



Representações sociais de mulheres em situação de cárcere sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Social representations of imprisoned women on Acquired Immunodeficiency Syndrome

Tatyana Ataíde Melo de Pinho¹, Antonia Oliveira Silva¹, Cláudia Jeane Lopes Pimenta¹, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira¹

Objetivo: compreender as representações sociais de mulheres em situação de cárcere sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Métodos:** estudo qualitativo, realizado com 32 mulheres sentenciadas em um centro de reabilitação. Utilizou-se o Teste de Associação de Livre de Palavras, tendo como estímulos indutores “Vírus da Imunodeficiência Humana” e “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”. Dados processados pelo *software* EVOC e analisados 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 facetas negativas quanto aos conteúdos. **Conclusão:** observou-se início de um processo de modificação nas representações sociais sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, tendo-se a incorporação de novos elementos, como a prevenção e a diminuição do sentimento de morte iminente.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Mulheres; Prisioneiros; Enfermagem.

Objective: to understand the social representations of imprisoned women on Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Methods:** qualitative study conducted with 32 women imprisoned in a rehabilitation center. The Free Association of Words Test was used, with inductive stimuli such as “Human Immunodeficiency Virus” and “Acquired Immunodeficiency Syndrome”. Data were processed by the EVOC software and analyzed in light of the Theory of Social Representations. **Results:** the elements of the central nucleus of the representation were *prevention, fear, death, disease and anguish*; the periphery revealed negative aspects regarding the contents. **Conclusion:** there has been a process of modification in the social representations on the Acquired Immunodeficiency Syndrome with the incorporation of new elements such as the prevention and the reduction of the feeling of imminent death.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Women; Prisoners; Nursing.

¹Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

Autor correspondente: Tatyana Ataíde Melo de Pinho
Rua Hercílio Alves de Sousa, 249, Bancários. CEP: 58051-290. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: tataide8@hotmail.com

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surgiu no Brasil, em 1982, como fenômeno misterioso e temido, principalmente pela letalidade e pelas 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 e que se restringia a grupos de riscos (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo), para ser considerada doença interiorana, com origens populares, acometendo qualquer pessoa e difundindo-se para indivíduos socialmente considerados não vulneráveis, como heterossexuais, mulheres monogâmicas, idosos e crianças⁽²⁾.

Destaca-se que as mulheres têm se tornado cada vez mais vulneráveis à infecção, representando metade das pessoas que vivem com aids em todo o mundo⁽³⁾. Além disso, o aumento constante do encarceramento nessa população, chegando a mais de 10,35 milhões de pessoas mantidas em estabelecimentos prisionais em todo mundo⁽³⁾, potencializa a vulnerabilidade de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

A relevância expressa nesses dados foi amplamente discutida na Declaração de Melbourne, que sinalizou mudanças e preocupações no delineamento da infecção, revelando o surgimento de novos grupos vulneráveis, dentre os quais, apontam-se as mulheres em privação de liberdade⁽³⁻⁵⁾. Neste sentido, apesar dos esforços do Ministério da Saúde do Brasil, as ações de prevenção, diagnóstico e assistência ao HIV e à aids no sistema penitenciário brasileiro, ainda, não estão em conformidade com a prática assistencial dispensada para outros estratos populacionais, o que favorece a perpetuação da imagem ameaçadora e destrutiva da

infecção⁽⁶⁾.

As estratégias desenvolvidas para mulheres em situação de privação de liberdade devem apresentar caráter diferenciado, haja vista a necessidade de maior assistência voltada para promoção da saúde dessa população, em decorrência da maior vulnerabilidade proporcionada pelo ambiente prisional, caracterizado por violência, marginalização e opressão⁽⁷⁻⁸⁾.

Diante desse cenário, o conhecimento sobre o HIV e a aids é referido na literatura como importante ferramenta para adoção de práticas de autocuidado^(6,9), favorecendo a prevenção e a redução de comportamentos de risco frente à infecção⁽¹⁰⁾, sobretudo, na população carcerária, cuja privação de liberdade reforça a precariedade e a fragilização da garantia dos direitos sexuais, em virtude das limitações burocráticas e estruturais existentes no estabelecimento prisional⁽⁷⁻⁸⁾.

