. El proyecto fue aprobado por la ética y la investigación con seres humanos de la Universidad Comité Lauro Wanderley Hospital / UFPB, bajo el asesoramiento del N° 660.127. **Resultados:** esta investigación se originó tres artículos presentados en los resultados y discusión. En un primer momento, se observó que de los 33 artículos seleccionados, la producción más alta fue entre 2010 y 2012 (en un 63,6%), el predominio del enfoque cuantitativo (75,7%) y la investigación de mayor rendimiento en los Estados Unidos (57,6%); en la segunda, se identificó como un núcleo central probable de las representaciones sociales sobre elementos VIH / SIDA prevención, el miedo, la muerte, la enfermedad y el sufrimiento, y en la periferia desprecio, dolor, condón, malo y transmisión; y la tercera, que dio lugar a cinco clases. La clase A, los modos de transmisión, las mujeres asociar el VIH / SIDA: Alicates de uñas, aguja, tatuaje, el sexo, la sangre, jeringa, lesiones, besos y saliva; clase dos, aspectos psicosociales, comprende las descripciones que las mujeres asocian el VIH / SIDA a los prejuicios, la experiencia negativa, miedo a la soledad, el aislamiento y la dificultad para hacer frente a la enfermedad en la cárcel; clase tres, el conocimiento del VIH / SIDA, tienen contenidos como enfermedad muy grave y, aunque no hay cura, se pueden tratar con el "cóctel"; La clase cuatro, dimensiones afectivas socio, cuyos contenidos son el miedo, la soledad, la tristeza, sufrimiento, angustia, nerviosismo, la vergüenza, la indiferencia, el dolor difícil; y Clase Cinco, prácticas / prevención sexual, el SIDA está asociado con las visitas conyugales, el sexo, el jabón, la vagina, la boca, casado, necesidad, condón, mujer, hombre. **Conclusión:** El contenido representativo sobre el VIH / SIDA se asocia con aspectos más negativos que positivos, aunque las mujeres los conocimientos actuales sobre la enfermedad, formas de transmisión y prevención, que no se ven vulnerables a la infección. Se espera que estos resultados pueden proporcionar subsidios a las estrategias políticas directas con el fin de garantizar la atención integral a estas mujeres que viven privadas de libertad.

Palabras clave: HIV. Prisioneros. Mujeres. Enfermería. Representaciones Sociales.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
CAPÍTULO I- CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	16
CAPÍTULO II- REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E HIV/AIDS.....	21
2.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL E HIV/AIDS.....	24
CAPÍTULO III-PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	33
3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	34
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
CAPÍTULO IV. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	37
4.1 ARTIGO 1.....	37
4.2 ARTIGO 2.....	52
4.3 ARTIGO 3.....	68
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNCIDES.....	98
Apêndice A.....	99
Apêndice B.....	101
ANEXO.....	102
Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa.....	103

APRESENTAÇÃO

A ideia de desenvolver um estudo relacionado ao HIV/Aids surgiu após meu ingresso no doutorado, sob a orientação e incentivo da Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva, que se encontrava inserida em uma pesquisa sobre este tema.

A partir daí retomamos as reuniões nos grupos de pesquisas: Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais – GIEPERS. E através das conversas e debates com os professores e os demais integrantes do grupo, que surgiu o interesse em trabalhar com as Representações Sociais sobre HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade.

Inicialmente, se pensava em trabalhar com mulheres idosas, entretanto, havia apenas uma mulher com 60 anos de idade privada de liberdade em todo o estado da Paraíba, e oito mulheres com idades entre 50-60. Então, optou-se por pesquisar dois grupos etários, um com idades entre 20-30 anos, e outro com idades entre 50-60 anos. O interesse em pesquisar acerca dessa temática deveu-se à mudança epidemiológica da infecção, que, atualmente, encontra-se em processo significativo de crescimento, embora sejam escassos os estudos realizados nessa área.

Assim, estudar as representações sociais sobre HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade pode contribuir para o enfrentamento das necessidades de atenção à saúde, para a garantia do cuidado integral, redução das iniquidades entre essas mulheres e inclusão das mesmas na sociedade.

As representações sociais sobre HIV/Aids construídas pelas mulheres determinam um modo de conhecimento particular, direcionado à comunicação e compreensão do grupo social no qual estão inseridas, sendo responsáveis por construir um saber prático, expresso através de suas ações, que podem ser manifestadas por meio de conceitos e categorias, contribuindo para a construção da realidade social e vivenciada no senso comum.

Nesse sentido, optou-se pelo aporte teórico das RS, para explorar as dimensões psicossociais sobre o fenômeno da aids a partir dos olhares das mulheres privadas de liberdade. Buscou-se enfatizar a necessidade de ações que levem à formação e transformação de RS dessa população. Dessa forma, faz-se necessário um maior aprofundamento no conhecimento das representações, pensamentos e nos valores, a fim de reduzir a vulnerabilidade da mulher privada da liberdade ao HIV/Aids.

Para tanto, o estudo encontra-se estruturado na forma de capítulos com o seguinte delineamento: o Capítulo I (*Construção do objeto de estudo*), em que se apresentam a temática, a relevância e a justificativa do estudo, a problemática, a questão de pesquisa e os objetivos; o Capítulo II (*Revisão da Literatura*) aborda a fundamentação teórica, contextualiza os aspectos gerais sobre o tema mulheres em privação de liberdade, a TRS, o HIV/Aids; o Capítulo III (*Percurso Metodológico*) descreve a metodologia empregada no estudo; Capítulo IV (*Resultado e Discussão*) apresentam os artigos originados da pesquisa; terminando com as *Considerações Finais* do estudo.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A epidemia causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que teve seus primeiros casos detectados na década de 80, nos Estados Unidos, hoje representa um fenômeno dinâmico e instável⁽¹⁾. Destaca-se entre as doenças infecciosas pela sua letalidade, pelos danos causados às populações e por figurar como a principal causa de óbitos entre as mulheres em idade reprodutiva. As estatísticas apontam que mais de 35 milhões de vidas foram ceifadas pelo referido vírus em todo o planeta, o que representa um dos mais sérios desafios à saúde mundial⁽²⁾.

Nesse sentido, embora se reconheçam os avanços nas discussões, pesquisas, terapêutica, campanhas educativas e programas preventivos em relação à contaminação pelo vírus, nem todas as pessoas têm acesso igualitário a esses serviços. Essa realidade demanda, portanto, uma reflexão profunda sobre a temática do HIV/Aids, visando à implementação de políticas públicas e ao desenvolvimento de programas/ações, sejam de abrangência local, sejam regionais, nacionais ou internacionais⁽²⁾.

A diversidade no mapa de distribuição da doença vem apresentando mudanças nas configurações epidemiológicas, sendo marcada pela feminização, heterossexualização, interiorização, envelhecimento, baixa escolaridade e pauperização. Esse quadro configura sua expansão para grupos marginalizados, com menores suportes sociais, diferentemente da época do surgimento da doença, quando ela se restringia a jovens, homossexuais e usuários de drogas, cujos comportamentos eram considerados de risco. Vale ressaltar que esse entendimento trouxe para esses indivíduos o isolamento e a discriminação por parte da sociedade⁽³⁾.

Condutas discriminatórias reforçam o estigma, comprometendo tanto as práticas como os programas de saúde que tentam identificar e reduzir a transmissão do vírus, principalmente, nas populações com maior vulnerabilidade. Entre essas, podem ser referidas as mulheres – que representam metade das pessoas vivendo com aids em todo o mundo –, especialmente aquelas que cumprem pena em regime fechado⁽⁴⁾.

Os embaixadores da Declaração de Melbourne, aprovada na 20ª Conferência Internacional de Aids, afirmaram que, para vencer a luta contra o HIV e alcançar acesso universal à prevenção, tratamento, cuidado e suporte, ninguém deve ser discriminado em decorrência de seu gênero, idade, raça, etnia, deficiência, crenças religiosas ou

espirituais, orientação sexual, identidade de gênero, trabalho como profissional do sexo, condição de prisioneiro ou detento, uso de drogas ilícitas ou porque vivem com HIV⁽²⁾.

Na Declaração também foi relatada a preocupação com as leis discriminatórias e estigmatizantes, presentes em mais de 80 países, criminalizando, principalmente, as pessoas devido à orientação sexual. Essas leis incitam violência contra populações marginalizadas reforçam o estigma e comprometem programas de resposta ao HIV, representando um retrocesso na justiça social, direitos humanos e acesso a serviços de saúde para aqueles que vivem com HIV e para aqueles que são vulneráveis à infecção; por isso reafirmam que o combate à discriminação é fundamental para a criação de programas de saúde pública eficazes e de uma resposta ao HIV baseada em evidências, direitos humanos e independente de gênero⁽²⁾.

O combate à discriminação e a atenção à saúde da mulher, também foram estratégias propostas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), com a criação do programa “Chegando a Zero - 2011 a 2015”, que se propôs a zerar as novas infecções, as mortes relacionadas à aids e a discriminação, reduzindo pela metade o número de países com leis e práticas punitivas relativas à transmissão do HIV, ao trabalho sexual, ao uso de drogas ou à homossexualidade, contemplando as necessidades específicas de mulheres e meninas relativas ao HIV em, pelo menos, metade de todas as respostas nacionais. Além disso, propunha-se a tolerância zero com a violência baseada em gênero, fator condicionante da vulnerabilidade e do risco de infecção⁽⁴⁾.

Dessa forma, a feminização da epidemia e o aumento de mulheres em privação de liberdade constituem dupla vulnerabilidade ao HIV/Aids, acentuando a incidência no contágio da enfermidade. Esse aspecto agrava-se enquanto problema de saúde pública, demandando um olhar mais crítico e consciente do setor, a fim de direcionar ações tanto para prevenir a contaminação como para a promoção da saúde da mulher em termos gerais⁽⁵⁾.

Apesar do aumento significativo do número de mulheres infectadas, ou seja, a feminização da epidemia - decorrente de fatores biológicos, valores morais, dificuldade de negociar práticas sexuais seguras, acesso restrito aos serviços de saúde e medidas de proteção -, ainda existe pouco conhecimento sobre o HIV/Aids entre as mulheres em privação de liberdade. As barreiras enfrentadas para estudar essa população podem ser apontadas como mais uma das motivações para a exacerbação do problema⁽⁵⁻⁷⁾.

Todos os fatores citados anteriormente – aliados à situação de pobreza, à dificuldade de acesso à informação, aos estigmas e ao preconceito – contribuem para que mais de sete milhões de pessoas, em todo o mundo, deixem de ter acesso ao tratamento da aids. Dados tão significativos como esses tornam a feminização da aids um importante tema a ser estudado, por constituir uma ameaça real à saúde da mulher. Deve-se considerar, nesse cenário, a possibilidade de transmissão vertical do HIV, evidenciando, desse modo, a premência em direcionar atitudes assertivas para o enfrentamento das iniquidades regionais e das vulnerabilidades⁽⁸⁾.

A *vulnerabilidade* é um termo utilizado para designar grupos ou indivíduos fragilizados na promoção, na proteção ou na garantia dos seus direitos à cidadania. Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade surge para auxiliar na identificação de indivíduos, grupos e comunidades que estão mais expostos a riscos nos planos social, político e econômico, os quais podem afetar negativamente suas condições de vida. Nesse âmbito, dentre os indivíduos que apresentam alta vulnerabilidade à infecção, situam-se as mulheres e os apenados, constituindo-se, portanto, dupla vulnerabilidade⁽⁹⁾.

Políticas públicas e práticas mais eficazes dentro do sistema prisional tornam-se fundamentais no combate ao agravamento do problema. Desse modo, urge a construção do conhecimento acadêmico-científico acerca desse fenômeno. É notório que, apesar do grande número de mulheres privadas de liberdade e da maior vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids, principalmente em ambientes prisionais, são escassas as pesquisas relacionadas às Representações Sociais (RS) das mulheres em sistemas prisionais. Assim, estudar as representações sobre HIV/Aids em mulheres privadas de liberdade pode contribuir para o enfrentamento das necessidades de atenção à saúde, o que lhes auxiliará no acesso à cidadania. Certamente, o combate à ignorância é arma poderosa para desmitificar crenças e valores sobre a doença, fatores que, não raras vezes, atravancam tanto a prevenção como a inclusão do doente na sociedade.

Nessa conjuntura, reconhece-se que, atualmente, ações preventivas, diagnóstico e assistência ao HIV/Aids no sistema penitenciário brasileiro são ações estimuladas pelo governo federal. De fato, o poder público, na referida esfera, tem buscado identificar as situações de vulnerabilidade em que vivem as pessoas em privação de liberdade para, assim, propor estratégias de atendimento às necessidades diagnosticadas⁽¹⁰⁾. No entanto, essas ações precisam ser cada vez mais ampliadas e especificamente direcionadas às mulheres privadas de liberdade. Não há dúvidas de que, para promover intervenções

eficazes, é fundamental conhecer a população que se deseja atingir – na qual está inserida o público-alvo, evitando, por conseguinte, a promoção de campanhas genéricas.

Uma das formas de investigar as mudanças no comportamento é através da Teoria das Representações Sociais (TRS), que visa demonstrar a forma pela qual os indivíduos compreendem os eventos do cotidiano, indicando as ideias do senso comum a partir dos conhecimentos vivenciados para suas tomadas de posição frente aos acontecimentos conflituosos⁽¹¹⁾.

Para a presente pesquisa, a TRS constitui um importante aporte teórico para a apreensão dos conhecimentos elaborados e compartilhados acerca do HIV/Aids e da vulnerabilidade das mulheres em privação de liberdade. O referido aporte possibilita compreender fenômenos psicossociais complexos, como os conceitos, conhecimentos e explicações sobre o HIV/Aids construídos por mulheres privadas de liberdade. Segundo Moscovici, esses fenômenos são situados na forma como a realidade empírica os abstrai, imprimindo-lhes sentido. Desse modo, permite compreender não apenas os aspectos técnico-científicos da doença, como também, fatores referentes a crenças e valores sociais e morais. Essa associação de significados é decorrente das experiências particulares e depende da forma como os indivíduos são introduzidos no meio social⁽¹²⁾.

Sob esse ponto de vista, as RS das mulheres em privação de liberdade acerca do HIV/aids são resultantes das experiências por elas vivenciadas. Através desses pensamentos, que se materializam em linguagem, tem-se acesso aos conhecimentos, às crenças, às interpretações reais sobre o HIV/Aids e às imagens para explicar esse objeto social. Tudo isso se reveste de relevância, podendo ser utilizado como referência para o planejamento de políticas públicas de saúde e práticas preventivas para o controle da epidemia⁽¹³⁾.

Sendo assim, as representações sobre HIV/Aids construídas socialmente por mulheres em privação de liberdade constituem o objeto de estudo desta pesquisa sendo o aporte teórico das representações sociais uma abordagem bastante útil, por propor estratégias de atendimentos a essas mulheres contextualizadas socialmente. Estes aspectos podem contribuir para implementação de ações que venham contribuir com práticas profissionais mais assertivas no atendimento oferecido a esta população frente às concepções e comportamentos adotados, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Conhecer as RS que as mulheres privadas de liberdade constroem sobre o HIV/Aids possibilita dimensionar um diagnóstico psicossocial importante do problema em tela, propiciando identificar as mulheres mais susceptíveis a contrair a doença. Neste sentido, este estudo torna-se relevante para a implementação de ações que venham melhorar a saúde das mulheres privadas de liberdade, mapear as demandas de atenção à saúde, as quais venham garantir, pela via da inclusão social, a posse de seus direitos como cidadãos.

Nesse contexto, esta pesquisa move-se pelo seguinte questionamento: quais as representações sociais sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade?

Para responder a tal questionamento, este estudo tem por objetivos: sistematizar a produção científica desenvolvida acerca da temática de HIV/Aids entre pessoas privadas de liberdade no período de 2003 a 2012; identificar a estrutura das representações sociais do HIV/Aids por mulheres em privação de liberdade; analisar as RS sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade de diferentes faixas etárias.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2.1 MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E HIV/AIDS

A feminização da aids tem sido um tema bastante discutido nos cenários nacional e mundial, desde a constatação do aumento significativo no número de casos de mulheres infectadas pelo vírus HIV, com a contaminação tornando-se uma grande ameaça para a saúde feminina. Elas são particularmente mais vulneráveis ao vírus que os homens, devido a uma série de fatores biológicos, sociais, culturais e religiosos, associados à falta de acesso a informações e serviços, o que reduz sua capacidade proteção⁽¹⁴⁾.

Segundo o Boletim Epidemiológico da Aids, foi em décadas recentes que ocorreram modificações no perfil epidemiológico da doença, quando a enfermidade passou a acometer mais mulheres em idade reprodutiva, com renda e escolaridade baixas, incluindo-se no grupo as que tendem a ter relações sexuais com homens mais velhos, detentores de maior experiência sexual, conseqüentemente mais propensos a estarem infectados pelo vírus⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A organização mundial da saúde mostrou em seu estudo sobre mulheres e saúde que, embora muitas jovens já tenham ouvido falar do HIV/Aids, apenas 38% foram capazes de descrever corretamente as formas de evitar a infecção. Outro dado preocupante é a revelação de que somente uma minoria usa preservativo ao praticar sexo de alto risco⁽¹⁵⁾.

Na leitura dos dados da Declaração de Melbourne, observa-se que, além das mulheres jovens, as mudanças no delineamento da aids vêm trazendo à tona novos grupos vulneráveis, tais como os indivíduos acima de 50 anos e as mulheres em privação de liberdade^(2,17).

Além do aumento do número de mulheres contaminadas pelo vírus da aids, observou-se também que o aumento constante do encarceramento é uma realidade global, chegando a mais de 10,35 milhões de pessoas mantidas em estabelecimentos prisionais em todo mundo. O Brasil aparece classificado como quinto maior em número de presos, perdendo apenas para os Estados Unidos, a Rússia, a China e a Tailândia. Até o início de 2014, existiam mais de 700 mil mulheres na prisão, em todo o mundo, representando 6,5% do total de presos. Entre os anos de 2000 a 2014, houve um

acréscimo de 50% no número de mulheres encarceradas, evolução bem maior que o crescimento da população carcerária masculina, com ampliação de 20%, como também, maior que o avanço da população mundial, com taxas de 16%⁽¹⁸⁾.

Por sua vez, no Brasil, não foi diferente: enquanto a população apenada cresceu 23,7%, a população geral expandiu-se em apenas 5,9% entre 2005 e 2009. Esse crescimento foi bem mais significativo no encarceramento feminino, chegando a 567%, e no masculino a 220%, entre 2000 e 2014, totalizando 579.781 no final de 2014. Desse universo, tem-se 542.401 de homens (93,6%) e 37.380 de mulheres (6,4%)⁽¹⁸⁾.

O perfil das mulheres em privação de liberdade é caracterizado, predominantemente, por jovens, solteiras, profissionais do sexo, com baixo nível de escolaridade, pertencentes a estratos socioeconômicos inferiores, procedentes de grandes centros urbanos, e, em grande parte, condenadas por tráfico de drogas. Nesse contexto, para aprofundar a gravidade do problema, há que se destacar a dificuldade que essas mulheres têm de acessar serviços públicos de saúde. Todos esses aspectos, associados a uma maior liberdade sexual, têm propiciado o aumento do número de novos casos de doenças nessa população⁽¹⁹⁾.

Para se ter uma ideia da maior vulnerabilidade feminina, se comparada à masculina, estudos mostraram que a prevalência do HIV em mulheres encarceradas era de 2,4% comparada a 1,7% nos homens. No estado de Nova York, especificamente, 14,2% dessas mulheres estavam contaminadas pelo HIV, enquanto apenas 6,7% dos homens acusavam presença do vírus⁽²⁰⁻²²⁾.

Considerando dados dessa magnitude, o programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV e aids (UNAIDS) estima que a prevalência dessa doença, no mundo, entre pessoas privadas de liberdade, é maior que entre a população geral, pois as condições precárias de confinamento a que estão submetidos os presos, como a superlotação, má iluminação, ventilação natural insuficiente, falta de material de higiene pessoal, desnutrição, obstáculos ao acesso a serviços de saúde, aliadas à violência, tornam-nas mais vulneráveis à contaminação pelo vírus e contribuem para o aumento das taxas de morbimortalidade⁽²³⁾.

No Brasil, esse processo de morbimortalidade na população carcerária ocorre pelo desrespeito à dignidade da apenada. Ele é favorecido pelas superlotações nos presídios, contrariando a legislação vigente na Constituição Federal, a qual estabelece que a saúde é um direito assegurado a qualquer cidadão brasileiro, sendo dever do Estado garanti-la; há, também, a Lei de Execução Penal (LEP) de nº 7.210/1984, que,

em seus preceitos, assegura a saúde do preso, considerando-a como um direito social. A despeito de toda essa irrestrita proteção legal, a realidade do sistema prisional brasileiro descumpre completamente a legislação que o rege⁽²⁴⁾.

No âmbito da assistência à saúde, essas condições precárias se agravam ainda mais quando se trata de ambientes prisionais femininos, pois estes são marcados por desigualdades de gênero, a começar pelas estruturas dos presídios, que não são projetadas visando à utilização pelas mulheres. Muitas vezes, as apenadas ficam alojadas no sistema de polícia em situação de total precariedade; em determinadas circunscrições, são acomodadas em anexos de prisões masculinas, o que pode acarretar graves riscos à sua segurança⁽²³⁾.

