



Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em situação de privação de liberdade*

AIDS and jail: social representations of women in freedom deprivation situations

Sida y cárcel: representaciones sociales de mujeres en situación de privación de libertad

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro^{1,2}, Sandra Aparecida de Almeida³, Aline Aparecida Monroe⁴, Gilka Paiva Oliveira Costa⁵, Valéria Peixoto Bezerra⁶, Jordana Almeida Nogueira⁶

Como citar este artigo:

Trigueiro DRSC, Almeida SA, Monroe AA, Costa GPO, Bezerra VP, Nogueira JA. AIDS and jail: social representations of women in freedom deprivation situations. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):554-561. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500003>

* Extraído da tese “Representações sociais sobre aids e sexo entre mulheres em situação de privação de liberdade”, Universidade Federal da Paraíba, 2015.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa, PB, Brasil.

² Escola de Enfermagem Nova Esperança, Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, João Pessoa, PB, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiátrica, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Medicina Interna, João Pessoa, PB, Brasil.

⁶ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem Clínica, João Pessoa, PB, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To grasp the AIDS social representations built by freedom-deprived women. **Method:** Descriptive study with a quali-quantitative approach that involved 174 convicted women in a women's prison in a capital city of the Brazilian northeastern region. A word-association test was applied in October and November 2014, using AIDS as a stimulus. The corpus was processed using Iramuteq software. Descending Hierarchical Classification and Correspondence Factor Analysis were applied. **Results:** The content that comprises the social representation of AIDS was influenced by the prison context, which was pervaded by a lack of assistance, lack of knowledge, discrimination, and suffering that disclosed vulnerability to HIV/AIDS factors such as unprotected sex and object sharing. This underlines the stigma and fear of the illness, in addition to favoring and supporting negative feelings and a sense of rejection. **Conclusion:** To consider the use of this representational amalgam to ensure a comprehensive, contextualized care can help redirect practices, motivate self-care practices, and reduce prejudiced attitudes.

DESCRIPTORS

Acquired Immunodeficiency Syndrome; Prisoners; Women; Health Vulnerability.

Autor correspondente:

Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro
Cidade Universitária
CEP 58051-900 – João Pessoa, PB, Brasil
deborast@hotmail.com

Recebido: 20/12/2015
Aprovado: 15/06/2016

INTRODUÇÃO

Embora se reconheçam avanços em discussões, pesquisas, terapêutica, campanhas educativas e programas preventivos em relação à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), nem todas as pessoas têm acesso equitativo a esses recursos e serviços. Ao longo dos anos, a diversidade no padrão de distribuição da infecção conferiu-lhe distintas configurações epidemiológicas e expansão para grupos marginalizados, com menores suportes sociais e oportunidades de desenvolvimento.

Tal conformação vem modelando práticas e condutas discriminatórias, reforçando o estigma e comprometendo programas de resposta ao HIV, obstaculizando o acesso a serviços de saúde para aqueles que vivem com HIV e para aqueles que estão sob alto risco de contrair o vírus⁽¹⁾.

Dentre as prioridades apontadas pela Declaração de Melbourne⁽¹⁾ e pelo Ministério da Saúde brasileiro, devem ser fortalecidas medidas e ações de enfrentamento à doença nas suas diferentes manifestações e expressões que foquem nas populações mais vulneráveis, incluindo mulheres e pessoas privadas de liberdade⁽²⁾. Entre as mulheres, há estimativa de que a infecção pelo HIV seja mais prevalente no contexto de cárcere⁽³⁾.

A perspectiva usual de atribuir a comportamentos individuais o estado de saúde de uma coletividade cria dificuldades para a implementação de ações preventivas e de controle. É preciso investir na qualidade dos diagnósticos socioculturais dos problemas de saúde, particularmente quando acarretam modificações nos comportamentos socialmente estabelecidos⁽⁴⁾.

A despeito da infecção pelo HIV, o aspecto histórico, social e características da epidemia exerceram forte influência no comportamento e no dos grupos. No início da aids, a ausência de informação médico-científica e o modo como a mídia se apoderou deste mal “desconhecido” deu vida própria no imaginário da população⁽⁵⁾. Circulavam nos meios de comunicação domínios de fortes investimentos afetivos, configurados por morte, contágio, e sexo, favorecendo a eclosão de concepções de cunho moral, social e biológico⁽⁶⁾.

Mesmo havendo o conjunto de procedimentos terapêuticos e consequente mudança no significado da convivência com a infecção, as Representações Sociais (RS) da aids ainda permanecem intimamente associadas à exclusão e à falta de moral. Em sociedades nas quais a infecção afetou as mulheres, tal fato passou a ser tipicamente associado a um comportamento sexual inadequado às normas de gênero locais⁽⁷⁾.

