

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU ENSINO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL
ISABELLA BEATRIZ GONÇALVES LEMES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE HIV/AIDS EM HOMENS PRIVADOS
DE LIBERDADE**

DOURADOS – MS

2020

ISABELLA BEATRIZ GONÇALVES LEMES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE HIV/AIDS ENTRE HOMENS
PRIVADOS DE LIBERDADE**

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

Orientadora: Dr^a Cássia Barbosa Reis.

DOURADOS – MS

2020

L57r Lemes, Isabella Beatriz Gonçalves
Representações Sociais sobre HIV/AIDS em homens
privados de liberdade/ Isabella Beatriz Gonçalves Lemes. –
Dourados, MS: UEMS, 2020.
83 p.

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

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

CDD 23. ed. – 616.9792



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



ISABELLA BEATRIZ GONÇALVES LEMES

***REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE HIV/AIDS ENTRE HOMENS
PRIVADOS DE LIBERDADE***

Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 02 de setembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Cássia Barbosa Reis – UEMS

Prof. Dr. Márcia Maria de Medeiros - UEMS
(participação à distância por videoconferência)

Prof. Dr. Sonia Maria Oliveira de Andrade – UFMS
(participação à distância por videoconferência)

Diz-se que ninguém conhece verdadeiramente uma nação até que tenha estado dentro de suas prisões. Uma nação não deve ser julgada pelo modo como trata seus cidadãos mais elevados, mas sim pelo modo como trata seus cidadãos mais baixos.

Nelson Mandela.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O presente estudo apresenta uma investigação de caráter qualitativo voltado para o aprofundamento da temática de representação social de homens privados de liberdade com HIV/Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da imunodeficiência adquirida) e suas interfaces com a continuidade do cuidado quando este encontra-se em processo de transição para a comunidade. **OBJETIVO:** Identificar as representações sociais sobre HIV entre os homens privados de liberdade soropositivos. **METODOLOGIA:** Pesquisa com desenho qualitativo, baseado nas Representações Sociais de Serge Moscovici (1978) tendo como estratégia de tabulação de dados o discurso do sujeito coletivo. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 24 homens que foram entrevistados sob autorização ética institucional e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) individual. As entrevistas foram áudio gravadas e transcritas para análise. Identificou-se 43 DSC (Discursos do sujeito coletivo) e organizados em 11 eixos temáticos. **CONCLUSÕES:** Ao conhecer as representações sociais destes sujeitos sobre HIV/Aids, também foi possível se aproximar de suas necessidades, elemento crucial para a produção de práticas educativas que viabilizem de fato intervenções significativas.

Palavras-chave: Prisões; HIV; Enfermagem

ABSTRACT

INTRODUCTION: The present study presents a qualitative investigation aimed at deepening the theme of social representation of men deprived of their liberty with HIV / AIDS (Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome) and its interfaces with the continuity of care when this is in the process of transition to the community. **OBJECTIVE:** To identify social representations about HIV among HIV-deprived men. **METHODOLOGY:** Research with qualitative design, based on the Social Representations of Serge Moscovici (1978), having as a strategy of tabulation of data the discourse of the collective subject. **RESULTS:** Twenty-four men participated in the survey who were interviewed under institutional ethical authorization and an individual free and informed consent form. How to identify were audio recorded and transcribed for analysis. 43 CSD (Collective Subject Discourses) were identified and organized into 11 thematic axes. **CONCLUSIONS:** By knowing the social representations of these issues on HIV / AIDS, it was also possible to approach their needs, a crucial element to produce educational practices that actually make informational equipment viable.