A evidência de lacunas no conhecimento de mulheres privadas de liberdade em relação à aids estimula a realização de pesquisas que abordem dimensões relacionadas à associação entre a infecção e o encarceramento. Dentre as inúmeras dimensões, citam-se a identificação das representações sociais sobre a aids⁽⁶⁾, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres⁽⁸⁾, a análise das condições individuais, sexuais, sociais e contextuais que contribuem para adoção de comportamentos de risco ao HIV⁽⁹⁻¹⁰⁾, entre outros aspectos, tanto no âmbito nacional quanto internacional.

O número de mulheres privadas de liberdade que vivem com HIV vem aumentando ao longo dos anos, assim, percebe-se a necessidade de investimentos em diagnósticos socioculturais da infecção, em ações de prevenção e atenção aplicadas de forma abrangente, multissetorial e integradas, com a finalidade de atender às necessidades específicas dessa população⁽⁶⁾. Neste sentido, torna-se imprescindível a investigação da aids sob a perspectiva dessas mulheres, buscando compreender as formas como a infecção é representada no ambiente prisional.

Mediante esse contexto, surgiram os questio-

namentos: quais as representações sociais sobre a aids construídas por mulheres em situação de cárcere? Quais elementos estariam presentes nos sistemas central e periférico dessas representações?

Diante disso, o presente estudo objetivou compreender as representações sociais de mulheres em situação de cárcere sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Métodos

Estudo qualitativo, realizado em uma penitenciária feminina, no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, entre outubro e novembro de 2014. A seleção dos participantes ocorreu de forma não probabilística, por conveniência, utilizando-se como critério de inclusão o cumprimento de sentença em regime fechado, correspondendo a 32 mulheres. Foram excluídas do estudo as mulheres que estivessem em processo de progressão do regime fechado para o semiaberto.

Para coleta de dados, foram aplicados um questionário semiestruturado, abordando as variáveis sociodemográficas e questões ou imagens inerentes ao campo de representação, bem como conhecimentos ou informações e atitudes das mulheres em privação de liberdade frente ao HIV e à aids. As falas de cada sujeito foram identificadas pela sigla "Suj.", seguidas do numeral ordinal correspondente à ordem da entrevista.

A análise das falas foi pautada na Teoria das Representações Sociais, que busca identificar a problemática a partir da ótica do próprio indivíduo, constituindo aporte teórico utilizado na implantação e efetivação das práticas de saúde⁽¹¹⁾. Esse referencial 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 fornece sentido⁽¹²⁾.

Também foi utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras, que consiste em um tipo de investigação que se estrutura a partir da evocação de respostas dadas pelos participantes por meio de um ou mais

estímulos indutores, permitindo colocar em evidência universos semânticos relacionados a determinado objeto⁽¹³⁾. As mulheres investigadas foram orientadas a evocar cinco palavras que viessem à mente, ao ouvirem os estímulos indutores "Vírus da Imunodeficiência Humana" e "Síndrome da Imunodeficiência Adquirida". Em seguida, eram solicitadas a eleger a evocação percebida como a mais importante^(12,14).

Os dados foram organizados em um banco de dados específico para serem processados no *software* EVOC, fundamentando-se na Teoria do Núcleo Central, caracterizada como uma das três abordagens da Teoria das Representações Sociais, não se limitando ao âmbito explicativo do processo de formação das representações, mas, dando ênfase à dimensão cognitivo-estrutural⁽¹³⁾. Este *software* proporciona a organização das palavras produzidas, respeitando a hierarquia apresentada pelas frequências (dimensão coletiva) e ordem média de evocação, que diz respeito à dimensão individual, permitindo a realização de cálculos estatísticos e construção de matrizes de coerências⁽¹²⁾.

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. Neste caso, o 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⁽¹²⁾.

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 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⁽¹²⁾.

As representações são organizadas em torno do núcleo central, o qual determina o significado e a organização interna da representação, possuindo as funções de gerar e organizar⁽¹²⁾. A primeira apresenta elementos responsáveis por criar ou transformar o conteúdo dos elementos do sistema periférico; e a segunda função procura unificar e estabilizar a representação. Desta 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 flexibilidade que regula e adapta o sistema central a uma situação concreta⁽¹²⁾.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Com relação ao perfil das participantes da pesquisa, observou-se predominância de 75,0% na faixa etária entre 20 e 30 anos, solteiras (50,0%), com até oito anos de estudo (84,4%) e evangélicas (56,2%). Das mulheres entrevistadas, 53,1% estavam cumprindo pena há menos de um ano, 87,5% declararam ser heterossexuais, apenas 3,1% recebiam visita íntima e

90,6% não faziam uso de preservativo.