Dessa forma, estabeleceu-se como foco deste estudo pontuar as características da experiência subjetiva de mulheres em privação de liberdade, que permitem organizar e analisar RS sobre aids como conhecimentos latentes, resultantes do modo de pensar e do atuar socialmente em realidades singulares compartilhadas, assinalando-se aproximações ou afastamentos das definições científicas sobre aids, na concepção do conhecimento prático.

Em consulta à base de dados da SciELO, não foram encontrados estudos que retratassem as RS da aids no sistema prisional. Nessa perspectiva, a aproximação com mulheres

em privação de liberdade justifica-se pela oportunidade de entender as diversas formas de representar a aids, como também as atitudes diante deste fenômeno⁽⁸⁾. Portanto, este estudo teve como objetivo apreender as representações sociais sobre aids construídas por mulheres em privação de liberdade.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, subsidiado no aporte teórico das Representações Sociais (RS). Sistemáticamente, estão presentes nas RS três dimensões (informação, imagem e atitude) e dois processos sociocognitivos principais (objetivação e ancoragem). A informação corresponde à organização de conhecimento de um determinado grupo acerca de um objeto social, variando de acordo com a quantidade e a qualidade desse conhecimento. As imagens compreendem os sentidos associados ao objeto, e a atitude refere-se ao posicionamento que se tem acerca do objeto da representação social. Por sua vez, a objetivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram à realidade social, e a ancoragem permite compreender a maneira pela qual estes elementos colaboram para revelar e constituir as relações sociais⁽⁹⁾. Complementarmente, como proposição de análise às ancoragens, destacam-se quatro tipologias: psicológica, psicossociológica, sociológica⁽¹⁰⁾ e a biológica/física⁽¹¹⁾.

O estudo foi realizado no Centro de Reeducação Maria Júlia Maranhão, localizado em João Pessoa, eleito por ser o único presídio da capital e concentrar maior número de apenadas do estado da Paraíba. A população constituiu-se das 268 mulheres privadas de liberdade em regime fechado, e o tamanho amostral foi calculado através do programa Statistic (usando os comandos *Several means*, ANOVA, *1-Way*). Consideraram-se os parâmetros: probabilidade $\alpha = 0,05$; probabilidade $\beta = 0,20$; variação devido ao erro = 0,2, e a correção de 10% para potenciais perdas. A amostra, assim, foi de 174 mulheres.

A seleção das participantes foi não probabilística, por conveniência (participação voluntária), adotando-se como critério de inclusão estar sentenciada na condição de regime fechado. Ressalta-se, ainda, que não houve acesso à condição sorológica das apenadas.

Para coleta de dados, aplicaram-se um questionário estruturado de múltipla escolha, contendo informações sociodemográficas (idade, raça, estado civil, crença, escolaridade, tempo de reclusão) e o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP), tendo com estímulo indutor a palavra “aids”. Esta técnica se constitui em uma modalidade aberta de inquérito que estimula a evocação de respostas dadas a partir de uma ou mais palavras indutoras. Permite colocar em evidência universos semânticos relacionados ao objeto de representação⁽¹²⁾.

Após formalização da pesquisa com a Secretaria de Estado da Administração Penitenciária e anuência dos coordenadores administrativos da instituição, foi previamente definido que a coleta de dados ocorreria na sala de aula do presídio, no turno da tarde. Padronizou-se que seriam liberadas cinco reeducandas de cada vez. Por participação voluntária, os agentes penitenciários promoviam a escolta das

mulheres até o local da pesquisa, as quais, após o término, retornavam às celas, e assim sucessivamente, até completar a amostra. Este procedimento ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2014.

O instrumento foi aplicado individualmente, por cinco pesquisadores previamente treinados e qualificados. Cada participante recebeu informações sobre a natureza e os objetivos do estudo, a participação ocorreu mediante assinatura do Consentimento Informado. Antes da apresentação do estímulo já mencionado, foi feita uma simulação utilizando um exemplo, com o intuito de familiarizar a participante acerca da funcionalidade do instrumento. Em seguida, foi apresentado o estímulo indutor, seguido das abordagens: *O que lhe vem à mente (cabeça) quando digo a palavra “aids”?* e *Fale as cinco primeiras palavras que lembram a “aids”*. As respostas foram registradas pelos pesquisadores.

Os resultados apreendidos compuseram o *corpus* que foi transcrito para o programa Word, submetidos a um

refinamento para exclusão de repetições vocabulares, agrupamento das palavras por aproximação semântica, e composição de um dicionário. Dois pesquisadores foram acionados para o procedimento de validação do dicionário. Sequencialmente, as informações foram processadas pelo *software* de Análise Textual Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* – Versão 0.6 alpha 3), por permitir análises multivariadas, em especial, Classificação Hierárquica Descendente e Análise Fatorial de Correspondência⁽¹³⁾.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD)⁽¹⁴⁾ qualificou os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, analisou lexicograficamente o texto e categorizou cinco classes de respostas associadas ao estímulo “aids”. Do total de 174 Unidades de Contexto Inicial (UCI’s) presentes no *corpus*, foram retidas 122 Unidades de Contexto Elementar (UCE’s), selecionadas de acordo com os valores do (χ^2).