Key words: Prisons; HIV; Nursing

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 TRAJETÓRIA E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS O CENÁRIO BRASILEIRO.....	11
2.2 O IMPACTO DO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.	12
2.3 ENSINO EM SAÚDE E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA PRIVADOS DE LIBERDADE EM TRANSIÇÃO PARA COMUNIDADE.	13
3 OBJETIVOS.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 DESENHO DA PESQUISA.....	16
4.2 TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	16
4.3 LOCAL	16
4.4 COLETA DE DADOS	17
4.5 TRATAMENTO DE DADOS	18
4.6 ANÁLISE DE DADOS	18
4.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1. TERMO HIV/AIDS.....	21
5.2 LEITURA DA INFORMAÇÃO	22
5.3 PRECONCEITO	25
5.4 AUSÊNCIA DE PRIVACIDADE.....	31
5.5 TÉCNICAS DE PREVENÇÃO E TRANSMISSÃO	34
5.6 NORMALIDADE	40
5.7 USO DE DROGAS COMO ATENUANTE DO CONTEXTO PRISIONAL	42
5.8 TRATAMENTO E EFEITOS COLATERAIS.....	44
5.9 AUTO REPRESENTAÇÃO	49
5.10 REIVINDICAÇÕES SISTEMÁTICAS, ORGANIZACIONAIS E EM SAÚDE	56
5.11 PERCEPÇÕES SOBRE MORTE E COINFECCÕES	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	82

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS 84

1 INTRODUÇÃO

A presente proposta está vinculada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional – Ensino em Saúde (PPGES), que teve por objetivo produzir conhecimento no Ensino em Saúde tanto no campo de práticas educativas como no campo da formação profissional para a área de saúde.

O projeto formulado insere-se nas premissas da saúde do homem privado de liberdade com HIV/ Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da imunodeficiência adquirida) e suas interfaces com a continuidade do cuidado.

A partir disso, discutiremos um processo educativo que resultou na produção técnica final do mestrado, o qual emergiu da iniciativa de entender as necessidades da população envolvida para a articulação de uma tecnologia educacional que auxilie na gestão de cuidados realizada pela equipe de enfermagem atuante no sistema prisional estadual do município de Dourados/MS.

Para realizar essa discussão utilizamos as aproximações teóricas das Representações Sociais de Serge Moscovici (1978) e como estratégia metodológica, a análise do discurso do sujeito coletivo dos envolvidos. Das análises que resultaram da investigação foi construído um plano de assistência de orientação para assistência de enfermagem ao interno HIV positivo do sistema prisional.

Esta pesquisa justifica-se pelas disparidades de saúde existentes quando se analisa o contexto do HIV/Aids e sua incidência significativa no âmbito prisional, que se promulga em condições de vulnerabilidade e precariedade. Assim, torna-se importante a aplicação e análise de uma tecnologia educacional neste âmbito operacional, o qual é carente de ações práticas e resolutivas que integrem o sujeito como participante e não apenas como um dado estatístico neste processo.

Tem-se como principais objetivos: identificar as representações sociais sobre HIV/Aids em homens privados de liberdade e construir um plano de assistência de enfermagem ao interno HIV positivo do sistema prisional, sendo o último a produção técnica do mestrado profissional, que possa ser utilizado pela equipe de enfermagem da Penitenciária Estadual de Dourados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRAJETÓRIA E IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS O CENÁRIO BRASILEIRO

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

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

O HIV patologicamente pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, integrando-se ao genoma do hospedeiro (RUBIN, 2010). A infecção pelo HIV é agravada pelo declínio progressivo das células que compõem o sistema imune, principalmente as denominadas células TCD4+, o que consequentemente tornam o indivíduo suscetível e propenso a desenvolver falência imune e diversas infecções oportunistas (ROTTA e ALMEIDA, 2011; RUBIN, 2010; BRASIL, 2014).

O tratamento do HIV, por meio da Terapia Antirretroviral (TARV), surgiu em 1987 com a utilização de inibidores da transcriptase reversa. O referido tratamento foi introduzido no Brasil em 1996, através do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo acesso universal e gratuito aos medicamentos, o que resulta no aumento de sobrevida dos sujeitos enfermos mediante a estabilização do sistema imunológico e redução das doenças secundárias, oportunizando desta forma a melhora da qualidade de vida destas pessoas (BRASIL, 2012).

Ressalta-se o fato, como citado anteriormente, que o maior número das infecções em escala mundial, incide entre os grupos em situação de vulnerabilidade. A população carcerária destaca-se devido à prevalência do agravo atingir valores de duas a vinte vezes superiores do que na população em geral. As condições precárias de confinamento e superpopulação agravam as chances de contato/contágio por doenças infectocontagiosas, dentre as quais predominam HIV/Aids, sífilis, tuberculose e hepatites virais do tipo B e C (SILVA, NAZARIO e LIMA, 2015; UNODC, 2008).