Os resultados apontaram 128 evocações, com 41 palavras diferentes. A frequência média foi calculada em cinco e o *rang* foi de dois e meio. Os elementos com maior frequência foram prevenção, morte, medo, tratamento, doença, depressão, cuidado, angústia e isolamento. As menores frequências estiveram relacionadas à cura, pena, preservativo, preconceito, desprezo, dor, ruim e transmissão.

O primeiro quadrante constituiu o provável núcleo central, representado pelas apenas, como angústia, doença, medo, morte e prevenção. Com relação aos elementos intermediários, localizados no quadrante inferior esquerdo, foram identificados: preconceito, pena e cura; e, no quadrante superior direito, os elementos: cuidado, depressão, isolamento e tratamento, indicando gama de sentidos atribuídos à aids e que se aproximam tanto da centralidade quanto da periferia.

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

Prevenção, angústia, doença, medo e morte constituíram o provável núcleo central. O fator emocional é determinado pela condição iminente de morte vinculada à doença. O elemento prevenção convergiu para evocações de cuidado e tratamento. O medo apareceu associado ao receio de adoecer, principalmente na prisão, devido aos múltiplos parceiros, ao compartilhamento de objetos, como alicate de unha e agulha de costura; houve, também, o medo da exclusão, da solidão. Portanto, o medo apareceu atrelado não apenas ao risco de morte, como também a um estigma social.

Encontraram-se domínios de sentimentos negativos configurados pelos termos morte, medo, doença e angústia; e uma dimensão funcional ligada a processos mais operativos, mostrando proximidade com o objeto social investigado. Este elemento está in-

tegrado por um conjunto de práticas e comportamentos, como o uso da camisinha, o não compartilhamento 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 pareceu 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 constituía motivo para não adoção dessas práticas. *...Só pode pegar aids através do sexo sem camisinha, alicate de unha, sangue, agulha, barbeador, talher, copo... Mesmo tendo marido, a maioria fica com mulher aqui dentro, não se previne na hora do sabão (da relação), não pode entrar camisinha aqui... usei no começo, agora que eu o conheço, não tem mais necessidade de usar camisinha... (Suj. 05). Eu sou casada, mas não uso camisinha. Eu confio nele, já estou acostumada com ele, por isso não uso. Quem tem marido danado que tem que usar camisinha... (Suj. 15).*

No núcleo intermediário, foram agrupadas as evocações relacionadas aos conteúdos psicossociais, principalmente com o preconceito e a relação deste com a depressão, o isolamento, a pena, a cura, o cuidado e o tratamento. *...A maioria das pessoas discrimina os portadores da aids... Ninguém quer estar perto de quem tem a aids, tem nojo da pessoa doente, tem essas atitudes de afastamento por causa do medo de pegar a doença... (Suj. 15).*

Ao redor do núcleo central, encontrou-se a periferia da representação da aids, que se centrou, principalmente, em sentimentos negativos, os quais emergiram do processo de pensar a doença e suas consequências sociais. Os conteúdos sociocognitivos de abordagem psicossociológica denotaram visão negativista da doença, associada à imagem de dor, ruim, transmissível, sofrimento, atitudes de desprezo e isolamento.

Os elementos que formaram a periferia, abarcaram evocações cujos conteúdos ligados ao sofrimento se ancoraram em dimensões físicas, biológicas e psicológicas. *Só quem tem aids pode evitar a transmissão para outras pessoas. Por isso, é muito difícil aqui na prisão, porque con-*

vivemos com muita gente aqui e não sabemos quem tem a doença. As pessoas com aids deveriam ter um lugar especial, não juntar 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 bebendo água no mesmo copo, vestindo a mesma roupa, no abraço, no beijo, pega em tudo. Podemos conhecer se uma pessoa tem aids, só em olhar para ela dá para saber. A pessoa fica magra, deficiente, sem cabelo... (Suj.25).

Discussão

Para interpretação dos resultados, devem ser consideradas as limitações relacionadas ao método utilizado, em decorrência da subjetividade relacionada à abordagem qualitativa.