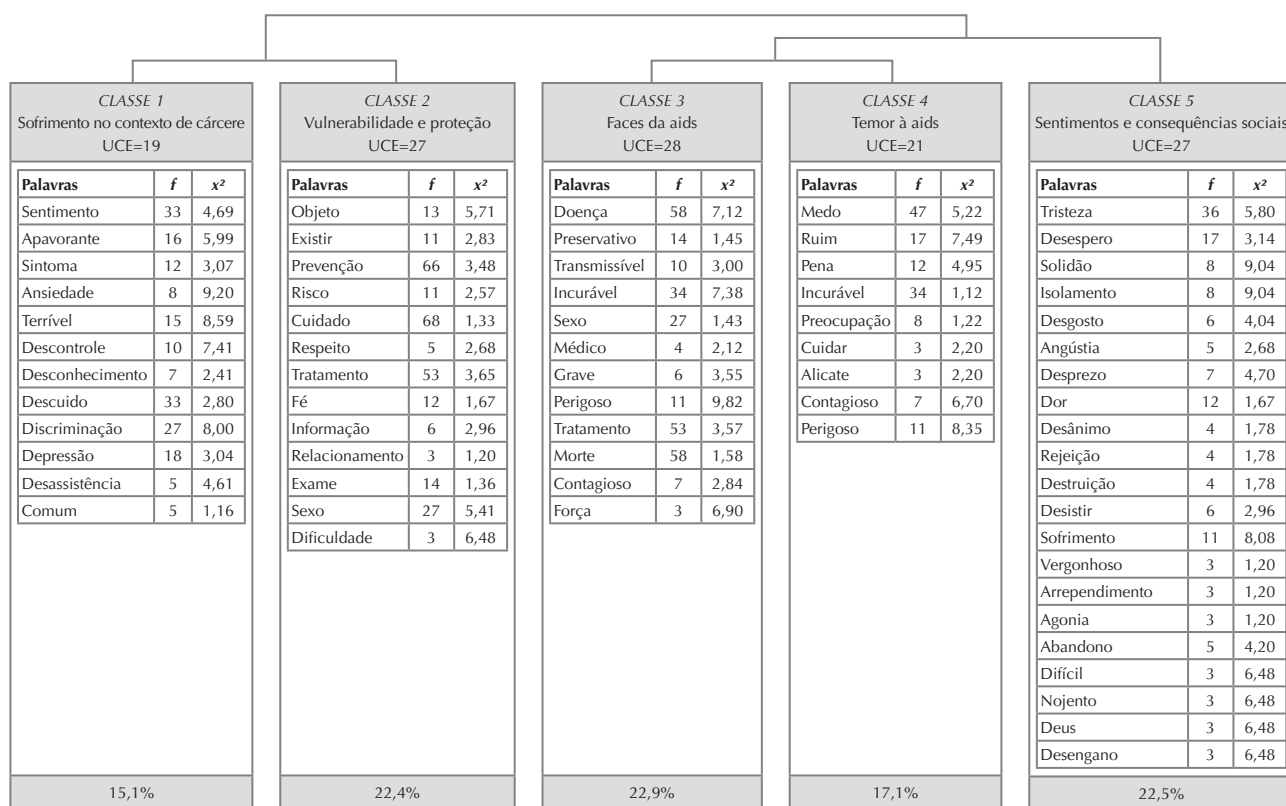


Figura 1 – Dendrograma referente à distribuição do vocabulário das classes segundo a Classificação Hierárquica Descendente em relação ao estímulo “aids” – João Pessoa, PB, 2014.

Conforme apresentado no dendrograma (Figura 1), houve a partição do *corpus* em dois *subcorpora*. O primeiro, que originou a classe 5 e posteriormente as classes 3 e 4, relaciona os “sentimentos e consequências sociais” da aids ao “temor” que a doença ocasiona e suas múltiplas “faces”. O segundo *corpus*, que constituiu as classes 1 e 2, vincula a aids ao “sofrimento no contexto de cárcere”, e os elementos que condicionam a “vulnerabilidade e proteção” à doença.

A partir da CHD, procedeu-se à Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que representa num plano cartesiano as diferentes palavras associadas a cada uma das classes da

CHD. Essa interface possibilita que se recuperem, no *corpus* original, os segmentos de texto associados a cada classe, momento em que se obtém o contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados. Ainda permite um exame detalhado das ligações entre os perfis das respostas individuais, expressando conexões e oposições, e mostrando graficamente os vínculos existentes entre os diferentes conteúdos representacionais⁽¹⁴⁾.