Sabe-se que as prisões são ambientes de grande vulnerabilidade à transmissão do HIV. Isso pode ser agravado em se tratando de mulheres, pois estas estão mais susceptíveis à violência sexual (estupros praticados por funcionários e por presos do sexo masculino). Além disso, dadas às condições gerais, esse é um ambiente propício ao assédio e à exploração sexual. É comum a ocorrência de gravidez indesejada, como também, das chamadas práticas de risco (como tatuagem feita de forma não segura e uso de drogas injetáveis). Ressalte-se a vulnerabilidade física ao HIV, já que, nesse aspecto, as mulheres apresentam o dobro da probabilidade de contrair o vírus se comparadas aos homens^(14,25-26).

Outro fator importante a ser inserido no panorama das vulnerabilidades é a homossexualidade dentro do ambiente prisional, visto que a prática sexual desse grupo acontece sem o uso de métodos preventivos. Tal fato pode ser evidenciado num estudo realizado, em São Paulo, com 290 detentas, no qual foi constatado que a maioria dos relacionamentos eram homossexuais⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Diante da expansão da aids para esse novo grupo com menores suportes sociais, faz-se necessário enfatizar a mudança no perfil que vem ocorrendo no cenário da aids, antes considerada uma doença relacionada aos homossexuais jovens do sexo masculino e de classe socioeconômica alta, passando a epidemia, hoje, por um processo de feminização, heterossexualização, pauperização e envelhecimento⁽²⁹⁾.

Assim sendo, conhecer as RS sobre HIV/Aids construídas por esse grupo de mulheres torna-se relevante, uma vez que pode contribuir para o direcionamento das estratégias políticas nas campanhas de prevenção contra o HIV/Aids. Desse modo, tais campanhas poderão deixar de focar apenas a divulgação de conceitos educativos sobre medidas preventivas, voltando-se, também, para a desconstrução/modificação das

imagens, crenças e atitudes adotadas, envolvendo aspectos socioculturais do público-alvo, para assim reduzir riscos de infecção pelo vírus^(30,31).

Logo, para que as políticas públicas de saúde sejam bem-sucedidas, há a necessidade de que se conheçam as mudanças no perfilamento da aids, assim como nos comportamentos individuais e coletivos demonstrados pelas mulheres em processo de ressocialização. Dessa forma, os planejamentos de ações de assistência em saúde poderão ser direcionados às particularidades desse grupo, levando-se em consideração os aspectos sociais, políticos, econômicos, religiosos e culturais que margeiam as mulheres na condição referida.

2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E HIV/AIDS

Esse estudo prioriza as características das experiência subjetiva de mulheres em privação de liberdade, que permitem organizar e analisar as RS sobre o HIV/Aids, resultantes do modo de pensar e de agir socialmente.

A TRS tem sido utilizada em vários campos de estudo, com avanços significativos em diversas áreas. Jodelet, ao fazer uma revisão dos artigos calcados na TRS, produzidos no Brasil, verificou que os estudos buscam, em sua maioria, compreender os problemas sociais do país e investigar a melhor forma de intervenção para solucioná-los, observando a adequação da teoria ao enfrentamento dos entraves que surgem no domínio de aplicação⁽³²⁾.

Moscovici aponta para a existência de três tipos de RS em função do seu desenvolvimento e do seu modo de circulação na sociedade: representações hegemônicas ou coletivas, representações emancipadas e representações sociais polêmicas. O primeiro tipo corresponde a representações uniformes, indiscutíveis e coercivas, de entendimento compartilhado pelo grupo de forma estruturada, sem que tenham sido produzidas por ele; o segundo engloba as representações produzidas como resultado da circulação de conhecimentos e de ideias entre grupos sociais diferentes, os quais mantêm contato e trocam significados sobre um mesmo objeto, mas cada grupo cria sua própria versão, ou seja, tem autonomia de suas representações; e o terceiro tipo corresponde às representações geradas a partir de conflitos sociais, controvérsias sociais entre grupos com interesses opostos e posicionamentos diferentes entre os objetos⁽³³⁾.

Essa distinção das representações evidencia a transição do conceito de representação coletiva, transformando-se de uma visão uniforme para uma visão múltipla das RS, fato que as torna mais próximas à realidade⁽³³⁾.

É importante citar a existência de três correntes teóricas complementares à elaborada por Moscovici⁽³³⁾. A primeira, desenvolvida por Denise Jodelet, consiste numa abordagem processual, que enfatiza a constituição das representações e destaca a importância do seu produto, os conteúdos; a segunda, desenvolvida por Willem Doise, articula a teoria a uma abordagem sociológica, estudando a origem das representações com ênfase no aspecto sociocontextual; Jean-Claude Abric desenvolveu a terceira abordagem, com ênfase na estrutura cognitiva das representações, a qual busca organizar os seus conteúdos em um núcleo central e em um sistema periférico⁽³⁴⁾.

Este estudo será guiado pela TRS de Moscovici, a qual retrata como se constrói um mundo significativo, o que corresponde às atividades da interação social cotidiana, em que são produzidas as teorias do senso comum⁽¹²⁾.

A representação do universo consensual possui três dimensões: informação, campo de representação ou imagem e atitude. A informação é a organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social, portanto varia de acordo com o grupo e com os meios que ele possui para ter acesso à informação. As imagens ou campo de representações compreendem os sentidos associados ao objeto, de acordo com a organização hierárquica dos elementos que compõem as representações. Já a atitude é a dimensão que integra os níveis afetivos e emocionais dos indivíduos, dando ênfase ao posicionamento ou à sua orientação global em relação ao objeto da representação⁽³⁴⁾.

As RS, enquanto sistemas de interpretação da realidade, são responsáveis por organizar as relações do indivíduo com o mundo e orientar as suas condutas e comportamentos no meio social. Esse sistema de interpretação da realidade é solidificado nas formas de comunicação social, possibilitando que os sujeitos, ao permitirem interiorizar suas experiências, práticas sociais e os modelos de comportamentos adotados, construam e se apropriem dos objetos/fenômenos socializados⁽³⁵⁾, como o fenômeno da aids em mulheres privadas de liberdade.

Apesar do surgimento desse novo grupo vulnerável, mulheres em situação de cárcere, esta ainda é uma temática pouco abordada no contexto do próprio grupo. Mas é preciso considerar as transformações por que passa a epidemia em relação aos significados construídos acerca da aids ao longo dos anos, dos avanços no tratamento da doença e da melhora da qualidade de vida das pessoas afetadas⁽³⁶⁾.

Esses avanços foram evidenciados no estudo de Gomes, Silva e Oliveira (2011) sobre a representação da aids para pessoas que vivem com HIV, no qual a aids foi

associada a doenças crônicas como diabetes, evidenciando tendência para transformação da representação social da doença, substituindo a ideia de morte, por vida⁽³⁰⁾.

De fato, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de diagnosticar, tratar, delinear o perfil, analisar prevalências, precisar a frequência de um dado comportamento; são projetos direcionados para ações de caráter individual, assistencial, preventivo e epidemiológico, ou seja, voltados, na maioria das vezes, para uma abordagem quantitativa, percorrendo uma trajetória que, desse modo, vai na contramão da doença, que é de cunho social^(5,36-37).

Por isso, a problemática da aids necessita de uma reflexão social mais profunda, em que o estado de saúde do grupo não possa ser atribuído apenas pelos comportamentos individuais, mas sim pelos da coletividade. Assim, as estratégias de ações deveriam ser mais amplas, voltadas não apenas para questões do comportamento de risco individual, mas também abordando aspectos das condições estruturais como injustiça e desigualdade social, estigmatização e discriminação, direitos sexuais e cidadania sexual⁸. Assim, a Teoria das Representações Sociais torna-se um importante aporte pela capacidade de descrever a realidade cotidiana, ajudando a compreender os sentidos atribuídos ao fenômeno do HIV/Aids pelas mulheres privadas de liberdade.

Tura (p.21) define RS como “formas de saberes utilizados pelas pessoas em sua vida cotidiana e que comportam visões compartilhadas pelos grupos, que determinam condutas desejáveis ou admitidas num campo de comunicações povoado de ideias e valores”⁽³⁸⁾.

Na visão de Jodelet, as representações sociais orientam e organizam as condutas e comunicações sociais, sendo responsáveis por ajudar a nomear, definir, interpretar, decidir e se posicionar de forma defensiva frente a diferentes aspectos da realidade cotidiana⁽³⁹⁾.

As RS podem ser consideradas como formas de conhecimento elaboradas e produzidas por grupos de indivíduos, para poderem se comunicar e entender aquilo que não lhes é familiar, ou seja, constituem formas de pensar e explicar a realidade e assuntos sociais, através de diálogos e imagens cotidianas, construídas ao longo da vida⁽³³⁾.

A proposta de Moscovici constitui uma forma particular de adquirir conhecimentos práticos, socialmente construídos, para dar sentido à realidade da vida. Mostra-se, assim, capaz de explicar a natureza e a transformação do senso comum, abrangendo processos comunicativos e comportamentais ligados a grupos diversos,

tornando-os mais organizados a partir das visões que os indivíduos produzem do mundo⁽⁴⁰⁾.

É através da TRS que a presente pesquisa se propõe a identificar o conhecimento e sentidos particulares acerca do fenômeno do HIV/Aids a partir dos olhares das mulheres em privação de liberdade, enfatizando a necessidade de ações que levem à formação e transformação de RS dessa população. Essa formação e transformação das RS acontecem a partir de dois processos maiores e intrinsecamente ligados: o processo de objetivação e o de ancoragem⁽⁴¹⁾.

O processo de objetivação organiza os elementos constituintes da representação, formando expressões de uma realidade vista como natural, ou seja, consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos. Desse modo, materializa em objeto tudo aquilo que é representado. Objetivar é também condensar significados diferentes em uma realidade familiar⁽¹²⁾. É o fenômeno em que o abstrato, invisível, se torna real e visível, possibilitando que tudo o que é representado se torne objeto, transformando uma imagem em um conceito⁽³⁵⁾.

Para ocorrer o processo de objetivação, faz-se necessária uma aproximação com o objeto representado, a fim de se estabelecer uma apropriação do conhecimento. Tal aproximação se realiza através da figuração, em torno da qual se formam elos entre coisas e palavras. Ela ocorre em três fases: construção seletiva, esquematização e naturalização^(12,38).

A construção seletiva diz respeito à descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais, ou seja, as ideias, crenças e informações sobre o objeto da representação sofrem uma seleção e são descontextualizadas; a esquematização ou núcleo figurativo é constituída(o) pelo elemento duro e mais estável da objetivação e corresponde à concordância de todos sobre um determinado objeto; quanto à naturalização, ocorre onde os elementos do núcleo figurativo são materializados, transformando-se em evidências concretas, através de expressões, imagens e metáforas, que orientam as percepções ou imaginações, como também o julgamento da realidade⁽¹²⁾.

O processo associado à formação das RS é a ancoragem. Tal processo compreende a entrada do que é estranho no pensamento já elaborado, de forma a permitir que a inovação seja interpretada, estabelecendo uma relação positiva ou negativa com ela, comparando-a com o paradigma de uma categoria que se considere apropriada. Ancorar, portanto, é classificar e dar nome a algo estranho⁽⁴²⁾.

É através desse processo que as RS se transformam num sistema de interpretação, apresentando uma função e intermediando o indivíduo e seu meio, além de realizar mediação entre os membros de um mesmo grupo. Esse sistema é capaz de resolver e expressar problemas comuns, transformados em códigos, em linguagem comum, podendo classificar os indivíduos e os fatos, convertendo-se em instrumento de referência, permitindo, assim, a comunicação numa mesma linguagem com influência recíproca⁽⁴²⁾.

Segundo Tura (2005), as RS têm a função de identificar uma imagem ou figura, enchê-la de sentido, possibilitando a interpretação do objeto, ou seja, forma-se uma função dupla de um sentido por uma imagem, denominada de objetivação, e de uma imagem por um sentido, conhecida como ancoragem⁽³⁸⁾.

Esses dois processos, através dos quais as representações são geradas, estabelecem mediações, trazendo para um nível quase material a produção simbólica de uma comunidade. Isso significa que transformam algo não familiar em familiar, sendo responsáveis pela interpretação e atribuição de sentido ao fenômeno social estudado. Desse modo, entende-se que uma realidade social somente é formada ou transformada quando o novo ou o não familiar é incorporado aos universos consensuais⁽⁴³⁾.

Moscovici analisa as formas de comunicação em difusão, propagação e propaganda, que são modalidades de deslocamento das representações. Correspondem, respectivamente, à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos. Assim, cada forma de comunicação produzirá RS específicas, conforme a dinâmica das interações realizadas entre os sujeitos e o objeto. Ou seja, são específicos os laços estabelecidos entre o emissor e o receptor, a depender da organização das mensagens e comportamentos visados⁽¹¹⁾.

A contribuição para os processos de formação de condutas e a orientação das comunicações sociais são responsabilidade das RS, diante das quais os grupos irão refletir sobre a situação dos indivíduos em diversos assuntos do cotidiano. Em outras palavras, é um saber prático, constituído a partir do senso comum dos indivíduos que tentam representar uma realidade pouco conhecida a partir do que sabem sobre ela⁽⁴⁴⁾.

Vistas dessa forma, as RS são fenômenos psicossociais que produzem e determinam os comportamentos. Elas apresentam quatro funções: a função do saber – que possibilita o entendimento e a explicação da realidade; a função identitária – que define a identidade, permitindo proteção da especificidade dos grupos; a função de orientação – que conduz comportamentos e práticas; e a função justificadora – que

permite aos indivíduos explicar e justificar suas condutas, ou seja, é o momento em que as representações interferem na avaliação das ações⁽⁴⁵⁾.

No Brasil, estudos^(30,46-48) têm sido realizados sobre as RS da aids em vários grupos sociais, como profissionais de saúde, idosos, mulheres, profissionais do sexo, entre outros. Todavia, não foram encontrados estudos que retratassem as RS dessa doença em contextos de cárcere. É sabido, também, que os fatores históricos e sociais ainda exercem forte influência no comportamento e modo de pensar da coletividade. Por isso, a TRS importante para dimensionar os comportamentos e guiar a comunicação entre os indivíduos, com a finalidade de, entre outras providências, adotar práticas preventivas. Nessa conjuntura, *“Pensar nas RS da aids significa afirmá-las como regendo as relações sociais que se estabelecem em torno dessa realidade”*⁽³⁸⁾ (p.168).

A aids, em pouco tempo, transformou-se em um fenômeno social, impondo-se como a doença mais estigmatizante da sociedade, devido às características de disseminação da epidemia, juntamente com a pluralidade de fatores de ordem sociocultural, os quais resultaram em consequências desoladoras nas esferas social, cultural, política e econômica⁽⁴⁷⁾.

Essas consequências são noticiadas pela mídia, o que contribui para expandir e dar continuidade a relatos pouco promissores a respeito da evolução da doença. A participação dos meios de comunicação, nesse sentido, desempenha forte interferência na forma de pensar e na conduta dos indivíduos, ocasionando impacto negativo no plano simbólico da representação acerca da aids. Destaque-se que a divulgação de informações sobre a doença remete a conteúdos como morte, medo, promiscuidade, discriminação, culpa e exclusão, que aparecem de forma recorrente nas falas dos sujeitos⁽⁴³⁾.

Apesar de os programas de intervenção e de prevenção visarem a mudanças de comportamentos para reduzir o risco de infecção pelo HIV, eles se tornam limitados, porque são destinados aos riscos individuais, caracterizando o estado de saúde da coletividade pelos comportamentos individuais, e não do grupo, do coletivo. Uma das causas para o insucesso é não investir em políticas e estratégias que abordem um diagnóstico sociocultural, dificultando a implementação de ações preventivas e de controle acerca do problema⁽³⁶⁾.

Portanto, o conhecimento das representações sociais sobre HIV/Aids construídas por mulheres privadas de liberdade possibilita a identificação das formas compartilhadas de pensar e de agir em relação a essa doença, contribuindo para a

implementações de ações preventivas e políticas públicas de saúde que promovam cuidado integral a essas mulheres.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Caracteriza-se como um estudo exploratório, utilizando uma abordagem qualitativa, priorizando-se as falas das participantes, para salientar dimensões subjetivas acerca do HIV/Aids em mulheres em privação de liberdade, utilizando-se o aporte teórico das RS⁽¹¹⁾.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no período de outubro a novembro de 2014, no Centro de Reeducação Maria Júlia Maranhão, instituição prisional exclusiva para mulheres, localizada em João Pessoa. Trata-se do estabelecimento responsável por atender à demanda criminal do estado da Paraíba.

Esse centro de reeducação tem capacidade para 150 detentas, mas atualmente abriga 392 apenadas, distribuídas em dois pavilhões. Do universo total de detentas, 50 estão em regime provisório, 268 são condenadas e estão cumprindo pena em regime fechado, 57 cumprem pena em regime semiaberto e 17 em regime aberto. Esses dados modificam-se diariamente com a entrada e a saída de apenadas.

A estrutura física do centro é composta por três áreas: anterior, onde se encontram salas destinadas à administração do presídio e a serviços ofertados às mulheres; na parte posterior, localizam-se dois pavilhões separados por um muro. No pavilhão do lado direito, existem 16 celas, com 06 camas do tipo beliche em cada uma, as quais alojam as mulheres que cumprem pena em regime fechado. No período em que foi aplicada a coleta dos dados, havia uma média de 20 mulheres por cela, ou seja, excedendo o número de camas existentes. Ainda, no referido pavilhão, há uma sala de aula, cozinha e mais três celas que alojam mulheres que prestam serviço durante o cumprimento da pena, além de uma cela especial para acomodar as gestantes e as apenadas com filhos de até seis meses.

O pavilhão do lado esquerdo aloja as mulheres que cumprem pena nos regimes semiaberto e aberto. Ainda nessa ala, existem celas destinadas ao isolamento,

denominadas chapão, local que serve como punição às reclusas que infringem as normas internas do sistema prisional.

O centro de reeducação possui uma equipe composta por médica, enfermeira e assistente social, que prestam assistência à saúde na própria instituição. As apenadas que demandem serviços de maior complexidade são levadas ao Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS, do bairro de Mangabeira, para avaliação e encaminhamento ao serviço apropriado. Além da equipe do presídio, algumas instituições emprestam apoio social às mulheres apenadas: o Projovem, com ações de letramentos, a FACENE – Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, com ações de educação em saúde; o projeto RHEMA, com estudos bíblicos; as pastorais religiosas; e a Fundação Cidade Viva, que auxilia em assuntos jurídicos, de saúde e outros trabalhos.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 32 mulheres com faixas etárias diferentes: mulheres com idade entre 20 e 30 anos e mulheres entre 50 e 60 anos. Utilizou-se a totalidade das mulheres com idade entre 50 e 60 anos, ou seja, oito mulheres, e três vezes esse número para as mulheres com idade entre 20 e 30 anos (24). A amostra caracteriza-se como do tipo não probabilística, por conveniência, delimitada pelo critério de saturação dos dados, adotando-se como critério de inclusão a obrigatoriedade de a participante estar sentenciada na condição de regime fechado.

O interesse por esses grupos etários deveu-se à mudança epidemiológica da infecção, que, atualmente, encontra-se em processo significativo de crescimento, embora sejam escassos os estudos realizados nessa área.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi apreciado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); em seguida, a Secretaria de Segurança do Estado da Paraíba expediu o termo de anuência e, por fim, ocorreu a autorização pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB sob o parecer de nº 660.127, de 29 de abril de 2014, devidamente cadastrado na plataforma Brasil (CAAE nº 30165614.2.0000.5183).

Portanto, foram cumpridos rigorosamente todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos⁽⁴⁹⁾. A participação dos indivíduos foi voluntária, sendo-lhes previamente dirimidas todas as dúvidas em relação aos objetivos da pesquisa e à utilização das informações coletadas; os participantes assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo o qual ficou assegurado o absoluto sigilo das informações e a manutenção do anonimato dos participantes (APÊNDICE B).

3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para atender ao objetivo de conhecer as RS sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade, foi utilizado uma entrevista semiestruturada, que foi dividida em três partes e aplicadas nessa ordem: o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP), as questões abertas baseadas na TRS, e por fim as questões sociodemográficas. (APÊNDICE A).

Teste da Associação Livre de Palavras – essa técnica é um tipo de investigação aberta que se estrutura a partir da evocação de respostas dadas pelos participantes através de um estímulo indutor, permitindo colocar em evidência universos semânticos relacionados a determinado objeto. Neste estudo, a técnica consistiu em requisitar às apenadas que evocassem cinco palavras que viessem à mente ao ouvirem a palavra “Aids”; em seguida, foi solicitado que as participantes elegessem a evocação que julgassem mais importante⁽⁵⁰⁾.

Questões abertas– abordou questões inerentes ao *campo de representação ou imagens, conhecimentos ou informações e atitudes* das mulheres em privação de liberdade frente ao HIV/Aids, sendo subsidiadas na TRS.