2.2 O IMPACTO DO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.

O Brasil está entre os quatro países do mundo com maior população carcerária, correspondendo a aproximadamente 600 mil indivíduos privados de liberdade. O perfil sociodemográfico dessa população indica que os presídios brasileiros estão ocupados sobretudo por adultos jovens, entre 18 a 24 anos, pertencentes a raça negra e baixa escolaridade, pela maioria destes (BRASIL, 2014). Neste contexto, o estado de Mato Grosso do Sul chama a atenção, ainda pela extensão deste perfil sociodemográfico o número extensivo de indígenas no sistema carcerário (BECKER e MARCHETTI, 2014) (BRITO e SANTELLI, 2014).

Segundo o relatório emitido pelo Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça, o Brasil tem mais de 748 mil pessoas custodiadas, que em sua maioria (362. 547 mil) cumprem pena em regime fechado. Quanto as condições de saúde dos reclusos, há 9.113 casos de tuberculose, 8.523 casos de HIV, 6.920 casos de sífilis, além de 4.156 casos de outras comorbidades (INFOPEN, 2019).

Gois et al (2012) consideram que fatores ambientais, sociais e culturais levam a um risco maior de infecção por HIV e tuberculose nos sistemas prisionais e para as pessoas privadas de liberdade, uma vez que o comportamento de risco como o compartilhamento de agulhas e seringas, sexo desprotegido e violência sexual é mais prevalente que em outros contextos.

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

brasileiros estão a tuberculose, infecção por HIV e Hepatite C (GOIS ET AL, 2012), o que corrobora com o proposto pelo relatório da UNAIDS, quando afirma:

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

2.3 ENSINO EM SAÚDE E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA PRIVADOS DE LIBERDADE EM TRANSIÇÃO PARA COMUNIDADE.

Para caracterização da amostra de estudos que implicam sobre educação em saúde e população privada de liberdade foi realizada uma pesquisa e seleção dos artigos que inspiram a temática resultantes do cruzamento dos descritores de saúde: “Prisoners”; “HIV” e “Social Planning” nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Pubmed; Eric; Lilacs; Scielo; Proquest (Physical Education Index) e Medline (EBSCOhost) totalizando o total de 146 artigos. Foram excluídos estudos indisponíveis, publicados no período superior a 5 anos, replicatas e que não discutissem diretamente ou, ao menos, tangenciassem o conteúdo da presente pesquisa, totalizando o número de 20 artigos para análise.

Os artigos predominantes foram encontrados em língua inglesa, sendo que esses estudos foram realizados no continente americano com homens afrodescendentes e que abordavam a temática da transição dos indivíduos privados de liberdade para a comunidade. Buscou-se identificar as intervenções de saúde demonstradas nestes estudos, visando contribuir para o melhor equacionamento possível do problema e desta forma, produzir conhecimentos que pudessem embasar a transformação dessa realidade.

Alguns destes estudos discutem intervenções posteriores ao aprisionamento do indivíduo com HIV/Aids, como inquéritos, entrevistas e cuidados monitorados a partir das necessidades por eles apresentadas ao tentar se vincular e continuar o cuidado em relação à doença na comunidade (WOHL et al., 2017; HUBER et al., 2017; HALEY et al., 2014; ALTHOFF et al., 2013; AZBEL et al., 2013)

Outros estudos abordaram a ótica do indivíduo ainda aprisionado que estivesse em transição para a comunidade, foram elucidadas intervenções como planejamento de alta, gestão de caso e planos de cuidados de transição mediados por facilitadores com sequências

de conteúdos pertinente às necessidades desta população (HAMMELT et al., 2015; TEIXEIRA et al., 2015; JORDAN et al., 2013; SPAULDING et al., 2013; BOOKER et al., 2013; WOHL et al., 2011).

Outros trabalhos ainda discutiram intervenções através de programas que objetivavam realizar um acompanhamento anterior e posterior ao encarceramento deste indivíduo com a finalidade de conduzir e fornecer evidências que reduzissem os comportamentos de risco e aumentassem o vínculo deste sujeito com o serviço de saúde comunitários (LEHAMAN et al., 2015; MACGOWAN et al., 2015; FEASTER et al., 2013)

3 OBJETIVOS

Identificar as representações sociais sobre HIV/Aids entre homens privados de liberdade.