Considera-se um bom aproveitamento do *software* um parâmetro acima de 70% (Versão 0.6 alpha 3). O presente estudo teve uma pertinência de 70,4% do *corpus*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba sob o Parecer nº 660.127, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Verificaram-se na amostra pesquisada (n=174) predominância de 67,2% na faixa etária entre 18 e 34 anos, cor parda (55,2%), solteiras (59,2%), com até 8 anos de estudo (70,1%) e evangélicas (42,5%). Quanto ao tempo de reclusão, 50,0% estão cumprindo pena há menos de 1 ano, 32,8% entre 1 e 3 anos e 17,2% já estão há mais de três anos em regime fechado.

A **classe um – sofrimento no contexto de cárcere** – concentra 15,1% das UCE's, não sendo evidenciada associação positiva entre as faixas etárias das apenadas. Nesta classe, os conteúdos que compõem a RS sobre Aids são influenciados pelo contexto prisional. A prisão é um espaço onde há limitações na assistência à saúde e nos cuidados necessários, tanto no que se refere à prevenção quanto a aspectos curativos, *desassistência e descuido*, além do *desconhecimento* sobre o agravo que gera atitudes de *discriminação* em relação às pessoas que vivem com HIV/Aids, fato *comum* no presídio, pois a maioria delas tem o conhecimento de pessoas infectadas com *sintomas* visíveis e observáveis pela proximidade da vivência, própria ao regime de enclausuramento, ancorando-se em aspectos comuns da dimensão biológica/física.

Pensar a aids gera o repúdio observado nas entrevistas pela expressão facial das apenadas antes mesmo da verbalização de evocações e, associada à situação de cárcere, a doença se torna mais *terrível e apavorante*, o que resulta em condições de sofrimento, como *descontrole, ansiedade, depressão e sentimentos*, com ancoragem psicológica.

A **classe dois – vulnerabilidade e proteção** – concentra 22,4% das UCE's retidas. Foi composta predominantemente por mulheres entre 35 e 49 anos. Esta classe apresenta elementos relativos à presença de *risco* à infecção pelo HIV na condição do cárcere, pautadas por situações que as colocam em situação de vulnerabilidade – *relacionamento, sexo e objeto*.

A determinação da doença, representada como um atributo de “comportamentos de risco” associa-se às práticas sexuais vivenciadas por esse grupo. O *sexo*, como consequência de *relacionamentos* estabelecidos entre as apenadas durante o intercurso penal, constitui-se em práticas homossexuais desprotegidas (dimensão física/biológica).

Outra dimensão prática da RS da aids associada a um conhecimento frente à contaminação caracteriza-se pelo compartilhamento de *objetos*. Os mais comuns dentre os citados no ambiente prisional e agrupados nesta categoria foram: agulha de costura, lâmina de retirar pelos, *piercing*, pinça, lixa de unha, alicate, escova de dente, roupa íntima, assento de banheiro, copo e talheres, compartilhados para uso rotineiro.

Dialogicamente à condição de risco ao HIV, foram evocados nesta classe elementos positivos que se referem ao *cuidado*, sendo mencionadas medidas de *prevenção, tratamento*

e *fé*. Na realidade do cárcere, o cuidado se ancora na dimensão física/biológica e psicológica, em uma perspectiva de proteção à saúde das apenadas.

As estratégias de *prevenção* integram um conjunto de práticas e comportamentos, tais como usar camisinha, não compartilhar objetos, saber com quem se relaciona, demonstrando que a confiança no outro ainda se constitui motivo para a não utilização de preservativo.

Em relação ao *tratamento*, parece ter sido superado o espectro de morte imediata. O desenvolvimento de novas terapias capazes de transformar a infecção em um problema crônico renovou os desafios e modificou os conteúdos representacionais.

A **classe três – faces da aids** – concentra 22,9% das UCE's retidas, não sendo evidenciada associação significativa entre as faixas etárias das apenadas. Os conteúdos desta classe não se distanciam das RS da aids elaboradas nas últimas décadas. A ideia de *doença transmissível/contagiosa*, que se propaga principalmente pelo *sexo* sem *preservativo*, temida por seu caráter de infecção *grave e perigosa*, requer a figura do *médico* para instaurar o *tratamento* que não reverte o atributo mais preocupante – ser incurável, e, portanto, levar à *morte* –, demonstra claramente uma marca ou cicatriz social de entendimento da aids, confirmando a ancoragem da representação na dimensão sociológica.

A **classe quatro – temor à aids** – concentra 17,1% das UCE's retidas. Foi composta predominantemente por mulheres entre 18 e 34 anos. Neste contexto semântico, a representação da aids ancora-se na dimensão psicossociológica expressa principalmente pelo sentimento de *medo*. A ideia de se tratar de algo *ruim, incurável*, que gera *pena* nas pessoas, inevitavelmente origina uma *preocupação* iminente em se ter esse tipo de problema.