Questões sociodemográficas- constituída por variáveis sócio demográficas (idade, raça, estado civil, crença, escolaridade, tempo de reclusão), questões relacionadas a gênero, orientação sexual, visita íntima, atividade sexual e uso de preservativo. Essas entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico e, posteriormente, transcritas para a formação do banco de dados.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O primeiro contato foi realizado com a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária objetivando solicitar autorização para a realização da pesquisa, mediante a expedição do termo de anuência. Com esse termo em mãos, realizou-se uma visita ao Centro de Reeducação Feminina, com o objetivo de apresentar o projeto aos coordenadores administrativos e conhecer a dinâmica funcional do presídio. A partir daí, ficou acordado que a coleta poderia ocorrer de segunda a sexta-feira, no turno vespertino, visto ser o horário com menor fluxo de atividades para as apenadas e para as agentes penitenciárias.

As agentes penitenciárias foram fundamentais na realização da pesquisa, pois elas visitavam as celas, indagavam quem gostaria de colaborar, retiravam as mulheres voluntárias das celas e as escoltavam até a sala de aula ou até o pátio, locais que foram disponibilizados para a coleta dos dados. Após a aplicação dos procedimentos de pesquisa, as mulheres eram levadas de volta às celas.

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora se apresentava formalmente e expunha todas as informações sobre a natureza da pesquisa, contemplando os aspectos éticos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), lendo-o em voz alta, explicando suas especificidades e, no caso de a encarcerada aceitar participar da pesquisa, solicitava-se sua assinatura. Após a assinatura, iniciava-se a entrevista pelo Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), seguida pelas questões subjetivas acerca das RS do HIV/Aids. Por fim, coletavam-se os dados sociodemográficos. Todas as entrevistas foram gravadas, com a devida autorização das apenadas, tendo, em média, a duração de 40min, sendo posteriormente transcritas na íntegra para formação de um banco de dados.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

As informações das entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para formação de bancos de dados, preparados especificamente para ser processado nos *softwares* EVOC, IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires*) e SPSS, sendo interpretados à luz da TRS.

Os resultados obtidos a partir do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) foram organizados em um banco de dados com o objetivo de construir um dicionário de vocábulos, agrupando semanticamente as palavras. A análise dos resultados do TALP foi efetuada por meio da categorização das palavras evocadas com o auxílio do *software* EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L' Analyse Des Evocations*), elaborado por Pierre Vergès em 2002, o qual possibilita efetuar a organização das palavras produzidas em função da hierarquia expressa pela frequência e ordem natural de evocação⁽⁵¹⁾.

O *software* EVOC permite a realização de cálculos estatísticos, construindo matrizes de coocorrências, as quais servem de base para a construção do quadro de quatro casas, em que são distribuídas as palavras evocadas, segundo as frequências e ordem média de evocação. Com base nesse processamento, chegou-se ao provável núcleo central e sistema periférico da representação da aids entre as mulheres em privação de liberdade.

O *IRaMuTeQ* é um *software* de análise textual, de acesso gratuito, com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud, em 2009, e utilizado pela primeira vez no Brasil pelo professor Brigído Camargo em 2013. Esse programa utiliza a estrutura do *software* R (www.r-project.org) para realização dos cálculos estatísticos, possibilitando diferentes tipos de análises textuais, desde as mais simples, como a lexicografia (frequência e estatísticas básicas), até as análises multivariadas como: a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análise de similitude e apresentação gráfica em nuvem de palavras determinada por frequência ou associação de χ^2 das palavras⁽⁵²⁾.

Esse programa utiliza como base um único arquivo (txt), que corresponde ao texto produzido individualmente pelos participantes, formando o *corpus* da pesquisa. Para analisar o *corpus*, o programa inicialmente faz uma identificação das palavras e de suas formas reduzidas (raízes) e compõe um dicionário. Em seguida, ocorre uma divisão do material discursivo em segmentos de textos, que formam e demarcam as classes semânticas. Essas classes são definidas através da quantificação das formas reduzidas em função de uma classificação, segundo a distribuição do vocabulário dos segmentos de texto. As classes representam o ambiente que dá sentido às palavras; estas passam por repetidos testes do tipo χ^2 até originar as classes com suas palavras e variáveis características, sendo ilustradas, graficamente, pelo *IRaMuTeQ*, sob a forma de dendograma⁽⁵²⁾.

Os dados coletados referentes ao perfil sociodemografico foram processados pelo pacote informático SPSS 20, através de estatística descritiva. Os resultados após processamento e análise de todos os dados foram interpretados subsidiados no referencial teórico da TRS, apresentados em **três artigos originais**: HIV/AIDS in prison: state of the art of scientific productions; Análise estrutural das representações do HIV/Aids por mulheres privação de liberdade; Mulheres em privação de liberdades e HIV/Aids: um estudo das representações sociais.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ARTIGO 1

International
Medical Society
<http://imedsociety.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: INFECTIOUS DISEASES
ISSN: 1755-7682

2016

Vol. 9 No. 16
doi: 10.3823/1887

HIV/AIDS in Prison: State of the Art of Scientific Productions

REVIEW

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro¹, Tatyana Ataíde Melo de Pinho²,
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira³, Danielle Aurilia Ferreira Macedo Maximino⁴,
Daiane Medeiros da Silva¹, Sandra Aparecida de Almeida⁵, Josiane Barbosa Freire da Silva⁶,
Aline Aparecida Monroe⁷, Gilka Paiva Oliveira Costa⁸, Jordana de Almeida Nogueira⁹

Abstract

Background: Considering the relevance of discussing AIDS in different contexts and groups with lower social support, the objective of this study was, summarize the scientific production developed over the past decade related to HIV/AIDS in the prison context.

Method: The sample consisted of 33 scientific articles linked to the portal journals of Capes, using the descriptors "HIV" and "prisoners", collected in March 2013. In the analysis stage of the articles, we used one specific instrument containing data, such as: article title, year of publication, country in which the research was developed and method. The interpretation of results occurred by the similarity of sub-themes, summarized and compared and presented in the form of frame.

Results: There was a higher production between 2010 and 2012, predominantly work in English and quantitative approach. There were settled four main themes: prevalence of HIV/AIDS and co-morbidities; vulnerability/risk to HIV/AIDS; interventions against HIV/AIDS; antiretroviral therapy in prisons: encouraging former prisoners.

Conclusion: In general, the complex problem of AIDS is still treated under a look turned to understanding risk behaviors and ways of transmission. The focus remains on the subject actor of acts that exposes to risk without, either, unfold to the social, political and economic in which they develop different factors of vulnerability.

Keywords

HIV; AIDS; Prisoners.

- 1 Nurse, Doctoral Student of Nursing at the Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 2 Physiotherapist, Doctoral Student of Nursing at the Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 3 Physiotherapist, Doctorate in Health Sciences, Federal University of Rio Grande do Norte, Professor at the Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 4 Nurse, Professor of Nursing College Nova Esperança. João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 5 Nurse, Doctorate in Nursing at Federal University of Paraíba, Professor of the Postgraduate Nursing Program at the Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 6 Bachelor of Nursing. Member of the study group on HIV/AIDS, health and sexuality.
- 7 Nurse, Department Maternal-Infant Nursing and Public Health, University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, FANHO/WHO Collaborating Centre for Nursing Research Development. Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.
- 8 Physician, Doctorate in Health Sciences, Federal University of Rio Grande do Norte, Professor at the Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.
- 9 Nurse, Doctorate in Nursing at Public Health from Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Professor of the Postgraduate Nursing Program at the Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Contact information:

Jordana de Almeida Nogueira.

✉ jalnogueira31@gmail.com

Introduction

The limited knowledge about the AIDS epidemic among vulnerable minorities to infection, such as persons deprived of liberty is related to the challenges, barriers and difficulties imposed to study marginalized groups⁽¹⁾.

Among the several reasons for the lack of information about the prison system, they are present, the lack of interest and attention in the various social spheres of this group; the difficulty of acceptance of the public to participate and collaborate in research and the erroneous belief of the public health authorities that the implementation of actions in this clientele will be frustrated, either by the resistance of inmates in adjusting to standards, either by a fact of incarceration that allow not make choices and adopt healthier living habits⁽²⁾.

Such obstacles influence and outline the process of marginalization of these groups, sponsoring them to a condition of deprivation of liberty in that imprisonment curtail them the right to efficient and effective interventions which every citizen should have access⁽²⁾.

It is estimated that the number of people infected by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) is higher among prisoners than in the general population, reaching epidemic proportions in some countries, the United States (1 in 100 behind bars), Malaysia (prevalence 10 times higher inside prisons)⁽³⁻⁸⁾. It is likely that, in some locations, like the federations belonging to the African continent, HIV infection rates differ from the real, because that homosexual activity is considered an illegal practice, masking the high incidence of the disease⁽⁹⁾.

The overcrowding in prison environment, the poor facilities and fragile physical conditions of inmates favor the maintenance of viral and bacterial sources of infection (tuberculosis, viral hepatitis and HIV). Still, surveys show that the permanence and growth in the number of seropositive cases are linked to risk behaviors in prisons, providing not only HIV infection but other Sexually Transmitted Diseases (STDs)^(6-8,10-12).

Additionally calls attention, the occurrence of unprotected sexual practices that take place in a generally hostile atmosphere of violence, fear and own corruption incarceration regime. Sex can be heterosexual or consensual, but admits the occurrence of homosexual rape, sex as a bargaining chip (sex trade), coercion (abuse of power) or punishment tool for disciplinary control^(2,5,9).

Other highlights are under the parenteral exposure about the achievements of tattoos and piercings using unsterilized instruments, intravenous drug use with sharing syringes and intramural duels between different factions involving sharp objects contaminated^(2,6,8,11,13).

Yet, as superimposed element and an adjunct to favor the spread of HIV in this group, highlights the lack of access to basic health care, especially in developing countries with predominantly one in inadequate health care, devoid of actions aimed at prevention, education, diagnosis and treatment programs in prisons^(1,6,9,14-15).

However, it is understood that even in prison, the HIV-infected person is a citizen who has rights to health endorsed constitutionally and that the judicial area of rehabilitation is a key opportunity for mass strategies implementations as condom distribution, counseling reduction of risk behaviors, prevention and monitoring of antiretroviral therapy (ART)^(3,16-18).

While recognizing the effectiveness of HAART in reducing the morbidity and mortality in any combat space sickness, enabling the treatment for people with inmates HIV positive, it requires important considerations concerning the confidentiality of diagnosis, carrier privacy, informed consent for treatment and resistance observation or drug failure^(1,8). Even if you can handle the circumstantial adversity that shape the internal structures of the prison system, the control and supervision of medication taken become even more impaired after serving the sentence. Outside the jail, access to health services is scarce and discriminatory, devoid of stability, motivating the return to risk behaviors, relapses into drugs and alcohol^(11,19-21).

Therefore, considering the relevance of HIV/AIDS in prisons, and the challenges to approach this issue in the scenario, the objective of this study was to summarize the scientific production developed over the past decade related to HIV/AIDS in the prison context.

Such an investigation is justified for knowledge and interpretation of production on the subject in order to raise reflections on the available information and contribute to the development of future research.

Method

It is an integrative review study of literature, which is characterized as a research method that allows an intensification of the phenomenon studied, as well as identifying gaps of knowledge about a particular theme.

To achieve the construction requirements of an article of this type, the following methodological steps were completed: elaboration of guiding question; search or sampling in the literature; data collect; critical analysis of results included; discussion of the results; presentation of integrative review⁽²²⁾. It sets up as a guiding question: what has been researched about the theme of HIV/AIDS among persons deprived of liberty in the period 2003-2012.

The sample consisted of scientific papers published in journals indexed in electronic databases linked to periodic portal Capes, with access made under the Federal University of Paraiba. Data collection

occurred in March of 2013 using the descriptors "HIV" and "prisoners", connected through the Boolean operator "AND", selecting the search refinement option for "last ten years "and only the" title".

Once decided the systematic and careful reading of all the titles and abstracts, full texts were included in the form of paper, in Portuguese, English and Spanish, published between the years 2003 to 2012 and accessible on Capes portal. Of the total 110 identified studies, 44 articles were excluded by repetition, 17 were not available in full, 13 were previous notes or abstracts and 03 did not correspond to the theme.

In the analysis stage of the articles used a specific instrument to synthesize the relevant data needed to conduct the study of the issue, containing data such as article title, publication year, country in which developed research and method. The interpretation of results occurred by the similarity of sub-themes, summarized and compared. From the 33 selected articles and grouping objects converging, it defined four themes: prevalence of HIV/AIDS and comorbidities; vulnerability/risk to HIV/AIDS; interventions against HIV/AIDS; antiretroviral therapy in prisons: encouraging ex-offenders.

It is noteworthy that all information obtained are backed by the registration of the references of the authors at the end of work, respecting thus the ethical aspects.

Results

A higher production from 2010 to 2012, with 21 (63.6%) publications during this period, lack of works in the years 2005-2006, prevalence of quantitative approach (75.7%) and written in English (100%), especially larger conducting research in the North American country - United States (57.6%).

	Title	Year	Country
1	Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners	2007	Italy
2	The trend of HIV/AIDS prevalence among IDU's in Iranian prisoners (1376-1386)	2010	Iran
3	Hepatitis A, B, C and HIV infections among Finnish female prisoners e Young females a risk group	2011	Finland
4	Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus , hepatitis B and hepatitis C and risk factors in prisoners in Lebanon	2010	Libanon
5	HIV/AIDS prisoners: a case study on quality of life in Roumieh, Lebanon	2012	Libanon
6	Psychiatric and Substance Abuse Comorbidity among HIV Seropositive and HIV Seronegative Prisoners in Malaysia	2010	Malasia
7	Psychiatric morbidity in HIV-infected male prisoners.	2010	Taiwan
8	Evaluation of a Psychometric Instrument Designed to	2010	USA

	Assess the HIV Risk Behaviors of Ex-Prisoners		
9	Knowledge, attitudes and practices towards HIV/Aids among Iranian prisoners in Mazandaran province in the south-coasts area of the Caspian Sea	2011	Iran
10	Exploring the effects of childhood sexual abuse and its impact on hiv/aids risk-taking behavior among women prisoners	2003	USA
11	The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection	2004	Brazil
12	HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study	2003	Thailand
13	Applying classification and regression tree analysis to identify prisoners with high HIV risk behaviors	2008	USA
14	Examination of an interventionist-led HIV intervention among criminal justice-involved female prisoners	2009	USA
15	Knowledge is not always power: HIV risk behavior and the perception of risk among women prisoners	2004	USA
16	HIV, alcohol dependence, and the criminal justice system: a review and call for evidence-based treatment for released prisoners	2011	USA
17	Emergency Department Use by Released Prisoners with HIV: An Observational Longitudinal Study	2012	USA
18	Prevalence and Risk Factors of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C Among Female Prisoners in Isfahan, Iran	2012	Iran
19	A critical review of hiv-related interventions for women prisoners in The United States	2010	USA
20	Adapting an evidence-based intervention targeting HIV-infected prisoners in Malaysia	2011	Malaysia
21	Molecular Characteristics of HIV Type 1 Infection Among Prisoners from Central Western Brazil	2011	Brazil
22	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	2011	USA
23	Male prisoners and hiv prevention: a call for action ignored	2003	USA
24	Challenges for the provision of a support group for hiv-positive prisoners in south Africa	2008	South Africa
25	Attitudes toward opioid substitution therapy and pre-incarceration HIV transmission behaviors among HIV-infected prisoners in Malaysia: Implications for secondary prevention	2011	Malaysia
26	Retention on Buprenorphine Is Associated with High Levels of Maximal Viral Suppression among HIV-Infected Opioid Dependent Released Prisoners	2012	USA

27	Limited Spending: An Analysis of Correctional Expenditures on Antiretrovirals for HIV-Infected Prisoners	2007	USA
28	Effectiveness of Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Prisoners: Reincarceration and the Lack of Sustained Benefit after Release to the Community	2004	USA
29	HIV Testing and Treatment with Correctional Populations: People, Not Prisoners	2010	USA
30	Improved HIV and Substance Abuse Treatment Outcomes for Released HIV-Infected Prisoners: The Impact of Buprenorphine Treatment	2010	USA
31	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	2012	USA
32	Pairing HIV-positive prisoners with volunteer life coaches to maintain health –promoting behavior upon release: a mixed-methods needs analysis and pilot study	2009	USA
33	Public health implications for the adequate transitional care for HIV-infected prisoners: Five essential components	2011	USA

☐ THEMATIC AXIS 1	☒ THEMATIC AXIS 2	THEMATIC AXIS 3	THEMATIC AXIS 4
--	---	-----------------	-----------------

Figure 1 – Articles included in the literature review, according to published data, according to the theme by different colorations, from 2003 to 2012. Joao Pessoa, PB, Brazil, 2014.

Discussion

Thematic Axis 1: prevalence of HIV/AIDS and co-morbidities

Research around the world involving prevalence research are common when it comes to diseases of epidemic proportions as HIV / AIDS. In a study conducted in Italy, in the south of Lazio chains in the central region of the country, there have been cases of HIV and co-infections (HBV and HCV) among prisoners in the period 1995-2000, examining 1047 prisoners, the which 42 (4%) tested positive for HIV. Regarding the HBV/HCV, held the test in 1136 inmates, with a significant percentage of 203 (18%) positive results⁽²³⁾.

Another publication focused on the study of prevalence of associated infections - Hepatitis/HIV - and the risk factors among prisoners in the country of Finland, it was found that the investigated 410 prisoners, 101 were women and 309 men. Concerning HIV, 1.1% of women and 0.7% of men were positive; no woman had HBsAg antibodies while 0.7% of men had; 37.5% of women and 4.1% of men had HAV antibodies; 52.3% of women and 43.9% of men were

positive for HCV. As risk factors, discriminated against the use of alcohol and smoking, in addition to injecting drug use and unprotected sex in the prison environment⁽¹³⁾. The same approach, Lebanese study in 2010 to determine the prevalence of HIV infections, HBV and HCV among prisoners, showed that only one of 580 prisoners tested had a positive anti-HIV, 14 individuals (2.4%) were prevalent serum HBV and 20 individuals (3.4%) had prevalence of HCV. It turned out also that 89.0% of anti-HCV prisoners had previous incarceration history, were injecting drug users and all had tattoos⁽¹¹⁾.

Considering the aforementioned country, another study with a focus on prisons was developed in 2012, this time to evaluate the quality of life (QOL) of only 5 patients with HIV/AIDS in the largest prison male maximum security of the country, using the instrument WHOQOL and the WHO guidelines on HIV/AIDS in prison. During investigation, it was found that all prisoners with HIV/AIDS were dissatisfied with their living conditions, claiming that the prison administration did not respect the privacy or confidentiality of their HIV status, and have science disclosure of their health condition to other inmates. The uncertainty related to longevity and death were the main contributors to the increase of anxiety, fear and depression and the prisoners had affected in four areas: psychological, social, environmental and physical⁽¹⁰⁾.

In contrast to the positive figures for HIV infections found in prisons in general, the results of a survey carried out in Iran in 2012 in order to identify not only the prevalence of infections as well as the risk factors between incarcerated women point out that the 163 prisoners interviewed, 47 had HBsAg antibodies (2); HBcAb (12); HBsAb (21) and HCV (12), not being detected no cases of HIV and syphilis, as compatible to the general population of the country, which should be investigated the reasons for lack of case record. Regarding the risk factors involved, it is the sharing of needles and unprotected sex⁽²⁴⁾.

When analyzing the association between HIV infection and psychiatric disorders among prisoners, studies in Malaysia found a high prevalence of mental illness and substance use disorders, particularly opiate addiction. HIV infection was significantly correlated with age, ethnicity, marital status, history of injection drug use, duration of incarceration and drug use⁽²⁵⁾. These data are consistent with a study in Taiwan, in which, of all the prisoners interviewed in seven different prisons, 42.0% of participants had associated psychiatric disorders⁽²⁶⁾.

Thematic Axis 2: vulnerability / risk to HIV/AIDS

In terms of the research focused on the study of "vulnerability/risk prisoners to HIV/AIDS", it was found reliability, readability and reliability of a questionnaire used in the United States

focused on risk assessment, made up of population issues, including history imprisonment, sexual orientation and conducting HIV tests, and issues related to risk behaviors involving tattoo, piercing, injection drug use and risky sexual behavior (type of intercourse, number of partners and condom use). Such an instrument should be of interest to clinicians and researchers that monitor risk behaviors to HIV in the prison system⁽⁶⁾.

Concerning knowledge attitudes and practices, there was in Iran that there is a good level of knowledge about HIV/AIDS among prisoners. Though the inmates consider this wrong as a disease of the other, without realizing vulnerable to illness, and attach to spread of the virus to the lack of religious and moral commitment, and the need for efforts at prevention in prisons, since the public from infected is concentrated among injecting drug users⁽¹²⁾.

By associating the effects of childhood sexual abuse to risky behavior among female prisoners, US research shows that the prisoners abused in childhood are more likely to adopt high-risk activities with sex and drugs, causing differential impact on vulnerability to HIV/AIDS. They showed neglect as a child, and parental history generated in families of addicted parents of licit and illicit drugs or with psychiatric problems⁽²⁷⁾.