Na perspectiva das representações sociais, observaram-se cognições com dimensões de ordem funcional, associando o HIV e a aids à prevenção, preservativo, transmissão e dor física, além de dimensões de ordem normativa, relacionado à morte, medo, angústia, dor, social, desprezo ligado ao preconceito, principalmente por temor ao contágio⁽¹⁴⁾.

Os resultados deste estudo evidenciaram processo de modificação nas representações sociais da aids, sendo incorporados elementos referentes à prevenção, ao cuidado e tratamento da doença, o que representa evolução na forma como a epidemia é compreendida, embora ainda sejam frequentes posicionamentos cristalizados sobre a infecção e sua associação com a morte e o sofrimento⁽⁶⁾.

Tal achado torna-se relevante por apontar mudança representacional no sistema central, pois evidencia tentativa de superação da representação de morte imediata pela síndrome, buscando estratégias para o enfrentamento de sua condição, na tentativa de adaptação ao contexto atual de vida e de saúde⁽¹⁵⁾. Assim, a representação da aids traz à tona a ideia de prevenção, contudo, ainda se observam práticas e comportamentos de risco, como a não utilização do

preservativo em uma relação embasada em confiança e fortes laços afetivos⁽¹⁶⁾, tendo como estratégias de prevenção mais utilizada pela população carcerária feminina o não compartilhamento de objetos e a necessidade de conhecer o parceiro com quem se relaciona⁽⁶⁾.

Embora as apenadas se ancorassem em formas de prevenção para representar a aids, conteúdos como medo, morte e angústia ainda estão arraigados nas emoções coletivas, constituindo produto das representações sociais 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⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Além disso, tais representações também 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^(2,19-20). Por isso, muitas vezes, preferem esconder a doença como forma de resistência social para não serem discriminadas.

Nesse sentido, percebe-se a presença de conotação negativa que está atrelada a 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 com 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⁽¹⁹⁾.

No caso das mulheres privadas de liberdade, tais representações são influenciadas direta e indiretamente pela presença de barreiras geradas pelo próprio sistema prisional, como o uso ilícito de drogas, a deficiência do sistema de apoio social, o alto índice de problemas mentais e pela presença de um histórico de

trabalho sexual e de abusos físicos, sexuais, psicológicos e emocionais por parceiros íntimos⁽⁶⁾. Associado a isso, percebe-se a existência de obstáculos relacionados à liberação e ressocialização dessas mulheres na comunidade, como o aumento de risco sexual, a maior frequência de uso de substâncias ilícitas e as altas taxas de reincidência⁽⁹⁾.

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, são frequentes 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 presentes nas representações sociais da aids, as quais são responsáveis por disseminar significados assustadores em relação à epidemia, influenciando negativamente na implementação de ações e estratégias para prevenção e controle desse agravo⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

As participantes do presente estudo apresentaram conhecimentos cientificamente comprovados sobre as formas de transmissão do HIV, como relação sexual sem uso de camisinha, sangue contaminado e contato com materiais perfurocortantes, 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.

Dados semelhantes foram evidenciados por estudo realizado com 174 apenadas, em que foi evidenciada a existência de representações sociais relativas ao início da epidemia no país, com a presença de informações equivocadas sobre a doença, sustentando atitudes preconceituosas e discriminatórias⁽⁶⁾. Embora reconheçam a importância da prevenção, as mulhe-

res ainda percebem a infecção como um mal que diz respeito ao outro, não se percebendo em risco. Esse problema se torna mais visível quando elas mantêm relacionamentos estáveis, com confiança entre os parceiros, uma vez que muitas expressaram a não necessidade do uso do preservativo.

É importante evidenciar que a “relação monogâmica” foi considerada pelas participantes como uma forma de prevenção. Isso traz à tona as questões da confiança e fidelidade, uma vez que, por acreditarem estar em uma relação estável, não apresentam o risco de adquirir a infecção. Além disso, muitas mulheres sentem-se desconfortáveis em sugerir a utilização do preservativo para o parceiro em relações duradouras, pois sua utilização ainda se encontra atrelada à ideia de traição, desconfiança e promiscuidade⁽¹⁹⁾.