A **classe cinco – sentimentos e consequências sociais** – concentra 22,5% das UCE's, não sendo evidenciada associação significativa entre as faixas etárias das apenadas. Centra-se principalmente em sentimentos negativos, que emergem do processo de pensar a aids, e pelas consequências sociais da mesma. Os conteúdos sociocognitivos de ancoragem psicossociológica denotam uma visão negativista da doença, associada à imagem de *desespero, tristeza, solidão, dor, sofrimento, destruição* e de atitudes de *rejeição, desprezo, nojo, abandono, isolamento*.

OBJETIVAÇÃO DA AIDS SEGUNDO AS APENADAS ENTREVISTADAS

O processo de objetivação da *aids*, graficamente apresentado, foi elaborado a partir da técnica de AFC, permitindo visualizar, sob a configuração de um plano fatorial, as oposições resultantes da CHD. Nos dois fatores, a variância total apresentou o valor de 64,86%. O fator 1, que corresponde ao eixo horizontal, explicou 35,85% da variância total de respostas. O fator 2, que corresponde ao eixo vertical, explicou 29,01% do total de respostas (Figura 2).

No primeiro fator (Eixo 1), lado direito, destacam-se as palavras aglutinadas na Classe 1, a qual associa a aids a sentimentos negativos acarretados pela condição de discriminação e desassistência peculiares ao cárcere. A imagem de degradação corporal, objetivada pela expressão sintoma,

permanece presente, tendo contribuído com 57% para explicar este fator. Por oposição, no lado negativo do mesmo eixo, a presença da doença é traduzida por sentimento de tristeza, desespero, solidão e isolamento.

Ainda no plano superior à direita desse mesmo eixo, verifica-se a preocupação com o risco de contrair a doença, representado por objetos que são habitualmente compartilhados durante a reclusão. Em oposição aos fatores de risco, a precaução pela transmissão sexual estaria no uso do preservativo, que contribuiu com 50% para explicar este fator.

Com relação ao segundo fator (Eixo 2), a característica *transmissível* da *doença* e a inviabilidade de *cura* exigem *cuidado* e medidas de *prevenção*. Contrapõem-se, desse modo, à ocorrência de consequências negativas, tais como, *sofrimento*, *desprezo*, *abandono* e *rejeição*.

O *medo*, em destaque na zona de neutralidade, pode revelar que, mesmo exprimindo um elemento significativo na representação do estigma social da aids, não assume uma forma de atitude de encarar a aids no cotidiano das presas entrevistadas.

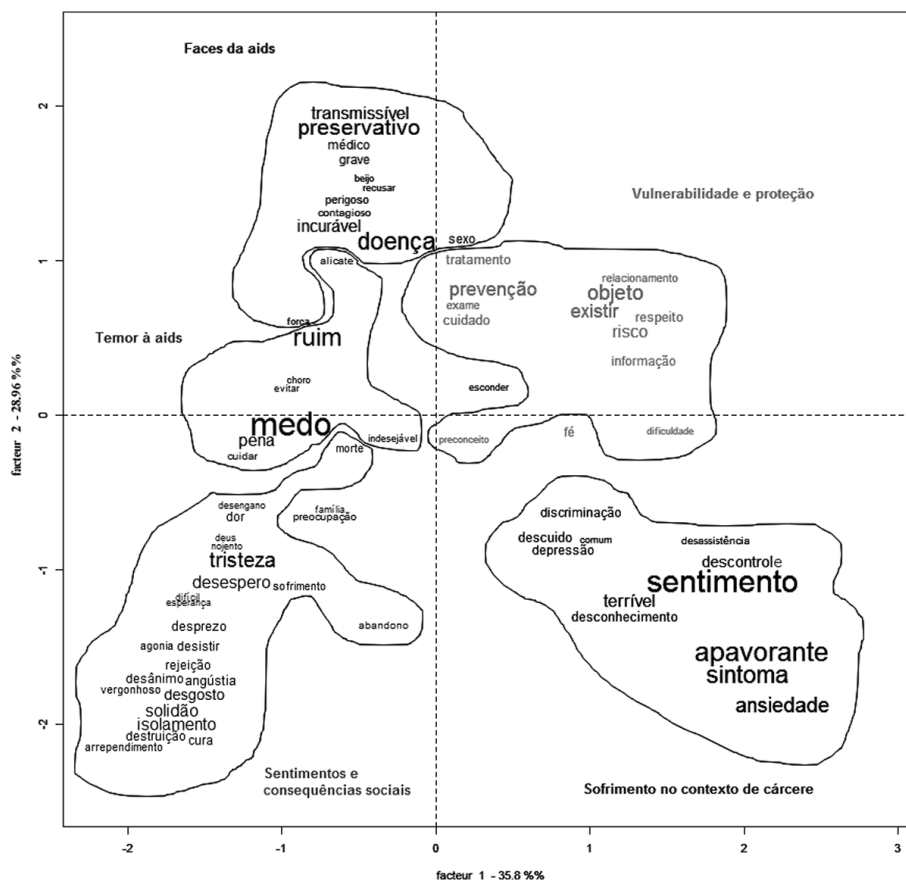


Figura 2 – Análise Fatorial de Correspondência com a representação das coordenadas (Eixos 1 e 2) com destaque para cinco classes e palavras com maiores cargas fatoriais – João Pessoa, PB, 2014.