Brazilian study aimed to investigate the vulnerability of women deprived of freedom shows significant prevalence for HIV, syphilis and hepatitis C in prison, checking the significant relationship with HIV infection is linked to the sexual partner - casual, HIV positive, injecting drug user or sexually transmitted diseases. Even if the condemned has a single partner makes vulnerable to abandon the condom for the trust in the other. The use of drugs by invasive routes is also noted as a risk factor, however sexual behavior has featured as the main HIV transmission component in the female prison population⁽²⁸⁾.

Corroborating, an American study designed to investigate risk factors linked to the period prior to arrest also states, that sexual behavior is the general trend of such detainees develop activity with high probability to become infected with HIV within the universe which covers factors such as consumption of drugs, sex trade, extremes of age, poor levels of education, low income, history of violence or mental health problems⁽⁷⁾.

In contrast, the use of injectable drugs was the highlight risk factor in a Thai prison system, where half of male prisoners claimed to be drug user and a good portion of these share injection materials during incarceration⁽²⁾.

In the same task, research in Texas involving women offenders, which is proposed to analyze the perceptions and risky behavior by treating drug addiction, suggests that drug treatment can be effective in reducing certain risk behaviors. However, the results show that educational work aimed to prisoners cannot change risk behavior of

these populations, making it necessary to rethink the way you act and interact effectively on this public ⁽¹⁵⁾.

Within the theme of vulnerability/risk, only one intervention study was identified, consisting of a phase III randomized trial to reduce risk behaviors to HIV among incarcerated women in four states. From sessions to discuss accession assistance from the protocol, the researchers showed that 95.0% of women participants were interested, engaged and understand the themes, resulting in high levels of acceptance and faithfulness the actions listed in the protocol to minimize the chances of contracting the virus through risky sex⁽²⁹⁾.

Thematic Axis 3: facing HIV/AIDS interventions

With regard to interventions related to HIV in inmates, US studies found that programs that included cognitive sessions, self-esteem skills, communication, modules on safer sex practices, knowledge about HIV and relied on social assistance during prison and after release they showed higher rates of safe sex, reduction in recidivism prisons and drug use⁽³⁰⁾.

Within this same problem, intensive interventions before and after the arrest in HIV-infected individuals, was to be very effective in terms of access to medical care and drug utilization during the year following the release⁽³¹⁾.

In US study in order to investigate the use of the Emergency Department (ED) to obtain interventions for HIV-infected prisoners transitioning to the communities, it was shown that of the 151 individuals surveyed, 32.6% were attended to syndromes acute febrile, 20.3% because of pain, followed by substance use problems (19.4%), trauma (18.0%), mental illness (11.0%), and social access issues (4.4%). The use of ED was correlated with moderate to severe depression and the worsening addiction to alcohol) but was not related to the severity of HIV⁽¹⁹⁾.

Training programs for prison volunteers in planning programs and services for prisoners infected with HIV also is a promising strategy, according to research conducted in the North American region and can help reduce recidivism and help in the continuity of treatment and the safe sex practices after the reintegration of prisoners into the community⁽¹⁶⁾.

In 2010, in Iran, researchers developed a survey to study the trend and results of operations of HIV/AIDS in prisoners who were injecting drugs during the years 1997-2007. During the years investigated there was variation in the prevalence of cases HIV/AIDS, the largest evidenced in 2005, where there were studied 4920 prisoners and the result was of 4.86% (239) positive cases and the lowest was in 1997 with 2022 inmates examined presenting the result was positive for 0.15% (03)⁽¹⁸⁾.

At the time, Iran held two important interventions in their prisons, initiated and extended therapy with methadone (medicine used to prevent withdrawal symptoms and dependence on illicit drug users), and create triangular clinics. The trend shown in the survey is that over the years the prevalence of HIV/AIDS increased, even with the applied interventions⁽¹⁸⁾.

In addition, scholars make it clear that it takes innovative HIV prevention programs in prisons and also show the existing shortage in this area. It would take bold political actions and progressive to improve the health and welfare of the prison population. Among these actions: mandatory adoption of HIV testing in the prison systems, initiatives enhancing continuity of care to the infected inmates returning to the community, better opportunities for community-based organizations and health services to the population incarcerated can have access to education and prevention services to HIV/AIDS^(17,32).

In Brazil, more specifically in the state of Mato Grosso do Sul, it was developed a survey to investigate the secondary resistance mutations associated with nucleoside/non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors among prisoners in three distinct detentions institutions. Of the total respondents, resistance mutations were present in 37.0% of subjects, verifying a high rate of resistance and possible transmission within the prison, showing the need to improve the prevention, counseling and treatment strategies for prisoners⁽¹⁾.

Thematic Axis 4: Antiretroviral therapy in prisons: encourage the former inmates

The use of antiretroviral therapy in HIV-infected inmates, highlighting dependent on opiates, presents itself as an effective strategy to control the disease after imprisonment. A study conducted in Malaysia shows that antiretroviral therapy and reduce disease transmission, also contributes to the secondary prevention after incarceration, reducing risk behaviors among newly released, since they have a high risk of drug use relapse. The data also show that although there are opinions of controversy about the benefits of therapy after the arrest, this has aroused interest among former prisoners in learning more about the therapy, especially among those who shared needles or syringes prior to imprisonment and among those who lost a close friend to AIDS⁽³⁾.

Similar studies also developed in the United States with inmates infected with HIV, opioid users in antiretroviral treatment and recommended counseling for HIV-infected patients that use this therapy, showed that they kept the maximum viral suppression compared with the cases who did not receive therapy. It is suggested that this result is due to the fact that the use of treatment helped in controlling the craving for opiates after release from prison, allowing better adherence to treatment and consequently effective

suppression of HIV replication possibilities. Note the therapy in this context as viral replication prevention tool and use of opioids after the arrest^(4,20).

Confirming these data, research carried out among prisoners members of the corrections system points out that in addition to generating benefits for the inmate and former inmate with HIV, especially among those who make use of opiates, antiretroviral therapy in prisons can also positively influence the immunological and virological parameters of the disease, it improves adherence to treatment and reduces the possibility of drug resistance^(21,33).

However, although there is a recognition that access to antiretroviral treatment in prisons can benefit not only the prisoners but also their families and the community, since it can encourage ex-offenders to continue HIV treatment after release shame, lack of infrastructure and the high cost of HIV treatment have become a challenge to be overcome, considering that only 29% of sales of antiretroviral drugs were destined for prisons, according to studies carried out in prisons and correctional systems in the United States^(8,14).

In the United States, other studies have been done reviewing the literature about HIV, alcohol and criminal system, making a criticism of the treatment of released prisoners. About a quarter of people with HIV and alcoholics are in prisons and this causes them to have less care with the disease, decrease the adherence to antiretroviral treatment, with consequent poor results of HIV treatment and higher levels of risk behavior. Treatment of alcohol dependence should be continued after the release of prisoners in the community, and naltrexone appeared as the best therapeutic option⁽³⁴⁾.

It was noticed that combination with antiretroviral therapy is rarely continued after release from prison, and that virological and immunological outcomes worsen. These negative results in the treatment stem from some obstacles as homelessness, lack of medical insurance, relapse in the use of drugs and alcohol and mental illness, that released prisoners face after being reinserted in the community^(5,34).

Conclusion

Generally speaking, the serious and complex problem of the AIDS epidemic is still treated under a component turned to understand the risk behaviors and modes of transmission. The focus remains on the subject actor of acts that exposes them to the risk without, either, to deploying or moving the plot for the social, political and economic in which they develop different factors increasing vulnerability.

The prevalence keeps alarming to public health, worsening the presence of comorbidities and associated mental problems, the

vulnerability is universal and must be understood by different social aspects, and treatment as their progress also suffers setbacks in its implementation and effectiveness, requiring measures that go beyond the purely biological sphere.

It is necessary, therefore, a new look or a more inclusivist look under marginalized populations that have a more aggravating arsenal to the social ills that impute them the right to health, education and actions that enable them to leave the danger zone or adopt a way of life as to make it less vulnerable to imminent threat of HIV infection.

Funding: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Process Number: 480129/2013-4

References

1. Cardoso LPV, Silveira AA, Francisco RBL, Reis MNG, Stefani MMA. Molecular characteristics of HIV type 1 infection among prisoners from Central Western Brazil. *Aids Research and Human Retroviruses*. 2011;27(12):1349-53.
2. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, Sawanpanyalert P, Chadbanchachai C, Rojanawiwat A, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*. 2003;3(25):1-8.
3. Bachiredy C, Bazazi AR, Kavasery R, Govindasamy S, Kamarulzaman A, Altice FL. Attitudes toward opioid substitution therapy and pre-incarceration HIV transmission behaviors among HIV-infected prisoners in Malaysia: Implications for secondary prevention. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;116:151–7.
4. Springer SA, Qiu J, Saber-Tehrani AS, Altice FL. Retention on Buprenorphine Is Associated with High Levels of Maximal Viral Suppression among HIV-Infected Opioid Dependent Released Prisoners. *Plos One*. 2012;7(5):1-11.
5. Springer SA, Spaulding AC, Meyer JP, Altice FL. Public health implications for adequate transitional care for HIV-infected prisoners: five essential components. *HIV/AIDS*. 2011;53:469-79.
6. Balogun JA, Abiona TC. Evaluation of a psychometric instrument designed to assess the HIV risk behaviors of ex-prisoners. *Journal of Correctional Health Care*. 2010;16(4):287-98.
7. Frisman L, Prendergast M, Lin H-J, Rodis E, Greenwell L. Applying Classification and Regression Tree Analysis to Identify Prisoners with High HIV Risk Behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2008;40(4):447-58.
8. Seal DW, Eldridge GD, Zack B, Sosman J. HIV testing and treatment with correctional populations: people, not prisoners. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2010;21(3):977-85.

9. Mushayabasa S, Bhunu CP. Modeling HIV Transmission Dynamics among Male prisoners in Sub-Saharan Africa. *IAENG International Journal of Applied Mathematics*. 2011, 41:1.
10. Ammar DF, Zein HLE, Jor NE. HIV/AIDS prisoners: a case study on quality of life in Roumieh, Lebanon. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS: An Open Access Journal*. 2011;8(2):74-81.
11. Mahfoud Z, Kassak K, Kreidieh K, Shamra S, Ramia S. Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B and hepatitis C and risk factors in prisoners in Lebanon. *J Infect Dev Ctries*. 2010;4(3):144-9.
12. Majdi MR, Khani H, Azadmarzabadi E, Montazeri A, Hallajian E, Babamahmodi F, et al. Knowledge, attitudes and practices towards HIV/AIDS among Iranian prisoners in Mazandaran province in the south-coast area of the Caspian Sea. *Easter Mediterranean Health Journal*. 2011;17(12):905-10.
13. Viitanen P, Vartianinen H, Aarnio J, Gruenewaldt VV, Hakamäki S, Lintonen T, et al. Hepatitis A, B, C and HIV infections among finnish female prisoners e young females a risk group. *Journal of infection*. 2010;62:59-66.
14. Zaller N, Thurmon P, Rich JD. Limited spending: an analysis of correctional expenditures on antiretrovirals for HIV-infected prisoners. *Public Health Reports* . 2007;122:49-54.
15. Mullings JL, Marquart JW, Hartley DJ. Exploring the effects of childhood sexual abuse and its impact on HIV/AIDS risk-taking behavior among women prisoners. *The prison journal*. 2003;83(4):442-63.
16. Spaulding AC, Sumbry AR, Brzozowski AK, Ramos KL, Perez SD, Maggio DM, et al. Pairing HIV-positive prisoners with volunteer life coaches to maintain health –promoting behavi or upon release: a mixed-methods needs analysis and pilot study. *AIDS Education and Prevention*. 2009;21(6):552–69.
17. Braithwaite RL, Arrióla KRJ. Male Prisoners and HIV Prevention: A Call for Action ignored. *Am J Public Health*. 2003;93:759-63.
18. Nokhodian Z, Yazdani MR, Yaran M, Shoraei P, Mirian M, Ataei B, et al. Prevalence and risk factors of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C among female prisoners in Isfahan, Iran. 2012;12(7):442-7.
19. Meyer JP, Qiu J, Chen NE, Larkin GL, Altice FL. Emergency Department Use by Released Prisoners with HIV: An Observational Longitudinal Study. *Emergency Department Use by HIV+ Prisoners*. 2012;7(8):1-10.
20. Springer SA, Chen S, Altice FL. Improved HIV and substance abuse treatment outcomes for released HIV-infected prisoners: the impact of buprenorphine treatment. *Journal of urban health; Bulletin of the New York academy of Medicine*. 2010;87(4):592-602.
21. Saber-Tehrani AS, Springer SA, Qiu J, Herme M, Wichersham J, Altice FL. 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*. 2011;33:436-44.

22. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-6.

23. Shahbazi M, Farnia M, Moradi G, Ebrahimi B. The trend of HIV/AIDS prevalence among IDU's in Iranian prisoners (1376-1386). *Retrovirology*. 2010;7(Suppl 1):101.

24. Torre GL, Miele L, Chiaradia G, Mannocci A, Reali M, Gasbarrini G, et al. Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners. *BMC Infectious Diseases*. 2007;7(100):1-9.

25. Zahari MM, Bae WH, Zainal NZ, Habil H, Kamarulzaman A, Altice FL. Psychiatric and Substance Abuse Comorbidity among HIV Seropositive and HIV Seronegative Prisoners in Malaysia. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2010;36:31-8.

26. Peng EY-C, Lee M-B, Morisky DE, Yeh C-Y, Farabee D, Lan Y-C, et al. Psychiatric morbidity in HIV-infected male prisoners. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2010;109(3):177-84.

27. Mullings JL, Marquart JW, Carr T, Hartley DJ. Knowledge Is Not Always Power: HIV Risk Behavior and the Perception of Risk Among Women Prisoners. *Journal of Correctional Health Care*. 2004;11(1):59-78.

28. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Braz J Med Biol Res*. 2004;37(5):771-6.

29. Havens JR, Leukefeld CG, Oser CB, Staton-Tindall M, Knudsen HK, Mooney J,

et al. Examination of an interventionist-led HIV intervention among criminal justice-involved female prisoners. *J Exp Criminol*. 2009;5:245-72.

30. Lichtenstein B, Malow R. A critical review of HIV-related interventions for women prisoners in the United States. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010; 21(5):380-94.

31. Wohl DA, Scheyett A, Golin CE, White B, Matuszewski J, Bowling M, 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*. 2011;15(2):356-64.

32. Copenhaver MM, Tunku N, Ezeabogu I, Potrepka J, Zahari MMA, Kamarulzaman A, et al. Adapting an evidence-based intervention targeting HIV-infected prisoners in Malaysia. *AIDS Research and Treatment*. 2011;1-14.

33. Springer SA, Pesanti E, Hodges J, Macura T, Doros G, Altice FL. Effectiveness of antiretroviral therapy among hiv-infected prisoners: reincarceration and the lack of sustained benefit after release to the community. *HIV/AIDS*. 2004;38:1754-60.

34. Springer SA, Azar MM, Altice FL. HIV, alcohol dependence, and the criminal justice system: a review and call for evidence-based treatment for released prisoners. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2011;37:12–21.

ARTIGO 2

**ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES DO HIV/AIDS POR
MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE
STRUCTURAL ANALYSIS OF THE REPRESENTATIONS OF HIV/AIDS FOR
WOMEN IN PRISON SITUATION
EL ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LAS REPRESENTACIONES DE VIH/SIDA
PARA LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE PRISIÓN**

Tatyana Ataíde Melo de Pinho¹; Antonia Oliveira Silva²; Maria Adelaide Silva Paredes
Moreira³

RESUMO

Objetivo: identificar a estrutura das representações sociais sobre HIV/Aids por mulheres em situação de cárcere. **Método:** estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 32 mulheres sentenciadas no centro de reabilitação Maria Julia Maranhão, em João Pessoa/PB. Utilizou-se o Teste de Associação de Palavras Livre, tendo como estímulo indutor "HIV/Aids". Os dados foram analisados pelo quadro de quatro quadrados, à luz da Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** os elementos do núcleo central da representação foram *prevenção, medo, morte, doença e angústia*; a periferia revelou elementos como *desprezo, dor, preservativo, ruim e transmissão*. **Conclusão:** observou-se a existência de um processo de mudança nas representações sociais da Aids, com a introdução do elemento de prevenção e diminuição do sentimento de morte iminente. Esse processo apresenta-se como fruto da evolução nas construções simbólicas, oriundas das interações humanas, contribuindo para o conhecimento dos modos de pensar associados à síndrome, voltando-se para as práticas profissionais em saúde.

Descritores: Aids. HIV. Mulheres. Prisioneiros. Representações Sociais. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: identify the structure of social representations on HIV/AIDS for women in jail situation. **Method:** exploratory study with qualitative approach realized with 32 women serving sentences in the rehabilitation center Maria Julia Maranhão in João Pessoa/PB. Was used the Test of Free Words Association, using as inducing stimulus "HIV/Aids". The data were analyzed by the four squares board, in the light of the Social Representations Theory. **Results:** the core elements of representation were prevention, fear, death, disease and distress; and the poor neighborhood revealed elements such as

contempt, pain, preservative, bad and transmission. **Conclusion:** it was observed the existence of a changing process in social representations on Aids, with the introduction of the prevention element and decreased feeling of imminent death. This process presents as the result of a complex process of symbolic buildings, derived from human interactions, contributing to the knowledge of the ways of thinking associated with the syndrome and occupational health practices.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Women. Prisoners. Social Representation. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar la estructura de las representaciones sociales del VIH / SIDA por parte de las mujeres en prisión. **Método:** estudio exploratorio con un enfoque cualitativo de los datos realizado con 32 mujeres condenadas en el Centro de Rehabilitación María Júlia Maranhão, en João Pessoa/PB. Se utilizó la Prueba de Asociación de Palabra Libre, utilizando como estímulo inductor "VIH/SIDA". Los datos fueron analizados por la tabla de cuatro casas, a la luz de la Teoría de las Representaciones Sociales. **Resultados:** os elementos básicos de representación fueron, miedo, muerte, enfermedad y angustia; La periferia reveló elementos como el desprecio, dolor, condón, el mal y la transmisión. **Conclusion:** se observó la existencia de un proceso de cambio en las representaciones sociales del SIDA, con la introducción del elemento de prevención y la reducción del pensamiento de muerte inminente. Este proceso se presenta como resultado de la evolución de las construcciones simbólicas, derivadas de las interacciones humanas, lo que contribuye al conocimiento de las formas de pensamientos asociadas con el síndrome, convirtiendo de este modo para la práctica profesional de la salud.

Palabras clave: SIDA. HIV. Mujeres. Prisioneros. Representaciones sociales. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A aids surgiu no Brasil, em 1982, como fenômeno misterioso e temido, principalmente, pela letalidade e características corporais desfigurantes. Hoje, passadas mais de três décadas, ainda representa um fenômeno global e dinâmico, destacando-se entre as doenças infecciosas que causam mais morte entre as mulheres ⁽¹⁾.

A epidemia vem apresentando mudanças epidemiológicas e sociais, ao longo dos últimos anos, deixando de ser uma doença metropolitana, com origem nas classes altas, que atingia pessoas do meio artístico-cultural, restringindo-se a grupos de riscos (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo) para ser considerada uma doença interiorana, com origens populares, acometendo qualquer pessoa e difundindo-se para indivíduos socialmente considerados não vulneráveis à síndrome, como heterossexuais, mulheres monogâmicas, idosos e crianças ⁽²⁾.

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), as mulheres têm se tornado cada vez mais vulneráveis à infecção, representando metade das pessoas que vivem com aids em todo o mundo. Além do aumento do número de mulheres contaminadas pelo vírus da aids, observou-se também que o aumento constante do encarceramento é uma realidade global, chegando a mais de 10,35 milhões de pessoas mantidas em estabelecimentos prisionais em todo mundo ⁽³⁻⁴⁾.

Esses dados tão significativos foram discutidos na Declaração de Melbourne, que mostrou as mudanças e preocupações no delineamento da aids, que traz à tona, além das mulheres, novos grupos vulneráveis, como os indivíduos acima de 50 anos e as mulheres em privação de liberdade ^(3,5).

O governo brasileiro conta com o apoio do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) em ações de prevenção, diagnóstico e assistência ao HIV/Aids no sistema penitenciário, buscando identificar as situações de vulnerabilidade em que vivem as pessoas em privação de liberdade para, assim, propor estratégias de atendimento às necessidades diagnosticadas ⁽⁷⁻⁸⁾.

Mesmo com o apoio da UNODC nas ações de prevenção, a Organização Mundial da Saúde relatou, em seu estudo sobre mulheres e saúde, que, embora muitas jovens já tenham ouvido falar do HIV/Aids, apenas 38% foram capazes de descrever corretamente as formas de se evitar a infecção. Outro dado preocupante é a revelação de que somente uma minoria usa preservativo ao praticar sexo de alto risco ⁽⁹⁾.

As estratégias desenvolvidas para as mulheres em situação de privação de liberdade devem apresentar um caráter diferenciado, haja vista que é necessária uma

maior assistência voltada para a promoção da saúde dessa população, em decorrência da maior vulnerabilidade proporcionada pelo ambiente prisional, caracterizado por violência, opressão e também pelo reduzido número de ações preventivas ofertadas pelo sistema de saúde carcerário ⁽¹⁰⁾.