Identificar quais são as principais necessidades da população alvo acerca da continuidade do cuidado do HIV/Aids na comunidade.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de intervenção educativa, que será antecedida por uma etapa observacional com abordagem qualitativa, de seguimento transversal.

4.2 TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Participaram da pesquisa 24 homens privados de liberdade com sorologia positiva para HIV/Aids sob regime fechado na Penitenciária Estadual de Dourados. Na etapa observacional, as pesquisadoras realizaram visitas técnicas na penitenciária e contato prévio com a liderança de enfermagem e equipe de saúde, foi solicitado mediante autorização institucional a busca dos casos de privados de liberdade com HIV/Aids através dos prontuários eletrônicos e registros institucionais existentes. Essa busca foi realizada pela enfermeira responsável da instituição, no banco de dados eletrônico, e foram confirmados 24 casos de homens privados de liberdade de vivem em tal condição.

4.3 LOCAL

A pesquisa foi realizada no estabelecimento penal de segurança máxima de Dourados/MS, destinado a presos condenados do sexo masculino, que cumprem pena em regime fechado, denominada Penitenciária Estadual de Dourados/MS (PED), inaugurada em 1997, e que faz parte da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul (AGEPEN/MS), criada em 1979 contemplando 19 cidades do estado.

A PED tem a capacidade máxima para comportar 718 presos, no total a penitenciária concentrou 2.700 detentos no ano de 2018, sendo este número considerado a maior superlotação do estado.

4.4 COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento uma entrevista semiestruturada que consiste na elaboração de um roteiro previamente elaborado, dividido em 2 fases. Na primeira fase foram coletados dados sócio epidemiológicos pertinentes as questões de: sexo, idade, raça, escolaridade, histórico de encarceramento, tempo de diagnóstico e tratamento do HIV, dependência química, histórico de internações psiquiátricas, e violência, comportamento de risco e recidivas prisionais.

Na segunda fase foram realizadas perguntas condutoras, as quais envolviam fenômenos mais complexos, como examinar o conjunto de relações através das quais os sujeitos da pesquisa interagem, correlacionando-as à situações problemáticas a partir da realidade experiencial dos envolvidos, sendo elas divididas por eixos temáticos:

Saúde Física: O que é HIV? Qual é o tratamento? Diferença de HIV/AIDS/?

Saúde Mental: Onde conseguir apoio? Onde tratar? Quem procurar?

Social: Quais os tipos de ajuda que posso receber? Onde consigo dar continuidade no tratamento?

Familiar: Qual é a importância da família para continuar o tratamento?

Relacionamento: Como ter um relacionamento saudável vivendo com HIV?

Ocupacional: O que sei fazer para conseguir emprego?

Educacional: Onde posso conseguir estudar da série onde parei?

Dependências: Quais dispositivos na comunidade podem me auxiliar?

Financeiro: Onde encontrar ensino profissionalizante?

Habitação: Que fatores me levam a retornar para o presídio?

Torna-se pertinente salientar que estas perguntas foram elaboradas previamente através de revisão de literatura, considerando o número de vezes que estes eixos temáticos foram abordados, e respeitadas as adequações de acordo com a realidade/necessidade local.

As entrevistas foram realizadas individualmente tendo como prerrogativa que no local de estudo não havia possibilidade de realizar atividades em grupo, prezando pela segurança das pesquisadoras e evitando a ocorrência de possíveis tumultos por aglomeração. Desta forma, também se obteve a garantia de preservar o conteúdo das entrevistas realizadas e a privacidade dos participantes.

4.5 TRATAMENTO DE DADOS

As falas dos participantes da pesquisa tiveram autorização dos mesmos para gravação e foram transcritas e organizadas pelas aproximações teóricas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre (2005), tendo como prerrogativa um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os discursos foram analisados com base na Teoria das Representações Sociais, através de esquemas sócio cognitivos utilizados para emitir o cotidiano, juízo ou opinião de um certo grupo, os quais são elaborados e partilhados com a finalidade de alcançar uma forma de conhecimento de uma realidade comum ou conjunto social (MOSCOVICI, 1978).

4.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O percurso utilizado para atingir os preceitos éticos da pesquisa se iniciou pela solicitação de autorização ao local onde a mesma ocorreu, para isso as pesquisadoras entraram em contato com o responsável da Penitenciária Estadual de Dourados através de um documento formal de requerimento.