DISCUSSÃO

Na formação das RS da aids, as influências da mídia, as descobertas embrionárias da ciência e o conhecimento médico ainda incipiente do princípio da epidemia determinaram estereótipos atrelados à pessoa que vive com HIV/Aids. Consoante ao conhecimento reificado para o manejo da doença, a difusão de informações era veiculada pela imprensa através de imagens de pessoas debilitadas, associadas à ideia de morte e comportamentos e grupos de risco⁽¹⁵⁾. Essa associação abriu espaço para o desenvolvimento de preconceitos contra minorias e estigmas de cunho moral e social, reforçando sentimentos de culpabilização⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Tais posicionamentos reiteram que a limitação inicial de informações médicas provenientes de pesquisas científicas que demandavam tempo de tramitação favoreceu a qualificação social da doença. As pessoas elaboraram suas RS

apoiadas nas informações que dispunham sobre os meios de transmissão e perfil das pessoas acometidas. Em concordância com as informações que circulavam na sociedade, as RS foram sendo elaboradas pelos grupos sociais, orientando suas condutas discriminatórias a partir das RS construídas social e culturalmente⁽¹⁶⁾.

Em consequência, a ausência de entendimento e a discriminação se constituem obstáculos que impedem ou dificultam o acesso aos cuidados de saúde. Quando um determinado grupo sofre discriminação, abuso e repressão, existe uma maior chance de não procurar testagem, prevenção ou serviço de tratamento para aids. O contrário também é esperado, no fato de que a falta de assistência pode gerar descuido, desconhecimento e discriminação, levando-se em consideração que um dos fatores pode influenciar na ocorrência de outro⁽¹⁾.

A propósito, na condição do cárcere, as limitações estruturais (inadequação física), a densidade populacional e precárias condições de higiene e nutrição dificultam as oportunidades de cuidado em saúde e agravam o sofrimento no processo de vivenciar o adoecimento, como evidenciado na primeira classe. Embora seja assegurado por marcos legais (Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), a efetivação do direito à saúde das apenadas enfrenta os entraves da logística prisional⁽¹⁸⁾.

O risco de transmissão, por sua vez, é outro componente expressivo na representação da aids, conforme verificado na classe 2. Sob a vertente do contágio, o sexo permanece como elemento coexistente entre o universo reificado e o universo consensual da aids. O impacto da notícia alarmante de uma nova doença pouco conhecida, mas devastadora e irreversível, com ênfase no cunho transmissível por via sexual, transformou o cenário mundial da sexualidade e criou uma reviravolta na forma de encarar a atividade sexual.

Contudo, a percepção da chance de se infectar pelo HIV das mulheres em situação de privação de liberdade obedece à lógica do princípio do surto, no qual a ideia de contágio com algum fluido da pessoa doente poderia transmitir a enfermidade mais temida dos últimos tempos, sem haver distinção entre preconceito e veracidade.

Pesquisas mostram que ainda há equívocos ou solidificações de crenças errôneas quanto aos modos de transmissão ao assinalar em seus resultados picadas de inseto, banho de piscina, uso de privada, aproximação física ou compartilhamento de objetos de uso pessoal como vias de contaminação, além de um conhecimento superficial sobre a prevenção^(8,19).

Paralelamente à vulnerabilidade, aparece a necessidade do cuidado. Embora a menção do mesmo seja salutar, reflete-se que tal fato não é suficiente para gerar no indivíduo comportamento protetor, mas envolve também a percepção, a compreensão, a capacidade de assimilação e de transformação do conhecimento em prática, além do acesso a insumos protetivos, sobretudo o preservativo indisponibilizado dentro da penitenciária.

No enfrentamento de doenças, principalmente as assinaladas socialmente com sentença de morte ou alta periculosidade, a fé representa outro meio de proteção. No entanto, o exercício da espiritualidade no cárcere e a fé na cura divina denota que a RS da aids é marcada por uma polaridade: de um lado existe a incurabilidade da doença com a apropriação do universo reificado de pensamento; do outro, a crença na cura, associada aos valores e crenças presentes no senso comum para suportar o sofrimento.

O sofrimento não é só em decorrência do processo de adoecimento, mas está relacionado também as faces da aids, configurada pelas mulheres privadas de liberdade na classe 3 por meio de elementos-chave a partir dos quais se entende a cicatriz social produzida pelo agravo.