Para tanto, é necessário mudar comportamentos ainda bastante presentes nas relações sociais como a intolerância, o medo e o preconceito, bem como corrigir crenças consideradas inadequadas ou falsas. Faz-se imprescindível promover mudanças em relação aos tabus e estigmas que permeiam a sociedade, visando à construção de novas representações acerca da aids, para assim tentar reduzir os riscos ao HIV/Aids em pessoas em situação de cárcere.

A evidência de lacunas no conhecimento das mulheres privadas de liberdade em relação à aids estimula a realização de pesquisas baseadas na Teoria das Representações Sociais (TRS), que busca identificar a problemática a partir da ótica do próprio indivíduo, constituindo um aporte teórico importante utilizado na implantação e efetivação das práticas de saúde ⁽¹¹⁻¹²⁾

Esse referencial teórico possibilita a apreensão dos conceitos ou fenômenos que os sujeitos associam à doença, os quais são responsáveis pela forma como a realidade empírica os abstraem e lhes dá sentido. Isso significa compreender não apenas os aspectos técnico-científicos da doença, mas também aspectos referentes a crenças e valores morais ligados à sexualidade e à família. Essa associação de significados é decorrente das experiências de vida dos indivíduos e se atrela à dependência do modo como eles forem introduzidos no meio social ⁽¹³⁾.

Considerando que o número de mulheres privadas de liberdade que vivem com HIV/Aids vem aumentando e observando-se a necessidade de implementação de políticas públicas e práticas educativas preventivas mais eficazes direcionadas a essa população, sentiu-se a necessidade de conhecer as representações sociais dessas mulheres frente ao HIV/Aids.

Diante dessas considerações, questiona-se: quais os conteúdos representacionais sobre o HIV/AIDS construídos por mulheres em privação de liberdade? Que elementos estariam presentes nos sistemas central e periférico desta representação?

Para responder a tal questionamento, este estudo tem por objetivo identificar a estrutura das RS do HIV/AIDS construídas por mulheres em privação de liberdade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa dos dados, pautados na abordagem estrutural da TRS. A amostragem da pesquisa foi do tipo não probabilística, por conveniência, sendo constituída por 32 mulheres. Utilizou-se como critérios de inclusão: cumprir pena em regime fechado e concordar em participar da pesquisa. O cenário do estudo foi o Centro de Reabilitação Maria Júlia Maranhão, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba. A coleta dos dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2014.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB sob o parecer de nº 660.127. Em relação à participação dos indivíduos, obedeceu-se aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. A participação foi voluntária, sendo antecipadas e oportunamente esclarecidas todas as dúvidas acerca da coleta e pretensão de utilização dos dados. Por fim, as participantes assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, utilizou-se uma entrevista abordando variáveis sociodemográficas e o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). As participantes foram orientadas a evocar cinco palavras que viessem à mente ao ouvirem a palavra “HIV/Aids” e, em seguida, foi solicitado que elegessem a evocação percebida como a mais importante ⁽¹⁴⁾.

Os dados foram organizados em um banco de dados específico para serem processados no *software* EVOC, fundamentando-se na Teoria do Núcleo Central. O EVOC proporciona a organização das palavras produzidas, respeitando a hierarquia apresentada pelas frequências (dimensão coletiva), e ordem média de evocação (OME), que diz respeito à dimensão individual, permitindo a realização de cálculos estatísticos e construção de matrizes de coocorrências. Os indicadores de frequência e ordem média de evocação (OME) de cada conteúdo representacional, atribuídos pelas participantes, possibilitam identificar os conteúdos da estrutura da representação, através da formação do quadro de quatro casas e provável constituição dos sistemas central e periférico da representação social da aids ⁽¹⁴⁾.

No quadro de quatro casas, o quadrante superior esquerdo, denominado de provável núcleo central, é formado pelas palavras que apresentaram maior frequência e que foram mais prontamente evocadas, constituindo-se na parte mais estável e permanente da representação. Nesse caso, seu conteúdo está ligado à memória coletiva

do grupo, fornecendo significado à representação. O quadrante inferior esquerdo, denominado de zona de contraste, é formado pelas palavras que obtiveram menores frequências e menor ordem média de evocação, demonstrando variações de centralidade da representação para grupos específicos. As palavras localizadas nesse quadrante constituem os elementos intermediários, que podem se aproximar do núcleo central ou dos elementos periféricos ⁽¹⁵⁾.

O quadrante superior direito, denominado de primeira periferia, comporta palavras que apresentam maior frequência e maior ordem média de evocação. Já o quadrante inferior direito, denominado segunda periferia, é constituído por palavras de baixa frequência e menor prontidão de evocação, as quais formam os elementos periféricos da representação. Nesse quadrante, encontram-se cognições menos frequentes e menos importantes para a determinação do significado da representação, mas com maior relação com a inserção social e mais sensíveis às práticas imediatas dos sujeitos. Essas zonas periféricas são instáveis, permitindo variações das representações, pois expressam os elementos representacionais associados à realidade cotidiana e às práticas sociais ⁽¹⁵⁾.

As representações são organizadas em torno do núcleo central. É esse núcleo quem determina o significado e a organização interna da representação. Abric reconhece duas funções do núcleo central: a geradora e a organizadora ⁽¹⁶⁾. A primeira apresenta elementos que são responsáveis por criar ou transformar o conteúdo dos elementos do sistema periférico; e a segunda função procura unificar e estabilizar a representação. Dessa forma, uma mudança dos elementos que compõem o núcleo central pode desencadear uma transformação da representação do objeto estudado. Além dessas duas funções, existem ainda duas dimensões relacionadas ao núcleo central: a funcional, ligada à realização de tarefas, e a normativa, que envolve dimensões sociais, afetivas e ideológicas. O sistema periférico apresenta uma dimensão funcional, possibilitando representar a realidade do momento, devido à sua flexibilidade que regula e adapta o sistema central a uma situação concreta ⁽¹⁷⁾.

RESULTADOS

Com relação ao perfil das participantes da pesquisa, observou-se uma predominância de 75% na faixa etária entre 20 e 30 anos, solteiras (50%), com até oito anos de estudo (84,4%) e evangélicas (56,2%). Das mulheres entrevistadas, 53,1% estão

cumprindo pena há menos de um ano, 87,5% declararam ser heterossexuais, apenas 3,1% recebem visita íntima, e 90,6 % não fazem uso de preservativo.

Os resultados obtidos pelo *software EVOC* apontam 128 evocações, com 41 palavras diferentes. A frequência média foi calculada pelo *software* em cinco e o rang foi de dois e meio. Considerando os procedimentos e parâmetros enunciados, pode-se elaborar o quadro de quatro casas que englobam os conteúdos das RS sobre HIV/Aids (Figura 1) ⁽¹⁸⁾.

Figura 1. Possíveis elementos centrais e periféricos da representação social do HIV/Aids.

F	Elementos	F	Ome < 2,5	Elementos	F	Ome ≥ 2,5
≥ 5	Angustia	6	2,000	Cuidado	7	2,571
	Doença	7	2,429	Depressão	7	2,571
	Medo	8	2,000	Isolamento	6	3,167
	Morte	9	2,444	Tratamento	8	3,000
	Prevenção	11	2,091			
< 5	Cura (?)	3	2,000	Desprezo	4	3,500
	Pena	3	2,000	Dor	4	2,500
	Preconceito	4	1,250	Preservativo	3	2,667
				Ruim	4	2,500
				Transmissão	4	2,500

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O primeiro quadrante constitui o provável núcleo central, representado pelas apenas como *angústia, doença, medo, morte e prevenção*. Essa cognição parece indicar que a aids, para as mulheres em privação de liberdade, apesar de ser um fenômeno que causa medo pela fatalidade da doença, pode ser prevenida, através do cuidado com o “outro” e da utilização de preservativo. Com relação aos elementos intermediários, localizados no quadrante inferior esquerdo, foram identificados os elementos: *preconceito, pena e incurável*; no quadrante superior direito, os elementos: *cuidado, depressão, isolamento e tratamento*. Esses elementos indicam a gama de sentidos atribuídos à aids e que se aproximam tanto da centralidade quanto da periferia, por isso são denominados de elementos intermediários.

Por fim, no quadrante inferior direito, denominado de segunda periferia ou sistema periférico, foram constatados os termos: *desprezo, dor, preservativo, ruim e transmissão*, os quais traduzem sentimentos e emoções vivenciadas no cotidiano dessas mulheres, exprimindo, em sua maioria, aspectos negativos ligados ao sofrimento frente ao contexto representacional.

Prevenção, angústia, doença, medo e morte constituem o provável núcleo central. O fator emocional é determinado pela condição iminente de morte vinculada à doença. O elemento *prevenção* converge para as evocações de cuidado e tratamento, ou seja, é preciso cuidar para não adoecer, procedimento evocado através do não compartilhamento de objetos e do uso de preservativos; cuidar para não se envolver com determinadas pessoas, mas também é preciso cuidar quando se está doente, no caso do HIV/Aids, com o coquetel de medicamentos antivirais. O medo aparece associado ao receio de adoecer, principalmente na prisão, devido aos múltiplos parceiros, ao compartilhamento de objetos como alicate de unha e agulha de costura; há também o medo da exclusão, da solidão. Portanto, o medo aparece atrelado não apenas ao risco de morte – já que se trata de uma doença cuja cura ainda não foi descoberta –, mas também a um estigma social.

Encontram-se domínios de sentimentos negativos configurados pelos termos *morte, medo, doença e angústia* e uma dimensão funcional ligada a processos mais operativos, mostrando uma proximidade com o objeto social investigado. Esse elemento está integrado por um conjunto de práticas e comportamentos, tais como o uso da camisinha, o uso não compartilhado de objetos supostamente pessoais (alicate, agulha, talher, lixa, copo, prato, absorvente) e a abstinência de relacionamento com pessoas suspeitas. Desse modo, a prevenção evocada pelas mulheres parece apontar para uma representação da aids com geração de significados e organização interna em torno da necessidade do sexo seguro, dependente do uso de preservativos e do não compartilhamento de objetos pessoais, mas com a ressalva de que a confiança no outro ainda se constitui motivo para a não adoção dessas práticas, conforme se observa nos excertos a seguir:

“[...] só pode pegar aids através do sexo sem camisinha, alicate de unha, sangue, agulha, barbeador, talhar, copo [...] mesmo tendo marido a maioria fica com mulher aqui dentro, não se previne na hora do sabão, não pode entrar camisinha aqui [...] usei no começo, agora que eu conheço ele, não tem mais necessidade de usar camisinha [...]” (Suj. 05).

“[...] Eu sou casada, mas não uso camisinha. Eu confio nele, já sou acostumada com ele, por isso não uso. Quem tem marido danado que tem que usar camisinha [...]” (Suj. 15).

Ao redor do núcleo central, encontra-se a periferia da representação do HIV/Aids, que se centra, principalmente, em sentimentos negativos, os quais emergem do processo de pensar a doença e suas consequências sociais. Os conteúdos sociocognitivos de abordagem psicossociológica denotam uma visão negativista da doença, associada à imagem de *dor, ruim, transmissível, sofrimento*, atitudes de *desprezo e isolamento*.

Esses elementos que formaram a periferia (*dor, desprezo, preservativo, ruim e transmissão*) abarcaram evocações cujos conteúdos ligados ao sofrimento se ancoraram em dimensões físicas, biológicas e psicológicas. Esse sofrimento está relacionado não só ao quadro clínico da doença, mas também ao impacto social que ela acarreta. Veja-se os trechos seguintes:

“[...] Só quem tem aids pode evitar a transmissão para outras pessoas. Por isso é muito difícil aqui na prisão, porque convivemos com muita gente aqui dentro da prisão e não sabemos quem tem a doença, porque a aids não tem cara. As pessoas com aids deveriam ter um lugar especial. Não juntar a pessoa com doença com pessoas normais. Só assim poderia fazer a prevenção e evitar a transmissão [...]” (Suj.01).

“[...] Na minha cela, mora muita gente, e, se alguém tiver aids, todas as outras pegarão, por isso deveriam ficar numa cela separada. Eu só sento nos lugares, quando some a quentura do lugar, esperar sempre esfriar para poder prevenir a aids. Também pega aids bebendo água no mesmo copo, vestindo a mesma roupa, pega aids no abraço, no beijo, pega em tudo. Podemos conhecer se uma pessoa tem aids, só em olhar pra ela dá para saber. A pessoa fica magra, deficiente, sem cabelo [...]” (Suj.25).

DISCUSSÃO

Na perspectiva da abordagem estrutural das RS do HIV/Aids por mulheres privadas de liberdade, observou-se a existência de cognições com dimensões de ordem funcional, associando HIV/Aids à *prevenção, preservativo, transmissão, dor física*, e de

ordem normativa, como *morte*, *medo*, *angústia*, *dor social*, *desprezo* ligado ao *preconceito*, principalmente por temor ao contágio ⁽¹⁷⁾.

Os resultados deste estudo detectam uma transição nas RS da aids, que passam da concepção de uma doença fatal para o conhecimento de uma doença passível de prevenção, apesar de incurável – fato que representa evolução na compreensão da epidemia. Isso se configuraria pelo uso do elemento *prevenção* como um dos constituintes do provável núcleo central, podendo ser explicado pela maior proximidade das participantes com a aids dentro da prisão, pelo avanço no desenvolvimento de novas terapias capazes de transformar a infecção em um problema crônico, o que renovaria os desafios e modificando os conteúdos representacionais.

Pesquisa realizada por Hipolito, Oliveira e Gomes⁽¹⁹⁾ também evidenciou a prevenção do HIV/Aids como um dos elementos centrais. Essas noções de prevenção podem estar atreladas à possibilidade de tratamento e às ações profiláticas relacionadas à doença. No contexto atual da infecção, nota-se uma tendência de representações associadas à vida e a perspectivas futuras, remetendo para as transformações ocorridas ao longo dos anos em relação à forma de pensar e vivenciar a soropositividade ⁽¹⁹⁾.

Tal achado torna-se relevante por apontar uma mudança representacional no sistema central, pois evidencia uma tentativa de superação da representação de morte imediata pela síndrome, buscando estratégias para o enfrentamento de sua condição, na tentativa de uma adaptação ao seu contexto atual de vida e de saúde ⁽¹⁹⁾.

Assim, a representação do HIV/Aids traz à tona a ideia de prevenção, que, na maioria das vezes, fica restrita a um indivíduo, ou seja, só precisa usar preservativo e não compartilhar objetos pessoais quando não se conhece bem o parceiro. Muitos indivíduos ainda pressupõem que fidelidade, confiança e uma relação afetiva são fatores de proteção contra o HIV. Para estes, o preservativo deve ser utilizado apenas quando se desconhece o parceiro ou quando não existe uma base sólida no relacionamento ⁽²⁰⁾.

Apesar das apenadas se ancorarem em formas de prevenção para representar a aids, conteúdos como *medo*, *morte* e *angústia* ainda estão arraigados nas emoções coletivas, constituindo produto das RS marcadas no início da epidemia, mas que ainda hoje circulam nos meios científicos, na comunicação de massa, nas mídias sociais e no pensamento popular, gerando preconceito, estigma e representações negativas ⁽²¹⁾.

Além disso, as representações da aids são ancoradas em dimensões psicossociais, como o medo da rejeição e do desprezo que se soma ao sofrimento pela possibilidade de preconceito a que essas mulheres estão expostas. Por isso, muitas

vezes, preferem esconder a doença como uma forma de resistência social para não serem discriminadas. Este estudo corrobora com diversas pesquisas ^(2,21-22) em que a morte, o medo e o preconceito apresentaram-se como elementos estruturantes da representação, tendo a imagem de doença fatal, de morte imediata, diretamente ligada à aids.

O fato é que o medo do HIV/Aids assombra a sociedade. Essa conotação negativa vem de uma representação distorcida, propagada e replicada ao longo do tempo, principalmente pela mídia. A origem dessa concepção reside na ausência de conhecimentos científicos sobre a doença no início da epidemia, remetendo às referências que a associavam a determinados grupos da população, com atitudes e práticas não aceitas pela sociedade. Esse conjunto de fatores fez que informações negativas fossem veiculadas pelos meios de comunicação em massa, refletindo um estereótipo de conotação pejorativa em relação aos portadores e aos possíveis grupos de risco, o que gerou medo na população e potencializou o preconceito ⁽²³⁾.

Mesmo com os avanços nos tratamentos e o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com aids, o sofrimento físico e social, inerente à doença, não se alterou, ou seja, a intolerância, o medo, a discriminação e o preconceito ainda estão presentes na sociedade atual, potencializados pelas idealizações da infecção que ainda estão presentes no imaginário de grande parte da população ⁽²⁾.

O estigma social repercute na qualidade de vida das mulheres, principalmente em situação de privação de liberdade. Por isso, torna-se necessário repensar as formas de combater esses aspectos da repercussão da doença que estão tão presentes nas RS da aids, os quais são responsáveis por disseminar significados assustadores em relação à epidemia, influenciando negativamente na implementação de ações e estratégias para a prevenção e o controle desse agravo ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

As participantes do presente estudo apresentaram conhecimentos cientificamente comprovados sobre formas de prevenção para evitar a transmissão do HIV/Aids, tais como: relação sexual sem uso de camisinha, sangue contaminado e contato com materiais perfuro-cortantes, caracterizando o universo reificado das representações. Por outro lado, também apontaram elementos reveladores de preconceito, elencando itens como talher, copo, “quentura do assento”, o que demonstra o caráter consensual das representações.

Apesar de reconhecerem a importância da prevenção para evitar a aids, as mulheres ainda enxergam a patologia como um mal que diz respeito ao outro, não se

percebendo em risco de infecção. Esse problema se torna mais visível quando elas mantêm relacionamentos estáveis, com confiança entre os parceiros, o que torna, para elas, o uso do preservativo desnecessário, haja vista a segurança que sentem em relação ao risco de infecção.

É importante evidenciar que a “relação monogâmica” é considerada pelas participantes como uma forma de prevenção. Isso traz à tona as questões da confiança e da fidelidade, uma vez que, por acreditarem estar em uma relação monogâmica, não apresentam o risco de adquirir a infecção. Além disso, muitas mulheres sentem-se desconfortáveis em sugerir a utilização no preservativo para o parceiro em relações duradouras, pois a sua utilização ainda se encontra atrelada à ideia de traição, desconfiança e promiscuidade ⁽²²⁾.

Ainda hoje, a percepção da infecção é permeada pela compreensão de que ela se deve a um comportamento de risco, deixando de se levar em conta que os modos de transmissão de uma doença, muitas vezes, têm razões mais sociais que individuais. Portanto, não se resolvem essas questões buscando culpabilizar pessoas por atitudes tomadas ou rotulando indivíduos como modelos de comportamento, mas sim compreendendo os motivos que condicionam pessoas e grupos a estarem em situação mais vulnerável à infecção pelo HIV ⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar a estrutura e os conteúdos das RS sobre HIV/Aids, elaboradas por mulheres em situação de cárcere. Caracterizou-se como provável sistema central as cognições *prevenção, medo, morte, angústia e doença*. Em torno dessa centralidade se organizaram os elementos da periferia, representados por *dor, desprezo, ruim, preservativo e transmissão*, os quais compuseram o sistema periférico.

Apesar de relatarem sobre o conhecimento reificado das formas de contágio da aids, as mulheres ainda consideram a fidelidade e a confiança no outro como forma de prevenção: [...] *eu sou casada, não preciso usar camisinha... [...] eu não vou pegar aids, porque eu não me relaciono com qualquer pessoa.*

Os resultados do estudo evidenciam um processo de evolução das representações, que trazem a morte, o medo e angústia como elementos de centralidade não mais isoladamente, mas com a presença do elemento *prevenção*, haja vista a

potencialidade da construção do conhecimento acerca do HIV/Aids e da compreensão de sua apropriação simbólica pelos grupos sociais – neste caso, por mulheres em privação de liberdade. Pensa-se que o conjunto de achados do estudo transforma-se em subsídios para abordagens coletivas e individuais em saúde, através do planejamento e da implantação de políticas públicas que facilitem a prevenção dentro das penitenciárias. Dessa forma, o desenvolvimento de programas educativos que levem o conhecimento acerca da doença poderia ativar a quebra dos tabus, dissecando estigmas provocados pela manutenção de conhecimentos arcaicos sobre o HIV/Aids.

Portanto, face aos resultados obtidos, considera-se que o estudo das RS do HIV/Aids em mulheres privadas de liberdade possibilitou a identificação dos significados da representação da aids, a partir dos quais se pode pensar na possibilidade de intervenções junto a elas e às penitenciárias. Além disso, é possível propor mudanças nas práticas educativas e de saúde realizadas dentro dos presídios. Tal intervenção colaboraria na ampliação do olhar para além das necessidades biológicas da doença. Destarte, os gestores públicos necessitam planejar e executar políticas públicas que favoreçam as oportunidades de saúde, participação e segurança social, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Ressalve-se como fator limitante nesta pesquisa a dimensão da amostra, por isso, defende-se a necessidade de que outros estudos sejam realizados contemplando um quantitativo mais ampliado de mulheres. Por conseguinte, será possível alcançar uma maior precisão em torno das RS no que diz respeito ao conhecimento sobre o HIV/Aids nesse grupo de mulheres.