No caso das relações sexuais que ocorrem dentro do ambiente prisional, outros fatores são somados e aumentam o risco para transmissão do HIV, como a própria condição do cárcere, a inadequação física dos espaços internos e externos, a elevada densidade populacional, as precárias condições de higiene, saúde e nutrição e a não disponibilização do preservativo⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado com 1.369 homens e mulheres encarcerados na cidade Nova York identificou que parte significativa dos prisioneiros estavam sexualmente ativos e que a maioria destes não participava do programa de visita conjugal, o que remete à presença de relacionamentos sexuais dentro do ambiente prisional, os quais ocorriam sem o uso de preservativos, haja vista que estes não eram disponibilizados para população carcerária⁽¹⁰⁾.

Ainda hoje, a percepção da infecção é permeada pela compreensão de que ela se deve a um comportamento de risco, deixando de se considerar 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 compreendendo os motivos que condicionam pessoas e grupos a estarem em situação mais vulnerável à infecção pelo HIV⁽⁹⁾.

Conclusão

Evidenciou-se o início de um processo de modificação nas representações sociais da aids, tendo-se a incorporação de novos elementos, como a prevenção e a diminuição do sentimento de morte iminente. Contudo, a doença ainda apresenta imagem ameaçadora e destrutiva, o que gera aumento do preconceito e da estigmatização dos portadores.

Colaborações

Pinho TAM contribuiu para concepção e projeto, análise e interpretação dos dados. Pimenta CJL colaborou com a redação do artigo. Silva AO e Moreira MASP auxiliaram na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

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 [citado 2017 nov. 13]; 22(2):77-86. Disponível em: <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. 2013; 21(esp):276-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Ending AIDS: Progress Towards the 90 – 90 – 90 Targets [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov. 13]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf

4. Walmsley R. World female imprisonment list: women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov. 13]. Available from: http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_prison_4th_edn_v4_web.pdf
5. Seffner F, Parker R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. *Interface*. 2016; 20(57):293-304. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>
6. Trigueiro DRSG, 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):554-61. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500003>
7. Lopes TC, Pinheiro R. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde do Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais. *Physis*. 2016; 26(4):1193-212. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400007>
8. Costa LHR, Alves, JP, Fonseca CEP, Costa FM, Fonseca FF. Gender in the context of sexual and reproductive rights of women deprived of liberty. *Enferm Glob* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov. 13]; 43:151-63. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/207141/194671>
9. Fogel CI, Gelaude DJ, Carry M, Herbst JH, Parker S, Scheyette A et al. Context of risk for HIV and sexually transmitted infections among incarcerated women in the south: individual, interpersonal, and societal factors. *Women Health*. 2014; 54(8):694-711. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2014.932888>
10. Rowell-Cunsolo TL, Szeto B, Sampong SA, Larson EL. Predictors of sexual behavior among men and women in New York City area prisons. *Cult Health Sex*. 2016; 8:1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2016.1188420>
11. Moscovici F. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2012.
12. Moscovici F. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. Representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2003. p.29-109.
13. 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: Universitária UFPB; 2005. p. 61-127.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Hipolito RL, Oliveira DC, Gomes AMT. Conteúdos simbólicos da qualidade e vida gerados por pessoas que vivem com HIV/aids. *Atas Cia* [Internet]. 2015 [citado 2017 nov 13]; 484-6. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/111/107>
16. Pimenta CJL, Costa IP, Farias MCAD, Costa KNFM, Pereira TLB, Leite ES, et al. HIV/AIDS and seniors: knowledge of elderly about the disease. *Int Arc Med*. 2016; 9(20):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1891>
17. Pinheiro PNC, Freitas CM, Scopacasa LF, Silva KL, Gubert FA, Luna IT. Adolescent with Human Immunodeficiency Virus - understanding family beliefs and values. *Rev Rene*. 2017; 18(4):507-14. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400012>
18. Faria JO, Silva GA. Nursing diagnoses in persons with HIV/aids: an approach based on Horta's conceptual model. *Rev Rene* [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov. 13]; 14(2):290-300. Available from:<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/821>
19. 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. *Int Arc Med*. 2015; 8(241):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.3823/1840>
20. Strauss M, Rhodes B, George G. A qualitative analysis of the barriers and facilitators of HIV counseling and testing perceived by adolescents in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:250. doi: <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0922-0>