As doenças podem conferir marcas sociais por seu caráter devastador. Seja a destruição da Europa pela peste negra, a assustadora gripe espanhola do século XX, a sífilis, a hanseníase ou o câncer, que é encarado como o mau do século atual. No entanto, nenhuma dessas doenças aferem

tanto valor estigmatizante para a sociedade como a aids, que em um curto espaço de tempo assolou milhares de pessoas e promoveu sequelas irreversíveis nas esferas social, econômica e política⁽²⁰⁾.

Agravando-se o quadro, deparar com a condição de mulher em situação de privação de liberdade, com total restrição econômica, é colocar paralelamente os principais nichos universais de estigmatização e discriminação da aids: estigma relacionado à sexualidade; estigma relacionado ao gênero; estigma relacionado à raça ou etnia, que se parafraseia aqui como grupo de pertença; e estigma relacionado à marginalização econômica ou à pobreza⁽⁷⁾.

A irreversibilidade das consequências da aids ressoa junto ao pior atributo da doença: ser incurável. Pode-se afirmar que nas RS da população em geral a aids é a doença que mata mais, se comparada a outros agravos. Isso advém de outro binômio forte – aids e morte – presente na representação hegemônica da doença. Para as apenadas não é diferente. As RS da aids carregam o sentido de morte, que, por estar vinculado à condição de privação de liberdade, se revela como sentença dobrada ou, se fosse possível, estar condenada duplamente à morte, o que gera o temor da doença, em destaque na classe 4.

A conhecida “epidemia do medo” trouxe ao universo simbólico da aids várias representações de medo: medo do doente, medo de se infectar com o vírus do doente, medo da morte, medo das transformações físicas, medo do preconceito e da discriminação, medo até de ter medo⁽²¹⁻²²⁾.

O medo faz parte da atividade humana e pode servir de alerta para o perigo, mas quando se fala ou se pensa em aids, o medo assume uma conotação representacional negativa, pois parte de uma RS distorcida ou fantasiosa da aids que ainda organiza a realidade de forma assombrosa e sem sensatez.

É necessário repensar formas de combate ao medo tão presente nas RS da aids de diversos públicos que mantêm, ao longo do tempo, uma proliferação de significados atemorizantes à epidemia, os quais, sutilmente, atrapalham a forma de prevenir ou controlar o agravo.

Em síntese, a cognição de uma pessoa voltada para a possibilidade de deter uma doença letal, temida por todos e que promove consequências sociais acarreta uma série de sentimentos angustiantes^(21,23), de autopiedade e autodestruição, presentes na classe 5.

Observa-se, dessa forma, que, ao reunir os principais elementos consensuais que integram as RS da aids – ser uma enfermidade assustadora, que provoca sofrimento e temor ao se pensar na contaminação pelo HIV, estar associada a comportamentos reprováveis diante da sociedade (sexo e drogas) –, pôde-se compreender os motivos que sustentam os estereótipos nos quais se delineia o estigma da aids e, em decorrência, a reprodução e acentuação de preconceitos que favorecem a marginalização e as consequências sociais^(7,24-25).

CONCLUSÃO

A partir da delimitação representacional da aids neste estudo, reflete-se que os avanços na inclusão da população privada de liberdade nas políticas públicas de saúde não

estão em conformidade com a prática assistencial dispensada no cárcere. Persistem representações hegemônicas do início da epidemia, que carregam informações equivocadas sobre a doença, favorecem a imagem ameaçadora e destrutiva da infecção, sustentam atitudes preconceituosas ou discriminatórias, sentimentos negativos e a dificuldade de se abordar o problema. Embora permaneçam cristalizados posicionamentos quanto ao objeto “aids”, como doença associada à morte, observa-se a incorporação de elementos novos às suas representações, tais como prevenção, tratamento e aumento de sobrevida.

Frente a tais reflexões, alerta-se para a necessidade de se repensar a logística e a garantia de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, além de ações locais que envolvam uma educação em saúde problematizadora, voltada à

realidade do contexto prisional, de modo que possibilite a oportunidade de reflexão do fenômeno social com identificação de conhecimentos inapropriados acerca da doença, desmistificações de preconceitos, aniquilação de atitudes discriminatórias e estimulação à adoção de posturas de proteção à saúde não só física, mas também psicológica.

Nessa perspectiva do cuidado no regime de reclusão, aponta-se também a necessidade de viabilização de insumos que sirvam como medidas protetivas contra o HIV em atividades indispensáveis à higiene, à vaidade ou à sexualidade, como a retirada de cutículas e pelos, a confecção de tatuagem, a colocação de brincos e *piercing* e a realização do ato sexual. Além da sensibilização desse público para mudanças que incorporem de fato atitudes de autocuidado.