A despeito da relevância dos resultados ora alcançados, propõe-se que mais estudos sobre essa temática sejam desenvolvidos para aprofundar a compreensão dos processos que envolvem mulheres em privação de liberdade, pois podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais assertivas pelos profissionais de saúde, gestores e sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Lima TC, Freitas MIP. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/AIDS. Rev Ciênc Méd [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 01]; 22(2):77-86. Available from: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2129/1779>
2. Oliveira DC. Construction and transformation of social representations of Aids and implications for health care. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 01]; 21(Spec):276-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/34.pdf>
3. Unaid. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV Aids [Internet]. 2014. [cited 2016 Fev 10]. Available from: <http://www.unaids.org.br/>
4. Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. (2011). Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011; 64(2):381-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a26v64n2.pdf>
5. Icps. International Centre For Prison Studies. World Prison Brief [Internet]. 2013 [Cited 2017 Fev 13]. Available from: <http://www.prisonstudies.org>.
6. Seffner F, Parker R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. Interface [Internet]. 2016 [cited 2017 Fev 28]; 20(57):293-304. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/en_1807-5762-icse-1807-576220150459.pdf
7. Unodc. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e crime. Guia sobre gênero HIV, AIDS, coinfeções no sistema prisional [Internet]. 2012 [cited 2017 Fev 28]. Available from: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoas_2012.pdf
8. UnAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS. Organização Mundial da Saúde. HIV/AIDS em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio. Marco referencial para uma resposta nacional mais eficaz [Internet]. 2012

[cited 2017 Fev 28]. Available from: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/07-85461_Prison_Framework_Portugese.pdf

9. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e Saúde: evidências de hoje agenda de amanhã [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 06]. Available from:

http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf

10. Costa LHR, Alves, JP, Fonseca CEP, Costa FM, Fonseca FF. Gênero no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres privadas de liberdade. *Enfermería Global*. 2016; 43:151-63. Available from:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/207141/194661>

11. Moscovici F. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2012.

12. Delmiro SR, Moreira MASP, Alves MSCF. Representações sociais sobre Aids elaboradas por Idosos. In: Tura LFR, Silva AO, organizadores. *Envelhecimento e Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Quartet/Faperj; 2012.

13. Moscovici F. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. *Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes; 2003.

14. Vergès P. Os questionários para análise das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2005.

15. Dany L, Abric JC. Distance à l'objet et représentations du cannabis. *International Review of Social Psychology* [Internet]. 2007 [cited 2017 Mar 06]; 20:77-104.

Available from: <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2007-3-page-77.htm>

16. Abric JC. L'analyse structurale des representations sociales. In: Moscovici S, Buschini F. *Lês méthodes des sciences humaines*. Paris: PUF; 2003.

17. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996.

18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3. reimp., 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2011.

19. Hipolito RL, Oliveira DC, Gomes AMT. Conteúdos simbólicos da qualidade e vida gerados por pessoas que vivem com HIV/aids. *Atas CIA*. 2015: 484-6. Available from:

<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/111/107>

20. Pimenta CJL, Costa IP, Farias MCAD, Costa KNFM, Pereira TLB, Leite ES et al. HIV/AIDS and seniors: knowledge of elderly about the disease. *International Archives of Medicine*. 2016; 9(20):1-7. Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1470>
21. Costa TL, Oliveira DC, Formoso GA. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(2):365-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00365.pdf>
22. Pimenta CJL, Costa IP, Leite ES, Farias MCAD, Barbosa TL, Maciel EJS et al. Understanding of the Elderly Attached to the Family Health Strategy about the HIV/AIDS Infection. *International Archives of Medicine*. 2015; 8(241):1-7. Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1350>
23. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. *Estudos de psicologia* [Internet]. 2004 [cited 2017 Mar 20]; 9:317-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a13v9n2.pdf>

ARTIGO 3

Mulheres em privação de liberdades e HIV/Aids: um estudo das representações sociais

Women in deprivation of freedoms and HIV/AIDS: a study of social representations

Las mujeres en la privación de las libertades y el VIH / SIDA: un estudio de las representaciones sociales

Tatyana Ataíde Melo de Pinho¹; Antonia Oliveira Silva²; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira³.

RESUMO

Objetivou-se conhecer as RS sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado na cidade de João Pessoa-PB, de outubro a novembro de 2014. Participaram da pesquisa trinta e duas mulheres com faixas etárias diferentes, escolhidas por conveniência. Como instrumento, foi utilizada entrevista semiestruturada. Os dados foram processados pelo *software IRaMuTeQ* e interpretados pela TRS. Os resultados revelaram diferença nos conteúdos apreendidos entre os grupos, mas também apresentaram representações consensuais como a importância do uso do preservativo na prevenção da doença. A representação da aids pelas participantes da pesquisa é carregada por imagens negativas, pois, apesar do conhecimento sobre a doença, associam a transmissão do vírus a grupo de risco, não se percebendo vulneráveis. Espera-se que tais resultados possam fornecer subsídios para planejamento e implantação de ações específicas para essa população, já que existe um aumento significativo da doença entre mulheres detentas.

Palavras-chave: HIV; Prisioneiros Mulheres; Representações sociais; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective was to know the SRs about HIV / AIDS built by women in deprivation of liberty. It is about an exploratory study with a qualitative approach, realized in the city of João Pessoa-PB, from October to November 2014. Thirty-two women with different age groups, chosen for convenience, participated in the study. As an instrument, a semi-structured interview was used. Data were processed by *IRaMuTeQ* software and

interpreted by TRS. The results revealed a difference in the contents seized among the groups, but also presented consensual representations as the importance of the use of the condom in the prevention of the disease. The representation of AIDS by the participants of the research is carried by negative images, because, despite the knowledge about the disease, they associate virus transmission to a risk group, not perceiving themselves vulnerable. It is hoped that such results may provide subsidies for planning and implementation of specific actions for this population, since there is a significant increase of the disease among women prisoners.

Keywords: HIV; Prisoners; Women; Social Representations; Nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo conocer los RS VIH / SIDA construidas por las mujeres bajo custodia. Se trata de un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, en la ciudad de João Pessoa-PB, octubre y noviembre de 2014. Treinta y participó en la investigación y dos mujeres con diferentes grupos de edad, escogidos por conveniencia. Como herramienta, se utilizó la entrevista semiestructurada. Los datos fueron procesados por el software IRaMuTeQ e interpretados por TRS. Los resultados revelaron diferencias en el contenido incautados entre los grupos, pero también tenía representaciones consensuales y la importancia del uso del condón en la prevención de la enfermedad. La representación del SIDA por los participantes de la encuesta se realiza a partir de una imagen negativa, porque, a pesar del conocimiento de la enfermedad, grupo de riesgo de transmisión de virus asociado, sin darse cuenta vulnerables. Se espera que estos resultados pueden proporcionar información para la planificación y ejecución de acciones específicas para esta población, ya que hay un aumento significativo de la enfermedad entre las mujeres presas.

Palabras clave: HIV; Prisión; Mujeres; Representaciones sociales; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O aumento drástico do número de mulheres que entram no sistema de justiça criminal, principalmente, pelo delito do uso/tráfico de drogas, juntamente com o aumento de mulheres infectadas pelo vírus HIV, requer uma reflexão complexa acerca da problemática da aids em mulheres no cárcere. Estima-se que mais de 10,35 milhões de pessoas sejam mantidas em estabelecimentos prisionais em todo mundo. Nesse

ranking de maior número de presos, o Brasil aparece em quarto lugar, perdendo apenas para os Estados Unidos, China e Rússia¹.

Até o início de 2014, existiam mais de 700 mil mulheres na prisão, em todo o mundo, o que representa 6,8% do total de detentos. Entre os anos de 2000 a 2014, houve um aumento de 50% no número de mulheres encarceradas, superando não apenas o crescimento da população carcerária geral, que foi de 20%, mas também o da população mundial, que foi de 18%¹.

No Brasil, não foi diferente: enquanto a população apenada cresceu 161%, a população geral expandiu apenas 16% entre 2000 e 2014. Esse crescimento foi bem mais significativo no encarceramento feminino, chegando a 567%, enquanto no masculino atingiu 220%, entre 2000 e 2014. No final de 2014, o número de presos totalizou 607.731, sendo 542.401 homens (93,6%) e 37.380 mulheres (6,4%)¹. Segundo levantamento nacional de informações penitenciárias (INFOPEN), de junho de 2014, entre as mulheres com agravos transmissíveis, 46% são portadoras do HIV, representando 5,3% da população prisional feminina².

O perfil das mulheres em privação de liberdade é caracterizado, predominantemente, por jovens, solteiras, profissionais do sexo, de condições socioeconômicas e educacionais baixas, procedentes de grandes cidades e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A maior parte delas encontra-se presa pelo tráfico de drogas. Por conseguinte, uma maior liberdade sexual associada a esse perfil tem propiciado o aumento do número de novos casos de aids nessa população³.

Fatores de risco de natureza física, como a promiscuidade, o abuso sexual, as atividades bi/homossexuais, a superlotação de celas, ou relacionados a atividades que exigem precaução, como o compartilhamento de drogas, a feitura de tatuagens, a colocação de *piercing* e o baixo uso de preservativos, favorecem a disseminação do HIV/Aids. Além disso, características biológicas femininas adensam a vulnerabilidade a que estão expostas as mulheres⁴⁻⁶.

Essa situação de vulnerabilidade das mulheres apenadas é preocupante. A despeito de existirem programas como o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário, que prevê ações como a distribuição de preservativos para os detentos e a elaboração de material educativo, somadas a realização de diagnósticos e tratamentos em HIV/Aids, o principal fator de risco para a transmissão do HIV/Aids, nas penitenciárias brasileiras, ainda continua sendo a atividade sexual desprotegida. Isso

torna o uso do preservativo imprescindível na prevenção da aids no sistema carcerário⁷⁻⁹.

Para Parker, essas intervenções deveriam ser projetadas para os diversos grupos da população (mulheres detentas, heterossexuais, homossexuais, bissexuais, diversos cenários socioeconômicos). Além disso, tais ações, pensa o autor, deveriam ser concebidas de forma mais ampla, envolvendo não apenas aspectos específicos do comportamento de risco, mas também abordando fatores das condições estruturais como injustiça e desigualdade social, estigmatização e discriminação, direitos sexuais e cidadania sexual. Tudo isso deveria ser enfrentado a fim de reduzir a vulnerabilidade ao HIV/Aids¹⁰.

Neste contexto, a Teoria das Representações Sociais torna-se um importante aporte para compreender como as mulheres em privação de liberdade representam o fenômeno HIV/Aids, ajudando a contextualizar a problemática em evidência. Através das RS, é possível atingir a compreensão do senso comum, no qual os conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado fato ou tema são construídos e compartilhados por um grupo em suas práticas discursivas interpessoais travadas no cotidiano¹¹⁻¹³.

Conhecer as dimensões das RS sobre HIV/Aids impõe-se como uma necessidade, no sentido de que, para se planejar formas de ação e metas de atendimento às populações vulneráveis, o acesso a esse conhecimento é vital. As transformações que devem ocorrer nesse universo passam, efetivamente, pela compreensão dos aspectos sociais e culturais inerentes à epidemia¹¹.

Diante do exposto, questiona-se: Quais as representações sociais do HIV/aids elaborados por mulheres em privação de liberdade?

Em busca de respostas a tal questionamento, assume-se como objetivo conhecer as RS sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade de diferentes faixas etárias.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado no Centro de Reeducação Feminina Maria Júlia Maranhão, instituição prisional destinada ao confinamento de mulheres infratoras, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba. A coleta dos dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2014.

Participaram da pesquisa 32 mulheres escolhidas por conveniência. Foram utilizados como critérios de inclusão na pesquisa o cumprimento da pena em regime fechado e a concordância espontânea da apenada.

O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB sob o parecer de nº 660.127, obedecendo a todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. A participação dos indivíduos foi voluntária, sendo antecipada e oportunamente esclarecidas todas as dúvidas que por venturam pairavam sobre a condução e aplicação da pesquisa, tendo as participantes assinado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta, utilizou-se uma entrevista semiestruturada, compreendendo variáveis sociodemográficas e questões centradas nas dimensões das representações sociais sobre HIV/Aids. As entrevistas foram organizadas em um banco de dados preparado especificamente para ser processado no software *IRaMuTeQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)¹⁴, e os resultados foram interpretados subsidiados na TRS, abordando as dimensões das RS: conhecimento/informação, atitude das participantes frente ao objeto representado e as imagens ou campo de RS¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo caracterizaram-se por serem, em sua maioria, 50%, solteiras; 37,5% estudaram somente até a primeira fase do ensino fundamental (incompleto); 56,3% declararam professar religião evangélica; 87,5% dizem ser heterossexuais; 90,6% afirmaram não receber visita íntima no presídio; e 90,6% não fazem uso de preservativo.

O *corpus* processado pelo software de análise textual *IRaMuTeQ* foi denominado *HIV/Aids no cárcere* e possibilitou explorar as RS sobre o HIV/Aids por mulheres privadas de liberdade. Esse *corpus* foi formado a partir das respostas coletadas via entrevistas, sendo descartadas as palavras com frequência inferior a 3.

O *corpus* oportunizou um aproveitamento de 74,32% de termos analisáveis, dando origem a cinco classes que receberam uma denominação de acordo com as palavras e conteúdos acionados em cada uma delas.

A figura 1 mostra o dendograma que representa a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme os segmentos de textos e as relações entre as classes.

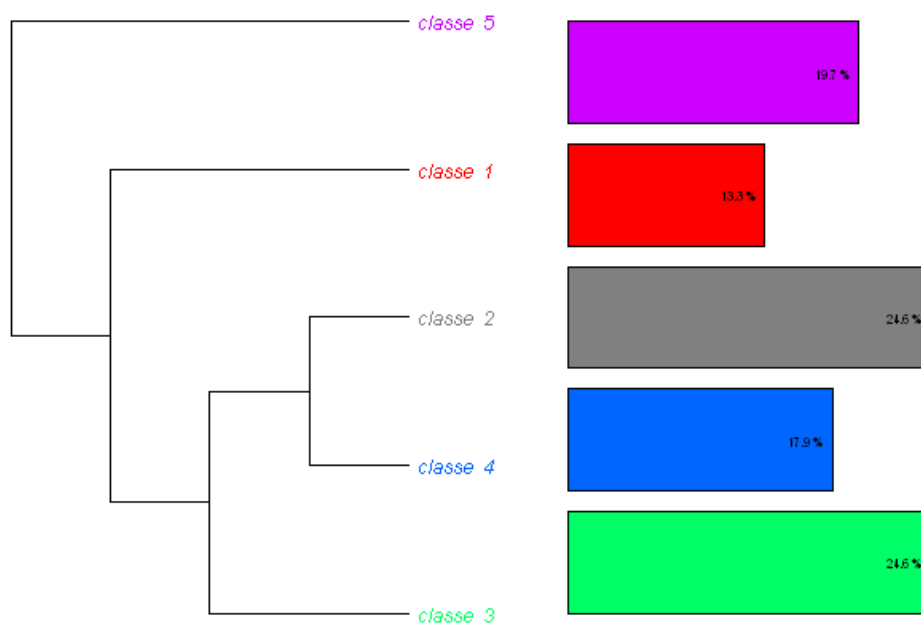


Fig. 1. Distribuição das classes/categorias lexicais e as temáticas referenciais associadas ao HIV/Aids pelas mulheres.

É possível observar, na figura acima, que os conteúdos semânticos encontram-se distribuídos em (três) eixos interligados, formados por cinco classes, apresentando as dimensões (imagens, atitudes e informações) das RS do HIV/Aids. Nesse sentido, os dados serão apresentados focando as dimensões (conhecimento ou informação; imagens ou campo de representação; atitude ou posicionamento;) das RS sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade. A informação expressa a organização dos conhecimentos sobre o que é representado, as imagens são os sentidos associados ao objeto segundo à ordenação e hierarquia dos elementos que a constituem, e a atitude integra os níveis afetivos e emocionais do sujeito, explicitando o posicionamento dos mesmos em relação ao objeto de representação⁽¹¹⁾.

a) Conhecimento ou informação das apenas frente ao HIV/Aids são descritos através das classes a seguir:

CLASSE 1 – Modos de transmissão

A classe um, denominada modos de transmissão, reteve 13,3% dos segmentos e as palavras que obtiveram maiores frequências foram: *alicate de unha, agulha, tatuagem, sexo, sangue, seringa, ferimento, beijo e saliva*. As mulheres da faixa etária 20-30 foram as que mais contribuíram para a formação dessa classe, na qual elas associam o HIV/Aids as formas de contágio da doença responsabilizando o “outro” pela transmissão, como no trecho de fala exemplificado a seguir:

[...] pode ser contaminado pela relação sexual sem preservativo e alicate de unha [...] (Suj.2; faixa etária 20-30 anos; solteira; fundamental incompleto; heterossexual) [...] as pessoas devem cuidar mais do corpo, ter cuidado com quem anda [...] (Suj.4; faixa etária 20-30 anos; solteira; ensino médio incompleto; heterossexual) [...] eu faço unha aqui, mas só faço com uma pessoa conhecida, que não faz a unha de muita gente[...] (Suj.5; faixa etária 20-30 anos; casada; fundamental incompleto; heterossexual) [...] a pessoa pode fazer sexo com camisinha, mas não pode beijo, tem que casar [...] (Suj. 6; faixa etária 20-30 anos; casada; fundamental incompleto; bissexual) [...]

As mulheres com idades entre 50-60 anos apresentaram falas distintas, representando a aids com conhecimentos arcaicos, com informações repassadas na década de 80, ou seja, *[...] que é uma doença pode ser transmitida através da proximidade com a pessoa doente[...]tem que ter cuidado com quem anda[...]quem vive com um e com outro, ao invés de casar, fica fazendo safadeza por aí[...] (Suj.25 e 32)*

Observando-se os dados, percebe-se que as mulheres mais jovens demonstram maior familiaridade em relação ao conhecimento sobre os modos de transmissão da doença, referindo-se, por exemplo, a sangue contaminado, sexo desprotegido, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes. Já as mulheres mais velhas (50-60 anos) ainda representam essas formas de transmissão com base no conhecimento predominante no senso comum, presentes no universo consensual como *saliva, abraço, “quentura da cadeira” e roupas íntimas*.

Ambos os grupos consideram a confiança e a fidelidade como forma de prevenção, apesar de reconhecerem as formas de transmissão da doença. Nesse sentido, relatam que assumiriam práticas guiadas pelo entendimento de que quem é casada não precisa usar camisinha. Para elas, também não haveria problema em emprestar objetos

pessoais para uma pessoa de confiança, desde que seja pessoa limpa, que não seja *do mundo*.

No modo de pensar dessas mulheres, a contaminação atinge pessoas com estilo de vida desregrada, que têm relações extraconjugais sem proteção adequada. Essa concepção acerca da transmissão demonstra que elas mesmas não se reconhecem vulneráveis.

É importante ressaltar que essas representações são formadas a partir de um conjunto de informações advindas das experiências de vida dessas mulheres, consolidadas nas interações das famílias, das instituições sociais, na televisão, internet e redes sociais, que são por elas assimiladas e organizadas para formação do conhecimento do objeto representado.

Souza et. al (2013) também evidenciou, em seu estudo, que a aids, no início, era uma doença que atingia apenas profissionais do sexo, homossexuais, jovens e pertencentes a classe social alta; mas hoje vive um processo de transformações epidemiológicas afetando, principalmente, mulheres, heterossexuais, de baixa renda e grupos marginalizados¹⁵.

Um estudo sobre a representação da aids, realizado com mulheres, mostrou que o conhecimento da doença não reduz os comportamentos de risco, ou seja, o ato de se perceberem em risco não determinou mudança de comportamento, o que foi comprovado pela baixa adesão ao uso de preservativos, principalmente entre mulheres com parceria estável¹⁶.

As mulheres em privação de liberdade constituem uma população de risco, formada, em sua maioria, por jovens, de baixo nível socioeconômico e educacional, com histórico de prostituição, uso de drogas injetáveis e sem acesso a cuidados adequados de saúde. Esses fatores contribuiriam para elevar o número de novos casos de aids nessa população¹⁷.

A confiança no outro, acionada como fator de proteção contra o HIV/Aids, tem se consolidado como um grande obstáculo para prevenção da doença, pois os indivíduos não se percebem vulneráveis à infecção pelo vírus, já que não se consideram expostos a risco de contrair a doença¹⁸.

Tendo em vista os dados apresentados, emerge a convicção de que as mulheres em privação de liberdade formam um grupo bastante vulnerável, já que, para elas, a confiança no parceiro justifica a não adesão ao uso do preservativo. Desse modo, ficam

expostas ao risco de infecção, a despeito de saberem ou desconfiarem das práticas de infidelidade, culturalmente associadas aos parceiros masculinos¹⁹.

CLASSE 2 - Aspectos psicossociais

A classe dois, denominada de aspectos psicossociais, obteve 23,4% dos segmentos de textos, e as palavras com maior frequência foram *preconceito, família, prisão, apoio, medo, isolamento, vergonha e dificuldade*. Ambas as faixas de idades contribuíram para formação dessa classe, associando o HIV/Aids *ao preconceito, a uma experiência negativa, ao medo da solidão, do isolamento, a dificuldade de enfrentar a doença na prisão*.