Após a declaração de autorização da instituição a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (CESH/UEMS), campus de Dourados/MS, localizada na Cidade Universitária de Dourados – Rodovia Itahum, Km 12, s/n – Jardim Aeroporto, Dourados/MS, CEP: 79804-970.

Nesta instância a pesquisa foi apreciada em suas questões éticas e foi emitido o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sendo este: 98614718.0.00008030. Mediante este parecer foi garantido que a pesquisa respeitou todos

os princípios éticos constantes na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

Antes de ter iniciado qualquer atividade, os participantes foram esclarecidos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que as pesquisadoras elucidaram todas as dúvidas que surgiram por parte dos participantes. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma via foi entregue ao participante da pesquisa e a outra via foi arquivada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obtenção dos resultados da pesquisa procedeu das informações coletadas através das entrevistas individuais com 24 reclusos que concordaram em participar voluntariamente do estudo. Após a coleta e tratamento dos dados foram encontrados 43 DSC (Discursos do sujeito coletivo) e organizados em 11 eixos temáticos, representados na figura a seguir:

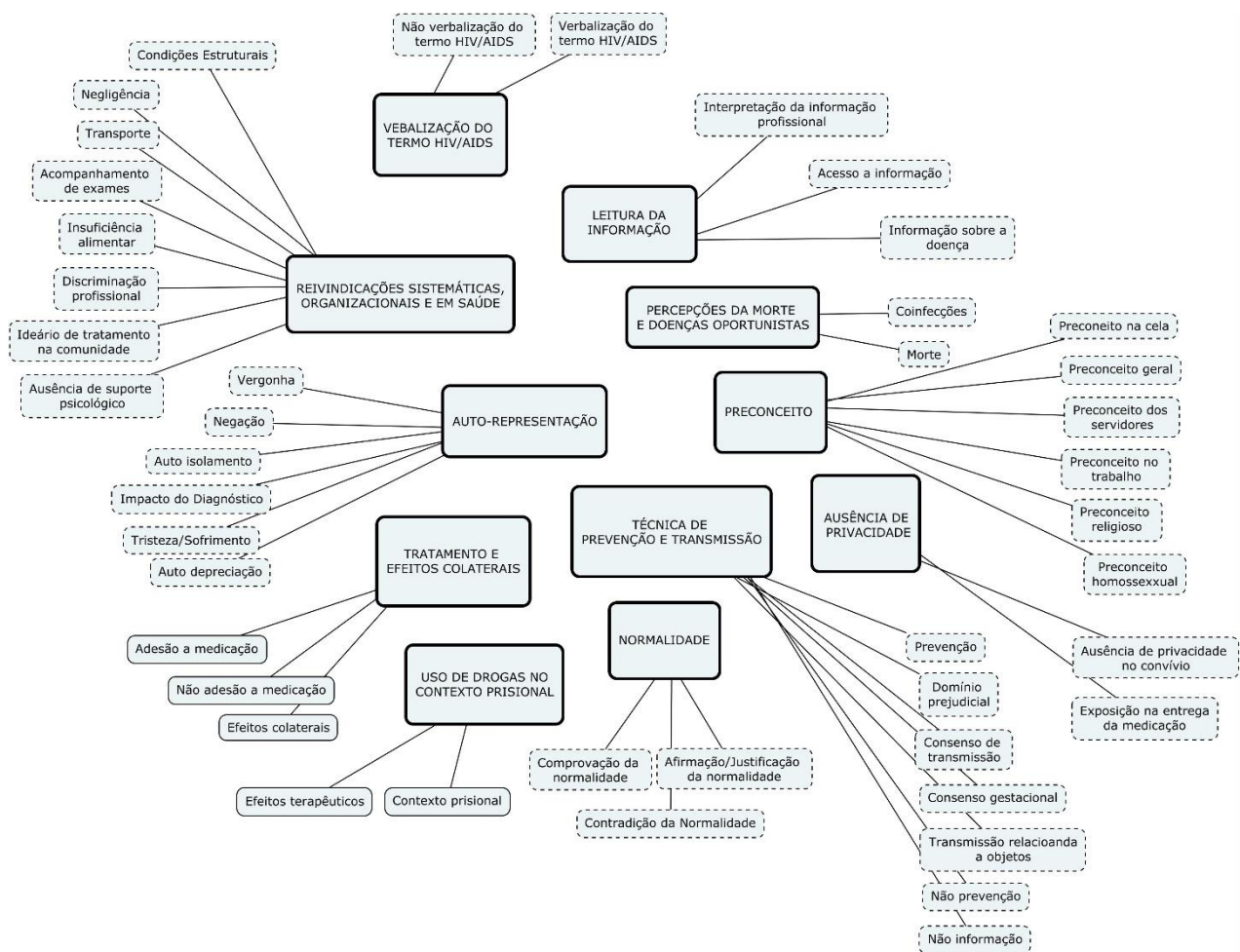


Figura 1 – Organograma dos eixos temáticos e DSC.

5.1. TERMO HIV/AIDS

Nas Figuras 2 e 3 são apresentadas duas situações, o discurso da não verbalização do termo HIV/Aids pelos sujeitos, quando utilizam de vários outros termos para nomeá-la como: “Essa doença”, “Esse negócio”, “Esse vírus” entre outros; e a verbalização do termo HIV, quando o sujeito faz menção a palavra e suas variações majoritariamente de forma negativa, como: “Aidético, dói, a palavra dói”.

“Descobri um dia que eu estava com essa doença. Eu sabia que tinha. Que eu sou soropositivo. Eu estava na rua quando descobri isso aí. Eu pedi pra fazer o exame pra essa coisa aqui, aí constou que eu tinha. Tinha dado positivo pra mim. Constou que eu era positivo, que eu estava “com”... Quando eu fiquei sabendo que eu tinha esse trem aí, já estava a 11 anos com o vírus. Nunca ninguém quer ter um problema desse né. A gente sabe que tá com esse negócio. Quem é portador aqui dentro sabe. Da gente que somos isso aí, que somos doente. “Você tem aquela doença”... É o seguinte né, você já tem essa doença. Tem que aceitar, pego ela, tem que aceitar. O que todo portador da doença mais precisa é exatamente isso “já que têm”. Eu fui aceitando que tinha aquilo lá. Porque a gente sabe o que tem. Tô aprendendo a viver com ela.