RESUMO

Objetivo: Aprender as representações sociais sobre a aids construídas por mulheres privadas de liberdade. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa que envolveu 174 apenadas de Presídio Feminino situado em capital do nordeste brasileiro. Aplicou-se o Teste de Associação Livre de Palavras, em outubro e novembro de 2014, utilizando-se do estímulo aids. O *corpus* foi processado pelo software Iramuteq, sendo efetuadas a Classificação Hierárquica Descendente e Análise Fatorial de Correspondência. **Resultados:** Os conteúdos que compõem a representação social sobre aids são influenciados pelo contexto prisional, permeado de desassistência, desconhecimento, discriminação e condições de sofrimento, revelando fatores de vulnerabilidade ao HIV/Aids como atividade sexual desprotegida e compartilhamento de objetos; reiterando o estigma e o temor à doença; e favorecendo e sustentando sentimentos negativos e de rejeição. **Conclusão:** Considerar este amálgama representacional na garantia de um cuidado integral e contextualizado pode contribuir para redirecionar práticas, motivar condutas de autocuidado e reduzir atitudes preconceituosas.

DESCRITORES

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Prisioneiros; Mulheres; Vulnerabilidade em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Aprender las representaciones sociales acerca del Sida construidas por mujeres privadas de libertad. **Método:** Estudio descriptivo, con abordaje cualitativo y cuantitativo que involucró a 174 apenadas de Presidio Femenino ubicado en capital del nordeste brasileño. Se aplicó la Prueba de Asociación Libre de Palabras, en octubre y noviembre de 2014, utilizándose el estímulo Sida. El *corpus* fue procesado por el software Iramuteq, siendo llevados a cabo la Clasificación Jerárquica Descendente y el Análisis Fatorial de Correspondencia. **Resultados:** Los contenidos que componen la representación social acerca del Sida los influencia el contexto carcelario, permeado por desasistencia, desconocimiento, discriminación y condiciones de sufrimiento, revelando factores de vulnerabilidad al VIH/Sida como actividad sexual desprotegida y el acto de compartir objetos, lo que reitera el estigma y el temor a la enfermedad y favorece y sostiene sentimientos negativos y de rechazo. **Conclusión:** Considerar ese amálgama representativo en la garantía de un cuidado integral y contextualizado puede contribuir para redirigir prácticas, motivar conductas de autocuidado y reducir actitudes prejuiciosas.

DESCRIPTORES

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Prisioneros; Mujeres; Vulnerabilidad em Salud.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV Aids [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2015 dez. 20]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/>
2. Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):32-40.
3. Gois SM, Santos Junior HPO, Silveira MFA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1235-46.
4. Justo AM, Camargo BV. Corpo e cognições sociais. *Liber* [Internet]. 2013 [citado 2015 dez. 20];19(1):21-32. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v19n1/a03v19n1.pdf>
5. Gomes AMT, Oliveira DCD, Santos ÉID, Santo CCE, Valois BRG, Pontes APMD. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [citado 2015 dez. 20];16(1):111-20. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/ean/v16n1/v16n1a15.pdf>
6. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011;19(3):485-92.
7. Sousa PJ, Ferreira LOC, Sá JB. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana de Recife, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2239-51.

8. Oliveira NAI, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Pinheiro AKB. Knowledge, attitude and practices regarding condom use among women prisoners: the prevention of STD/HIV in the prison setting. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 19];46(3):711-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_25.pdf
9. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2012.
10. Doise W. L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bull Psychol*. 1992;45(405):189-95.
11. Moreira ASP, Camargo BV, organizadores. *Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB; 2007.
12. 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, editoras. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB; 2005. p. 61-127.
13. Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires [computer software]. 2009 [cited 2015 Feb 5]. Available from: <http://www.iramuteq.org>
14. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* [Internet]. 2013 [citado 2015 fev. 9];21(2):513-18. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
15. Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):164-9.
16. Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição da abordagem estrutural das representações sociais. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(2):365-76.
17. Cunha GH, Fiuza MLT, Gir E, Aquino PS, Pinheiro AKB, Galvão MTC. Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2015;23(2):183-91.
18. Oliveira LV, Costa GMC, Medeiros KKAS, Cavalcanti AL. Epidemiological profile of female detainees in the Brazilian state of Paraíba: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2015 June 30];12(4):892-901. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134284>.
19. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG, Soares MJGO, Costa MML, et al. Knowledge, attitude and practice of condom use by women of an impoverished urban area. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 13];49(3):364-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/0080-6234-reeusp-49-03-0364.pdf>
20. Oliveira DC. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(n.spe):276-86.
21. Alvarenga WA, Dupas G. Experience of taking care of children exposed to HIV: a trajectory of expectations. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014;22(5):848-56.
22. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1075-84.
23. Lowther K, Selman L, Harding R, Higginson IJ. Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1171-89.
24. Renesto HMF, Falbo AR, Souza E, Vasconcelos MG. Coping and perception of women with HIV infection. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(1):36-42.
25. Strauss M, Rhodes B, George G. A qualitative analysis of the barriers and facilitators of HIV counselling and testing perceived by adolescents in South Africa. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [cited 2015 June 30];15:250. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4484707/>

Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Processo n. 480129/2013-4.