[...] A maioria das pessoas discriminam os portadores da aids[...]. Ninguém quer está perto de quem tem a aids, tem nojo da pessoa doente, essas atitudes de afastamento é o medo de pegar a doença [...] (Suj.15; faixa etária 20-30 anos; casada; fundamental completo; heterossexual).

[...] O mais correto seria colocar as pessoas doentes juntas, porque é muito perigoso conviver todo mundo junto. [...] não vou conviver com essa pessoa, não beijar, não abraçar, não emprestar nada, enfim cortar relações para se prevenir [...] (Suj.29; faixa etária 50-60 anos; casada; fundamental incompleto; heterossexual).

Conteúdos psicossociais são observadas nas falas das mulheres entrevistadas, que representam o HIV/Aids como *preconceito*, principalmente as mulheres mais velhas. Elas relatam informações divulgadas no surgimento da epidemia, demonstrando que a falta de conhecimento sobre a doença ainda é uma realidade que isola as pessoas doentes. Em consequência, o estigma se cristaliza, gerando a discriminação social, sendo esses fatores considerados grandes obstáculos às medidas de prevenção e cuidados relacionados à doença.

O desconhecimento e/ou a desinformação sobre a aids geram atitudes de discriminação, principalmente no ambiente prisional, onde o espaço é muito restrito e os contatos são inevitáveis, já que as pessoas ficam muito próximas umas das outras. Isso obriga as mulheres a terem uma aproximação maior com pessoas infectadas, muitas vezes, testemunhando os sofrimentos vivenciados pelas colegas que vivem com aids. A convivência nesse ambiente insalubre gera pressão emocional, que torna a doença mais

temível, como demonstrado nas falas daquelas que afirmaram evitar falar, em caso de diagnóstico positivo, isto é , *jamais diriam a ninguém, porque ter a doença já é ruim e na cadeia é pior ainda*.

Este estudo corrobora os resultados de outras pesquisas, nas quais foi detectado um grande desconhecimento sobre a aids por parte dos entrevistados e uma baixa ou nenhuma percepção de vulnerabilidade à infecção. É sabido que o conhecimento elaborado por cada grupo é influenciado pelas suas relações socioculturais, e que não é só a informação sobre determinada doença que muda as práticas e atitudes em relação ao HIV, mas sim as RS que dão sentido à aids, ou seja, as transformações sociais, que são influenciadas por uma série de fatores estruturais (desigualdades políticas, econômicas, sociais e culturais), que afetam as pessoas, independentemente da sua vontade²⁰⁻²¹.

Discriminação, preconceito, morte e sofrimento também foram conteúdos encontrados como representação da aids no estudo de Tura (2005), em que o desprezo, sofrimento, o medo da solidão e da exclusão social se apresentaram muito marcantes para os participantes da pesquisa. O sofrimento expressado é tanto físico, relacionado ao quadro clínico e à sintomatologia da doença, quanto psicológico, ocasionado pelo impacto social que a aids acarreta²².

Apesar dos avanços atuais nas campanhas e trabalhos educativos acerca do conhecimento e dos significados da aids, o medo, o preconceito e as incertezas ainda persistem nas representações das mulheres em privação de liberdade, levando-as a ocultar a doença, a não fazer tratamento nem exames, para não serem excluídas do meio onde vivem²³.

Essa omissão do diagnóstico da aids consiste numa tentativa de proteção e preservação da própria imagem, devido ao medo do preconceito contra a doença. Na situação do cárcere, isso se torna ainda mais agravante, uma vez que o medo da represália, em forma de isolamento e exclusão, é muito maior⁴.

CLASSE 3 – Conhecimentos sobre HIV/Aids

Essa classe foi denominada conhecimentos sobre HIV/Aids com 24,6% dos segmentos retidos. As palavras mais frequentes foram: *doença, grave, contagiosa, ruim, morte, coquetel, incurável, debilitado, manchas, fraqueza e cabelo*. Para esta classe, a aids é uma *doença* muito *grave* e, apesar de *não ter cura*, pode ser tratada com o “*coquetel*”. Nesse enquadramento, houve maior contribuição das mulheres com idades

entre 50-60 anos, em que elas apresentaram conteúdos associados ao conhecimento da doença, do vírus, dos exames e remédios. As representações dessa classe podem ser vista nas falas a seguir.

[...] HIV é o vírus e a aids é a doença de verdade, então a aids é muito pior porque a pessoa já tem os sintomas, já o HIV, as pessoas podem ter o vírus e não ter a doença. [...] o tratamento é através do coquetel e fica normal, igual a todo mundo[...] (Suj.13; faixa etária 20-30 anos; casado; fundamental incompleto; heterossexual)

[...] a aids é uma doença muito vigorosa, perigosa, não tem cura, o cabelo cai, a pessoa fica magra, vomitando muito, fica muito doente, muito mole, causando fraqueza[...] (Suj.28; faixa etária 50-60 anos; fundamental incompleto; casado; heterossexual)

Os conteúdos que marcam as falas das mulheres (50-60 anos) evidenciam estereótipos de *magreza, fraqueza, cabelo caindo, manchas no corpo, doença perigosa, fatal*. Esses resultados corroboram o estudo de Galvão em que a aids foi vinculada a doença grave, a imagens de figuras debilitadas, associadas à ideia de morte²¹.

A aids foi ancorada como doença perigosa, incurável, grave, fatal, causada pela transgressão de normas sociais em relação às práticas sexuais. As doenças transmissíveis associadas à culpa sexual favoreceram a origem do medo do contágio fácil e de pensamentos errôneos sobre a transmissão por meios não venéreos²⁴.

O surgimento do HIV/Aids provocou uma grave crise na saúde pública, pois o restrito conhecimento científico para combatê-la fez com que a gravidade da doença fosse rapidamente amplificada entre a população. O fato de os primeiros casos difundidos pela mídia terem sido diagnosticados como doença grave, fatal, que acometia homossexuais e usuários de drogas contribuiu para a formação das RS da aids, que, a despeito de já não condizerem com a realidade atual, em muitos grupos, permanecem vivas, causando assombro e temor¹⁰.

A ausência do conhecimento sobre a aids no início da epidemia ocasionou a qualificação social da doença, em que as representações foram sendo elaboradas pelos grupos, baseando-se nas formas de transmissão e no perfil dos infectados, para, a partir daí, orientar suas próprias condutas²⁵.

Outro estudo¹⁸ demonstrou que mesmo apresentando conhecimento sobre questões relacionadas à aids, como definição, formas de transmissão do vírus e estratégias de tratamento, as pessoas não se percebem vulneráveis à infecção pelo HIV, já que não consideram o risco de contrair a doença.

CLASSE 4 –Dimensões socioafetivas

A classe quatro, denominada sentimentos sobre a doença, reteve 17,9% dos segmentos de textos, e as palavras que obtiveram maior frequência foram: medo, solidão, tristeza, sofrimento, aflição, nervosismo, pena, indiferença, difícil, dor. As mulheres relatam os sentimentos de quem se descobre com aids, principalmente, ao ser diagnosticada no presídio. As mulheres com idades entre 20-30 anos foram as que mais contribuíram para formação dessa classe.

[...]a aids é uma doença que causa muita aflição e nervosismo. [...]é a morte, não gostaria que as pessoas olhassem para mim como coitadinha. [...] (suj.02; faixa etária 20-30anos; solteira; fundamental incompleto; heterossexual)

[...] deve ser muito ruim ter aids e pior ainda estando aqui fica mais difícil o tratamento as pessoas ficam muito sozinhas sem a família e ainda fica sozinha porque a maioria das amigas se afastam [...] (Suj.29; faixa etária 50-60 anos; casada; fundamental incompleto; heterossexual).

Segundo Martinez, o medo é sinal de vida, pois a existência humana precisa do medo. Ele é sinal de alerta, ou seja, é necessário ter medo para poder se proteger. Esse sentimento, na maioria das vezes, surge no imaginário social, sendo atrelado ao medo da morte, o que comumente ocorre em relação à aids, visto ser essa uma doença até hoje incurável²⁶.

O medo e o temor do HIV/Aids também foram encontrados no estudo de Araújo (2008) e estão relacionados com o surgimento da doença, em que os primeiros casos foram detectados em grupos já considerados discriminados e marginalizados, resultando em resistência do paciente em revelar o diagnóstico para não ser discriminado pela sociedade. A dificuldade de partilhar o diagnóstico da doença, por sua vez, leva ao isolamento social, desencadeando sentimentos de tristeza, abandono e de vergonha²⁴.

Para Parker, o imaginário social da aids é capaz de mobilizar sentimentos e reforçar temores, trazendo à tona sentimentos de rejeição social, sofrimento físico e moral, tristeza, medo, morte e outras fantasias de destruição¹⁰.

As imagens e simbolismos gerados no início da epidemia estão arraigados no senso comum, desencadeando estigmas que levam a comportamentos de medo, negação e rejeição. Além disso, o silêncio impede que a dor de ser portador da doença seja dividida com outras pessoas que poderiam ajudar no enfrentamento²⁷.

Para Jodelet (2001), a morte iminente ainda permanece ancorada nas representações da aids. Em seu estudo, as mulheres não foram capazes de reconhecer os avanços conquistados no tratamento, também no que diz respeito aos aspectos social, jurídico e psicológico da doença. Esses seriam componentes determinantes no combate ao imediatismo da morte, os quais marcam as representações negativas acerca da aids, fazendo surgir sentimentos como medo, ameaça à vida, perigo, estigma, sofrimento, tristeza e solidão²⁵.

Nicolau (2012) relata que esses sentimentos de medo, rejeição e negação, somados à falta de conhecimento constituem obstáculos que impedem o acesso aos cuidados de saúde, levando o indivíduo doente a não procurar testagem, prevenção ou serviços de tratamento. Por isso, o fortalecimento da autonomia das mulheres é fundamental no processo educativo, valorizando os saberes e opiniões inseridos nos contextos das vulnerabilidades ambientais, sociais, culturais e emocionais²⁷.

CLASSE 5 – Práticas sexuais/prevenção

A classe cinco, denominada práticas sexuais/prevenção, reteve 19,7% dos segmentos de texto, e as palavras que obtiveram maior frequência foram: *visita íntima, sexo, sabão, vagina, boca, casado, carência, camisinha, mulher, homem*. As mulheres mais jovens foram as que mais contribuíram para formação dessa classe.

As mulheres relatam as práticas sexuais no presídio, que são permitidas através das visitas íntimas realizadas às quartas-feiras, sendo restritas apenas às mulheres casadas ou que tenham união estável comprovada. Apenas três mulheres dentre as entrevistadas recebem visita íntima. Isso se deve ao fato de os maridos da maioria das apenadas também se encontrarem presos. A carência e a solidão fazem com que muitas delas mudem sua condição sexual dentro do presídio e passem a se relacionar com mulheres. O estado não fornece preservativo, ou seja, não financia e nem estimula a prática do sexo seguro.

[...]eu não recebo visita íntima mas curto sexo com homem e com mulher. [...] aqui não fornece camisinha para mulheres, no masculino eles recebem na visita [...] (Suj.08; faixa etária 20-30 anos; solteira; ensino fundamental completo; heterossexual).

[...] eu sou casada, mas não recebo visita íntima do meu marido. [...] as mulheres que fazem o sabão não se previnem acho que não tem como se prevenir, mas também não deve ter como pegar só pega homem com mulher [...] (Suj.28; faixa etária 50-60 anos; casada; fundamental incompleto; heterossexual).

As mulheres, nessa classe, associam o HIV/Aids às práticas sexuais e reconhecem como estratégias de *prevenção* a utilização de preservativo. Em se tratando dessa prática, ou seja, a utilização de preservativos, ela foi apontada pelas detentas como a principal forma de prevenção contra a infecção pelo vírus HIV/Aids, principalmente pelas mulheres entre 20-30 anos, que já tiveram ou possuem vários parceiros e/ou que se relacionam com parceiros de ambos os sexos.

Esse dado corrobora os resultados de outras pesquisas as quais afirmam que o preservativo é a forma mais conhecida de prevenção da aids, mas é menos utilizada por mulheres mais velhas, quando comparadas com as mais jovens, limitando seu uso apenas nas relações sexuais com desconhecidos ou em casos de desconfiança quanto à fidelidade do parceiro²⁷⁻²⁸.

A distribuição de preservativos e o tratamento das doenças devem ser acompanhados com programas educativos de prevenção e sensibilização das mulheres detentas, assim como dos profissionais que trabalham no interior das penitenciárias, valorizando o contexto sociocultural e as particularidades dessas mulheres⁹.

As ações estratégicas devem visar à transformação social dos indivíduos, facilitando o acesso às informações para a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos. Em consequência dessa postura, certamente, seriam observados efeitos expressivos sobre a apropriação do risco em contrair a doença, através da aproximação com o universo sociocultural do grupo que se quer atingir¹⁵.

b) Imagens ou campo de representação (objetivação da aids) das apenadas frente ao HIV/Aids

Pode-se observar, (figura 3), as palavras que mais se destacaram foram: *doença*, *pessoa*, *aids*, *pegar*. Percebe-se a forte conexão do elemento *doença*, que ocupa o centro

da figura, com os elementos *morte, deus, remédio, transmissível, prevenir, difícil, grave, ruim, tristeza*. Estabelece relação direta com o elemento *pessoa*, que se associa a *preconceito, família, discriminar, ficar, outro, compartilhar* e com o elemento *aids*, que se associa a *cuidado, preservativo, tratamento, magro, beijo, prisão, HIV, relação sexual, alicate de unha*. Dessa forma, as RS sobre HIV/Aids construídas pelas participantes desse estudo se organizam a partir desses elementos, ou seja, o HIV/Aids é visto como uma doença grave, adquirida pelo não uso do preservativo, e a consequência é as pessoas doentes sofrem preconceitos.

Figura 3 – Imagens ou campo de representação do HIV/Aids entre as mulheres em privação de liberdade.



c) Atitude ou Posicionamento das apenadas frente ao HIV/Aids

Pode-se identificar conteúdos positivos e negativos, segundo o posicionamento das mulheres em situação de privação de liberdade frente ao HIV/Aids. As mulheres mais velhas são mais negativas em seus posicionamentos. Positivos: [...] *a aids não tem cura, mas pode prevenir usando camisinha, usar material descartável, não compartilhar objetos que cortam* [...] *tem tratamento, o coquetel*. [...] *não precisamos nos preocupar muito, porque a aids não pega no abraço, não pega no beijo, não pega no assento do banheiro*[...]. Negativos: [...] *ficar sozinha, fraca e dependendo dos*

outros e ter ninguém para cuidar de você, é muito ruim. [...] a pessoa tem aids pela magreza. [...] mesmo todo mundo dizendo que não pega aids, mas temos que ter cuidado, todo cuidado é pouco, acredito não, o melhor é se afastar [...].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar as dimensões das RS sobre HIV/Aids elaboradas por mulheres em privação de liberdade de diferentes faixas etárias. Observaram-se significados consensuais objetivados pela morte, medo, doença, preconceito e formas de contaminação.

As mulheres mais jovens (20-30 anos) representaram a aids como uma doença grave, que pode acometer qualquer pessoa de qualquer idade e que, apesar de não ter cura, pode ser tratada com o *coquetel* e prevenida através da utilização de preservativos e do não compartilhamento de objetos perfuro cortantes.

Já as mulheres na faixa entre 50-60 anos apresentaram representações um tanto arcaizadas, pensamentos que remetem ao início da epidemia, que consideram a aids uma doença de grupos específicos (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo). Para elas, a aids pode ser transmitida na “*quentura do assento*”, *talher*, *beijo*, *abraço*, *no ar que respira*, ou seja, é uma doença muito perigosa e fatal. Relatam como protótipo do contaminado a imagem de uma pessoa *magra*, *sem cabelo*, *com manchas no corpo*; para evitar a contaminação, elas consideram que a solução seria colocar as doentes em celas separadas.

Ambos os grupos reconhecem a importância do uso de preservativos e do não compartilhamento de objetos pessoais para se protegerem da doença. Entretanto, pelo observado, muitas instituições penitenciárias não fornecem os insumos necessários para prevenção do HIV/Aids, embora estes estejam previstos em lei.

Com relação às imagens, o elemento *doença* ocupou o centro e estabeleceu relação direta com o elemento *pessoa* e com o elemento *aids*. As apenadas mais velhas apresentaram atitudes com conteúdos muito mais negativo que positivos. A aids foi ancorada em dimensões psicossociais (preconceito, discriminação, rejeição, abandono); biológicas físicas (doença, tratamento, coquetel, sexo, magreza, fraqueza, manchas no corpo, queda de cabelo); socioculturais (fé, Deus); e psicológicas (medo, difícil, angústia, desânimo, preocupação).

Ressalve-se como fator limitante nesta pesquisa a dimensão da amostra, principalmente das mulheres de faixa etária mais avançada. Por isso, defende-se a necessidade de que outros estudos sejam realizados contemplando um quantitativo mais ampliado de mulheres. Por conseguinte, será possível alcançar uma maior precisão em torno das RS no que diz respeito ao conhecimento sobre o HIV/aids nesse grupo de mulheres, quais sejam, as que vivem em situação de encarceramento.

É imprescindível que sejam implementados programas de ações estratégicas que busquem prevenir e reduzir a disseminação do HIV/Aids, os quais contemplem mudanças sociais e de condutas direcionadas a minimizar as práticas sexuais de risco nos presídios femininos, abordando questões sobre gênero, relações homoafetivas e cuidados com a saúde da mulher.

Diante dos resultados encontrados, recomenda-se como estratégias de prevenção da aids em ambiente prisional, para ambos os grupos, a distribuição de preservativos femininos e masculinos; a promoção de programas educativos de sensibilização das mulheres detentas, assim como dos profissionais que trabalham no interior das penitenciárias para seu uso; a esterilização dos materiais perfuro-cortantes (alicates de unha, agulha de costura e *piercing*), visto serem tão utilizados por essas mulheres; a realização de cursos de capacitação destinados as agentes penitenciárias, a fim de serem facilitadoras no processo de aprendizagem das apenadas sobre educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Icps. International Centre For Prison Studies. World Prison Brief. [Acesso em: 13 nov. 2013] Disponível em: <http://www.prisonstudies.org>.
2. Depen. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento nacional de informações penitenciárias. Infopen mulheres-junho de 2014. Ministério da justiça. [Acesso em: 13 nov. 2013] Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>
3. Nokhodian Z, Yazdani MR, Yaran M, Shoraei P, Mirian M, Ataei B, et al. Prevalence and risk factors of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C among female prisoners in Isfahan, Iran. 2012;12(7):442-7.

4. Strazza L, Azevedo RS, Boccia TMQR, Carvalho HB. Vulnerabilidade a infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição: menores infratoras e detentas do Estado de São Paulo, Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2005;17(2):138-42.[Acesso 14 fev.2015] Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/9-vulnerabilidade.pdf>

5. Strazza L, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(1):197-205. [Acesso 14 fev.2015] doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100021>.

6. Shahbazi M, Farnia M, Moradi G, Ebrahimi B. The trend of HIV/AIDS prevalence among IDU's in Iranian prisoners (1376-1386). Retrovirology. 2010;7(Suppl 1):101.

7. Wohl DA, Scheyett A, Golin CE, White B, Matuszewski J, Bowling M, 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. 2011;15(2):356-64.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2010 nov.16]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf

9. Unaid - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids; Oms – Organização Mundial da Saúde. HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio. Marco referencial para uma resposta nacional mais eficaz. 2007. Nações Unidas, Nova York [acesso em: 13 fev 2014]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/HIV%20Aids%20em%20Ambientes%20Prisionais%20Preven%E7%E3o,%20Aten%E7%E3o,%20Tratame.pdf>.