Figura 2 – DSC Não verbalização do termo HIV/Aids

“Eu tenho AIDS. Sou portadora de HIV. Eu descobri que tinha HIV na casa de guarda. Descobri esse HIV em 99. Tinha feito o exame, tinha constado que eu tinha o vírus do HIV, era soropositivo. Fiz teste para outras doenças, o HIV deu positivo. Todo soropositivo tem HIV, é aidético, é doente, vai morrer, vai isso e aquilo... Aidético, dói, a palavra dói... Ah eu vou morrer de AIDS. Só porque tem HIV tem AIDS. Fica só naquela palavra né, AIDS, AIDS, AIDS, AIDS... Então eu só sei que tenho HIV.

Figura 3 – DSC Verbalização do termo HIV

Para fazer referência a este fenômeno, Ghiorzi (2004) aponta que o não-dito é provocado pelo mecanismo de defesa das pessoas, surgindo de uma natureza abstrata e subjetiva, que depende muito de uma percepção individual, considerando suas dimensões temporais, espaciais, sociais e históricas.

O não-dito é difícil de ser conceituado pois suas configurações estruturais são da ordem da emoção logo, apresenta-se através de suas diferentes linguagens e representações. A autora sugere uma breve tipificação do não dito: Não-dito consciente – desejo de não dizer; Não-dito inconsciente – causado pela repressão, arquétipos e das reações automáticas e por fim o Não-dito manifesto – não é dito pela linguagem oral, mas dito por pistas corporais ou presentes no ambiente (GHIORZI, 2004).

A figura referente a não verbalização do termo HIV, aproxima-se com o constructo teórico do não-dito inconsciente, que são registros simbólicos inconscientes que o ser humano registra ao longo da sua existência, de sua memória, da família e do seu grupo social. Logo, de forma não consciente, aquilo que é negativo se encontra nas situações em que a pessoa não pode contar a ela mesma, surgindo assim os não-ditos, sistema este que vai fazer de tudo para afastar a pessoa do problema, agindo no presente baseando-se nos elementos registrados no passado. Neste caso a não verbalização do termo HIV pode estar vinculada a memória inconsciente da doença em seus primórdios, quando em 1980 era intimamente relacionada aos homossexuais, prostitutas, usuários de droga, a promiscuidade sexual e a morte (GHIORZI, 2004).