10. Parker R. A AIDS no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumaré; 1994.

11. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.
12. Herzlich C. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2005; 15: 57-70.
13. Ferreira OGL, Silva AO, Marcolino ABL, Pinho TAM, Veloso LS, Nogueira JA, Leite ES, Moreira MASP. Social representations about HIV/Aids built by the elderly: na integrative review. *International Archives of Medicine*, 2015; 8(250): 1-9. [doi:10.823/1849](https://doi.org/10.823/1849)
14. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(2): 513-18. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
15. Souza CCS, Mata LRF, Azevedo C, Gomes CRG, Cruz GECP, Toffano SEM. Interiorização do HIV/Aids no Brasil: um estudo epidemiológico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* [internet] 2013 [Acesso em: out. 2015]. (35):25-30. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1798
16. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(6):670-7.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000700003>
17. Miranda AE, Vargas PRM, Viana MC. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38(2):255-60.[Acesso 20 maio 2014] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19786.pdf>
18. Olivi M, Santana RG, Matias TAF. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2008 [Acesso em fev. 2014]; 16(4):679-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400005&script=sci_arttext&tlng=pt

19. Giacomozzi AI, Camargo BV. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre a prevenção da Aids. *Psicologia Teoria e Prática*. 2006 [acesso em: 02 mar. 2014]; 6(1):31-44. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_6_-_Numero_1/v6n1_art2.pdf
20. Ferreira MP. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. *Rev. de Saúde Pública*. 2008[acesso em: março 2014];42(1):65-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/09.pdf>
21. Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. 34. ed. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo; 2000.
22. Tura LFR. A Aids: Repensando a prevenção. In: Tura LFR, Moreira ASP, organizadores. *Saúde e representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária; 2005. p. 67-190.
23. Trigueiro DRSG, Pinho TAM, Moreira MASP, Maximino DAFM, Silva DM, Almeida AS, Silva JBF, Monroe AP, Costa GPO, Nogueira JA. HIV/Aids in prison: state of the art of scientific productions. *International Archives of Medicine*, 2016 9(16): 1-10. doi: [10.3823/1887](https://doi.org/10.3823/1887)
24. Araújo EC, Menicucci EO. Entendimento sobre o hiv e a aids entre jovens do sexo masculino ancorado na teoria das representações sociais. *Enfermeria Global*. Febrero 2008. 1-14p.
25. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
26. Martinez MCW. Adolescência, sexualidade e aids: na família e no espaço escolar contemporâneo. São Paulo: Arte Ciência; 1998.
27. Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das

DST/HIV no cenário prisional. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3):711-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300025>

28. Garcia GS, Lima LF, Silva JB, Andrade LDF, Abrão FMS. Vulnerabilidade dos Idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da Produção Científica Atual no Brasil. DST - J Bras Doenças Sex Transm. 2012; 24(3):183-8. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista24-3-2012/7-Vulnerabilidade_idosos_aids.pdf

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivos sistematizar a produção científica desenvolvida acerca da temática de HIV/Aids entre pessoas privadas de liberdade no período de 2003 a 2012, bem como identificar a estrutura das representações sociais do HIV/Aids por mulheres em privação de liberdade e analisar as RS sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade.

Dos 33 artigos selecionados, verificou-se maior produção científica entre 2010 a 2012, com 21 (63,6%) publicações durante este período, predominância da abordagem metodológica quantitativa (75,7%) e escritos na língua inglesa (100%), destacando-se maior realização de pesquisas no país norte-americano – Estados Unidos (57,6%). As temáticas mais abordadas foram a prevalência do HIV/Aids e as comorbidades, a vulnerabilidade/risco ao HIV/Aids, intervenções frente ao HIV/Aids e terapia antirretroviral nas prisões: incentivo aos ex-reclusos.

Na apreciação dos dados, observou-se metade das mulheres (50%) são solteiras, 37,5% estudaram até a primeira fase do ensino fundamental (incompleto), 56,3% declaram professar religião evangélica, 87,5% dizem-se heterossexuais, 90,6% não recebem visita íntima no presídio e 90,6% não fazem uso de preservativo.

Os resultados obtidos a partir da Técnica de Associação Livre de Palavras, com o termo indutor *HIV/Aids*, foram processados pelo *software EVOC*, o qual realizou uma análise lexicográfica. Caracterizaram-se como provável sistema central as cognições *prevenção*, *medo*, *morte*, *angústia* e *doença*, em torno das quais se organizaram os elementos da periferia, representados por *dor*, *desprezo*, *ruim*, *preservativo* e *transmissão*, que compuseram o sistema periférico.

Para refinar a exploração dos dados, foram formadas cinco classes a partir da análise textual pelo software *IRaMuTeQ*: modos de transmissão; aspectos psicossociais;

conhecimento sobre HIV/Aids; dimensões socioafetivas; e práticas sexuais/prevenção. Nos conteúdos dessas classes, perceberam-se algumas diferenças entre as faixas etárias.

As mulheres com idade entre 20-30 anos representaram a aids como uma doença grave, que pode acometer qualquer pessoa de qualquer idade e que, apesar de não ter cura, pode ser tratada com o *coquetel* e prevenida com a utilização de preservativos e o não compartilhamento de objetos perfuro cortantes.

Já as com idades entre 50-60 anos apresentaram representações um tanto arcaizadas, pensamentos que remetem ao início da epidemia, que consideram a aids uma doença de grupos específicos (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo). Para elas, a aids pode ser transmitida na “*quentura do assento*”, *talher*, *beijo*, *abraço*, *no ar que respira*, ou seja, é uma doença muito perigosa e fatal. Relatam, como paradigma visual de um contaminado, a imagem de uma pessoa *magra*, *sem cabelo*, *com manchas no corpo*. Na visão delas, para evitar a propagação a outras pessoas, o mais adequado seria colocar as doentes em celas separadas, isolá-las.

Ambos os grupos reconhecem a importância do uso de preservativos e do não compartilhamento de objetos pessoais para se protegerem da doença. Entretanto, pelo observado, muitas instituições penitenciárias não fornecem os insumos necessários para prevenção do HIV/Aids, embora estes estejam previstos em lei.

Os resultados descritos acima demonstram que as RS das mulheres em privação de liberdade possibilitaram uma aproximação com as crenças, valores, referências culturais e imagens que as mulheres usam para dar forma e significado à aids. Além disso, a pesquisa deixa entrever como essas representações norteiam seus relacionamentos, seus comportamentos sociais e suas práticas sexuais.

É importante que outros estudos sejam realizados com maior número de participantes, para que se alcance uma compreensão ampliada dos aspectos que envolvem mulheres no sistema prisional, propiciando, assim, uma abrangência mais vasta acerca da temática da aids nessa população.

Dessa forma, espera-se que os resultados deste estudo possam fornecer subsídios para o planejamento e a implantação de programas de intervenção mais amplos, que abordem não apenas os aspectos dos comportamentos de risco de infecção, mas que também possam incluir questões relacionadas a injustiças e desigualdades sociais, estigmatização e discriminação, direitos sexuais e cidadania sexual. Enfim, todos esses aspectos devem ser enfrentados, a fim de que se promova a transformação social,

reduzindo a vulnerabilidade da mulher em privação de liberdade ao HIV/Aids, pois elas sofrem triplo preconceito: por ser mulher, presidiária e pela doença social - aids.

Diante dos resultados encontrados, recomenda-se como estratégias de prevenção da aids em ambiente prisional, para ambos os grupos: a distribuição de preservativos femininos e masculinos; a provisão de insumos indispensáveis à higiene (absorventes, sabonetes); a implementação de programas educativos de sensibilização das mulheres detentas, assim como dos profissionais que trabalham no interior das penitenciárias para mudanças e atitudes de autocuidado, desmitificação de preconceito sobre a aids; a esterilização dos materiais perfuro-cortantes (alicates de unha, agulha de costura e *piercing*), visto serem tão utilizados por essas mulheres; a realização de cursos de capacitação destinados as agentes penitenciárias, a fim de serem facilitadoras no processo de aprendizagem das apenadas sobre educação em saúde, fortalecendo a autonomia das mulheres e valorizando os conhecimentos e opiniões inseridos no contexto do cárcere.

REFERÊNCIAS

1. Lima TC, Freitas MIP. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. Rev Bras Enferm. Brasília, 2012 jan-fev; 65(1): 110-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/16.pdf>
2. Unaid. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV Aids. 2014. [acesso em: 10 fev. 2016] Disponível em: <http://www.unaids.org.br/>.
3. Félix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antiretroviral. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):884-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400015>
4. Unaid, Onusida. Chegando a zero: estratégia 2011-2015, Estratégia para 2011 a 2015 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids/ VIH/SIDA. 2010. [acesso em: 10 fev. 2016] Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf.
5. Trigueiro DRSG, Pinho TAM, Moreira MASP, Maximino DAFM, Silva DM, Almeida AS, Silva JBF, Monroe AP, Costa GPO, Nogueira JA. HIV/Aids in prison: state of the art of scientific productions. International Archives of Medicine, 2016 9(16): 1-10. doi: [10.3823/1887](https://doi.org/10.3823/1887)
6. Ferreira OGL, Silva AO, Marcolino ABL, Pinho TAM, Veloso LS, Nogueira JA, Leite ES, Moreira MASP. Social representations about HIV/Aids built by the elderly: na integrative review. International Archives of Medicine, 2015; 8(250): 1-9. doi:[10.823/1849](https://doi.org/10.823/1849)
7. Costa MS, Leite ES, Pinho TAM P, Lubenow JAM, Silva AO, Moreira MASP. Social Representations, Vulnerability and Religious Beliefs of the Elderly About Hiv/Aids: an Integrative Review. International archives of medicine. 2015;8(259):1-12. doi: [10.3823/1858](https://doi.org/10.3823/1858)

8. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):90-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100012>.

9. Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/Aids. Rev. Bras. Enferm. 2011;64(2):381-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200026>

10. Lima GMB, Pereira Neto AF, Amarante PDC, Dias MD, Ferreira Filha MO. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, jul/set 201;37(98):446-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300008>.

11. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. Representações Sociais. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 29-109.

12. Moscovici F. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2012.

13. Frinhani FM, Souza L. Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de representações sociais. Psicologia, Teoria e Prática. 2005;7(1):61-79. [Acesso em: 14 fev.2015] Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-6872005000100006

14. Araújo RC, Jonas E, Pfrimer IAH. Mulheres reclusas e a vulnerabilidade ao vírus HIV/AIDS. Estudos Goiânia. 2007; 34(11/12):1021-40. [Acesso em: 14 fev. 2014] Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/253/198>

15. Oms- Organização Mundial da Saúde. Mulheres e Saúde: evidências de hoje agenda de amanhã. 2011. [Acesso em 12 de fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf.

16. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: Aids e DST. Ano II, dez. 2013. [Acesso em: 14 de fev 2014]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>.
17. Seffner F, Parker R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):293-304. [doi:10.1590/1807-57622015.0459](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0459)
18. Icps. International Centre For Prison Studies. World Prison Brief. [Acesso em: 13 nov. 2013] Disponível em: <http://www.prisonstudies.org>.
19. Monteiro A, Coimbra C, Filho MM. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? Psicologia & Sociedade. 2006 maio-agosto;18(2):7-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000200002>.
20. Us. Department of justice programs. Bureau of Justice Statistics. Bulletin HIV in Prisons. 2009 [Acesso em: 10 jan 2014]. Disponível em: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/hivp08.pdf>.
21. Mahfoud Z, Kassak K, Kreidieh K, Shamra S, Ramia S. Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus (HIV), hepatitis B and hepatitis C and risk factors in prisoners in Lebanon. J Infect Dev Ctries. 2010;4(3):144-9.
22. Meyer JP, Qiu J, Chen NE, Larkin GL, Altice FL. Emergency Department Use by Released Prisoners with HIV: An Observational Longitudinal Study. Emergency Department Use by HIV+ Prisoners. 2012;7(8):1-10.
23. Unaid - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids; Oms – Organização Mundial da Saúde. HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio. Marco referencial para uma resposta nacional mais eficaz. 2007. Nações Unidas, Nova York [acesso em: 13 fev 2014]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/HIV%20Aids%20em%20Ambientes%20Prisionais%20Preven%E7%E3o,%20Aten%E7%E3o,%20Tratame.pdf>.

24. Arruda AJCG de, Oliveira MHB de, Guilam MC et al. Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. Recife, 2013 nov.;7(esp):6646-54. doi: [10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201312](https://doi.org/10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201312)
25. Diuana V, et al. Saúde em prisões: representações e e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;4(8):1887-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>
26. Nokhodian Z, Yazdani MR, Yaran M, Shoraei P, Mirian M, Ataei B, et al. Prevalence and risk factors of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C among female prisoners in Isfahan, Iran. Hepat Mon. 2012;12(7):442-7. doi:10.5812/hepatmon.6144
27. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. Braz J Med Biol Res. 2004;37(5):771-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2004000500020>
28. Strazza L, Azevedo RS, Boccia TMQR, Carvalho HB. Vulnerabilidade a infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição: menores infratoras e detentas do Estado de São Paulo, Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2005;17(2):138-42.[Acesso 14 fev.2015] Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista17-2-2005/9-vulnerabilidade.pdf>
29. Ribeiro MP. et al. Profiles of female vulnerability to HIV/AIDS in Belo Horizonte and Recife: a comparison of white and black/mixed women. Saude Soc. 2010;19 (Suppl2):21-35.[Acesso em: 16 Jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/04.pdf>.
30. Gomes AM, Silva EM, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. Rev Latinoam Enferm. 2011;19(3):485-92.[Acesso em: 06 Jun. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06.pdf.
31. Reis CB, Bernades EB. O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/Aids. Ciência &Saúde Coletiva.

2011;16(7):3331-38.[Acesso em 17 fev.2015] Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/32.pdf>

32. Lane STM. Usos e abusos do conceito de representações sociais. In: Spink, M.J (Org.). O Conhecimento no Cotidiano - representações sociais na perspectiva da Psicologia social. Ed. Brasiliense. São Paulo, 1995: 58-72.

33. Vala J, Monteiro MB. Psicologia Social. 5. ed. Lisboa: Fundação Calauste Gulbenkian; 2006.

34. Sá C. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio Janeiro: EdUERJ; 1998.

35. Nóbrega SM. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Jesuino JC. Representações Sociais: Teoria e Prática. 2 ed.João Pessoa: Universitária /UFPB, 2003. p. 51-79.

36. Herzlich C. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2005; 15(Supl): 57-70.[Acesso em:[Acesso em 20 março 2015] Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>

37. Springer SA, Qiu J, Saber-Tehrani AS, Altice FL. Retention on Buprenorphine Is Associated with High Levels of Maximal Viral Suppression among HIV-Infected Opioid Dependent Released Prisoners. Plos One. 2012;7(5):1-11

38. Tura LFR. Representações Coletivas e Representações Sociais: notas introdutórias. In: Tura LFR(Org.), Moreira ASP(Org.) Saúde e Representações Sociais. João Pessoa, 2005. 253 p.

39. Jodelet D. Ponto de Vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. Temas Psicol. Ribeirão Preto, 2011 jun; 19(1):19-26.

40. Fernandes JD, Ferreira SL. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de Enfermeiras. In: Tura LFR. (Org.), Moreira ASP. (Org.) Saúde e Representações Sociais. João Pessoa, 2005. 253 p.
41. Rocha LCD, Cabral DSC, Freire EMR, Calheiros CAP, Silva MMJ. Percepção das mulheres encarceradas em penitenciária em relação á atenção a saúde da mulher. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2014;5(1):113-36.[Acesso em: 20 março 2015] Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/75/2013_75_6305.pdf
42. Jodelet, D. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.). As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.
43. Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJ, organizador. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 19-45.
44. Veloz MCT, Schulze CMN, Camargo BV. Representações sociais do envelhecimento. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, 1999;12(2): 479-501p. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000200015>.
45. Abric JC. A Abordagem estrutural das Representações Sociais. In: Moreira ASP. (Org); Oliveira DC. (Org). Estudos Interdisciplinares de Representação Social. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.
46. Marques SC, Oliveira DC, Gomes AMT. Aids e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. Psicologia: Teoria e Prática, Especial, 2004. p. 91-104.
47. Barbará A, Sachetti VAR, Crepaldi MA. Contribuições das Representações sociais ao estudo da AIDS. Interação em Psicologia, Curitiba. Jul./Dez. 2005;9(2):331-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v9i2.4783>

48. Joffe H. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. In: Guareschi P, Jovchelovitch S. Textos em representações sociais. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2003, p. 297-323.
49. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº2. 466, de 12 de dezembro de 2012, Brasília, 2012 [Acesso em: 11 março 2015]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
50. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Paredes AS. Perspectivas Teórico-Metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária UFPB; 2005. p. 573-603.
51. De Rosa AS. A rede associativa: uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semânticos relacionados com as representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2005. p. 61-127.
52. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicologia [Internet]. 2013 [Acesso em: 14 jan. 2014];21(2):513-18. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000200016&script=sci_abstract.

APÊNDICES

APÊNDICE A**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****Entrevista Semiestruturada - Parte 1 – ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS**

Estamos realizando uma pesquisa sobre representações sociais do HIV/Aids segundo mulheres em privação de liberdade. Para tanto, convidamos para participar respondendo a esta entrevista em que não há necessidade de se identificar. Informamos que não há questões certas ou erradas e todas as informações serão de uso para pesquisa.

Obrigada.

Ex: Quando falo em férias o que lembra?

Praia (X)

Sol

Passeio

Viagem

Cinema

“HIV/Aids” lembra:

(Diga até 5 palavras que vêm a sua cabeça e marque a mais importante com um X)

1. Fale a respeito da Aids e do HIV.
2. O que é aids para as outras pessoas?
3. Fale da sua experiência com a aids no cárcere.
4. Como se desenvolvem as práticas sexuais nos cárceres?

Parte 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Número do questionário: _____	Município: _____
Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____
Horário de início da entrevista: _____	Horário de término da entrevista: _____
Recusa da entrevista ☐ Sim ☐ Não Justificar: _____	

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA RECLUSA

1.	Idade: _____									
2.	Raça/Cor	1 ☐ Branco	2 ☐ Negro	3 ☐ Pardo	4 ☐ Amarelo	5 ☐ Indígena				
3.	Estado civil	Solteiro 1 ☐	Casado/ União Estável 2 ☐	Separado / Divorciado 3 ☐	Viúvo 4 ☐	Outro 5 ☐				
4.	Crença ou religião	Sem religião 1 ☐	Católica 2 ☐	Evangélica 3 ☐	Espírita 4 ☐	Umbanda/Candomblé 5 ☐	Outras 6 ☐			
5.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou? _____	Sem escolaridade 1 ☐	1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2 ☐	1ª fase do ensino fundamental (completo) 3 ☐	2ª fase do ensino fundamental (incompleto); 4 ☐	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5 ☐				
		Ensino Médio (incompleto) 6 ☐	Ensino médio (completo) 7 ☐	Ensino superior (incompleto) 8 ☐	Ensino superior (completo) 9 ☐					
6.	Na atual situação a Sra se considera do gênero:	Feminino 1 ☐	Masculino 2 ☐	7.	Na atual situação qual a sua orientação sexual?	Heterossexual 1 ☐	Homossexual 2 ☐	Bissexual 3 ☐	Outro 4 ☐	
8.	Você recebe visita íntima?	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	9.	Qual frequência: _____					
10.	Além da visita íntima, você realiza atividade sexual no presídio?	Sim 1 ☐	Não 2 ☐	11.	Qual frequência: _____					
12.	Tempo de reclusão: _____									

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada senhora,

Gostaria de convidá-la para participar de uma pesquisa sobre “Mulheres em privação de liberdade e HIV/Aids: um estudo de representações sociais”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da instituição Universidade Federal da Paraíba. Ela tem como objetivo conhecer as representações sociais sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade.

Sua participação consistirá em responder a um questionário e/ou uma entrevista que poderá ser audiogravada, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria da assistência em saúde na atenção ao HIV/Aids.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificada, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim nem a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

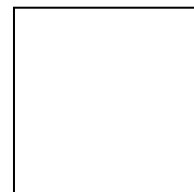
A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

A garantia de que meu tratamento não será prejudicado se eu desistir de participar da pesquisa.

Uma cópia desta declaração deve ficar com a Sr^a.

João Pessoa, ____, de _____ de 2014.

Assinatura da entrevistada



Certos de estar contribuindo com o conhecimento em HIV/Aids para a melhoria da saúde da população carcerária contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Prof^a Dr^a Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

CONTATO: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Endereço: Cidade Universitária, s/n Campus I, Castelo Branco, João Pessoa-PB; CEP 58051-900

Telefone (083) 3216-7109

e.mail: enfermagemposgraduacao@gmail.com

ANEXO

ANEXO

CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MULHERES EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E HIV/AIDS: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Pesquisador: Tatyana Ataíde Melo de Pinho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30185614.2.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 660.127

Data da Relatoria: 29/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se um projeto de Doutorado sobre Representações Sociais do HIV/Aids por mulheres em privação de liberdade, que será realizado pela pesquisadora Tatyana Ataíde Melo de Pinho, sob a orientação da professora Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira. O estudo será de caráter exploratório em uma abordagem mista (quantitativa-qualitativa), em que se priorizará as falas dos sujeitos, sendo subsidiados pelo aporte teórico das Representações Sociais. A pesquisa será realizada no Centro de Reabilitação Maria Júlia Maranhão, na cidade de João Pessoa-PB- Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

conhecer as representações sociais sobre o HIV/Aids construídas por mulheres em privação de liberdade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis para a saúde do entrevistado e nem do entrevistador.

Benefícios:

A pesquisa trará como benefício a expansão do conhecimento para o mundo acadêmico e para sociedade, sobre as representações sociais das mulheres em privação de liberdade acerca do

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: laponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 000.127

HIV/Aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto se encontra bem instruído e permite uma adequada avaliação dos seus aspectos éticos concernente à pesquisa envolvendo seres humanos (conforme a Resolução 466/12 do CNS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade de apresentar relatório final da pesquisa ao CEP via Plataforma Brasil (online), até 30 dias após o término da mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável ao desenvolvimento da investigação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do HULW/UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 29 de abril de 2014. Ressaltamos que, após o término da pesquisa acrescentar no projeto via online e através de emenda, o Relatório Final. Para fins de comprovação junto ao local de pesquisa solicitamos ao pesquisador comparecer ao CEP-HULW, 4º andar com este parecer de aprovação para aposição da assinatura da coordenadora. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se corresponsável.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.050-900
UF: PB Município:
Telefone: (833)216-7302 Fax: (833)216-7522 E-mail: laponirecortez@yahoo.com.br, cepulw@hotmail.