O medo também é outro fator desencadeador do não-dito:

O medo de si mesmo, de se conhecer, de enfrentar seu mundo de sombra e viver com ele. O medo de realizar a passagem da sensação ao sentido, de assumir a sua parte de sombra, de organizar a angústia e vencê-la. O medo leva a um silêncio supersonoro e, ao mesmo tempo, inaudível, porque as palavras fazem mal a si mesmo. É por isso que não se pode e não se deseja dizê-las (GHIORZI, 2004, p. 213).

Na figura 3 considerando-se a forma subjetiva em que se instala o não-dito, observa-se a verbalização do termo HIV, mas ainda sim em um contexto dominado por uma carga de dor, morte e pesar, expressando a recriminação e o julgamento de outrem como marca constante do termo.

5.2 LEITURA DA INFORMAÇÃO

Os resultados constantes nas figuras 4, 5 e 6 evidenciam as fontes de informação e comunicação que os participantes da entrevista mencionam ter conhecimento, tais como: informação profissional, fontes de conhecimento e informação pessoal sobre a doença.

Eu fui diagnosticado em agosto de 2000 e a medicação começou em dezembro de 2010, eu fiquei 10 anos sendo assintomático, não tinha necessidade da medicação, de iniciar o retroviral. Doutor falou que não tinha necessidade de tomar o remédio ainda, por isso que eu não me preocupei em tomar, porque minha carga estava boa, minha carga viral estava ótima. Dizem que eu só tenho o vírus. Ah eu tenho pouca informação sobre a minha doença, o pouco que eu sei é o que o médico me falou. Doutor disse que tomando os remédios certinho ele até some no organismo, mas aparece de vez em quando. Eu sei que é uma doença que a gente tomando o remédio certo a gente não tem. Foi uma gurria que informou esse remédio que eu tinha que tomar, aí ela me explicou como que era pra tomar, tudinho, daí se ficar sem tomar tem que arrumar outros remédios que vai tomando, sei lá. O psicólogo lá, ele falou pra mim assim, se eu continuar acho que tomando os remédios certinho ele falou que com o tempo já não ia constar mais que eu tinha, porque ele falou que gruda não sei aonde, o cara explicou pra mim lá, e ele falou “Nossa você ainda ta forte, não sei o que...”. O infectologista de Campo Grande, ele que cuidava de mim lá no penal, ele falou pra mim: “Você pode ter relação normal, sem camisinha, que você não transmite, a pessoa não pode estar cortada, a pessoa não pode se machucar, aí é diferente, a pessoa tem que estar molhada essas coisas”. Tenho 3 filhos, no início eles até tinham, no início né, mas tesourou a amamentação e não contaminou, o médico falou que não pegava né, porque é pequenininho né, aí não teve. Eu fui fazer um exame esses dias na rua, aí deu lá que não tem, sumiu, não sei explicar o que é isso aí, eu queria parar de tomar o remédio, não sei explicar o que que é. A esperança que eu tenho é eles “sumi” antes de eu morrer por eles...

Figura 4 – DSC Interpretação da informação profissional

O que eu sei eu me informei, foi o que eu li, hoje em dia se você triscar o dedo no celular ou no tablet, ou no computador mesmo, descobre tudo, tão fácil. Às vezes, aquelas ampolinhas que vem no remédio lá, eu leio elas. Eu sei de cor todas aquelas bulas, de vez em quando eu dou uma lida. No raio mostro para o pessoal da cela. Eu falo: Vê aí, pra vocês entenderem um pouco. Aí eles olham o efeito colateral, o mal que pode ocasionar. Para vocês verem o que eu passo né. Eu ponho susto neles. Eu não sei de tudo, porque ninguém sabe tudo né, o que eu sei que minha doença é degenerativa e progressiva, e ela abaixa a imunidade e eu fico sem defesa nenhuma. É o HIV depois ela se torna AIDS que já começa, o bagulho começa a ficar mais sério, eu penso dessa forma, é o que eu vejo né, propaganda essas coisas. O básico né, o básico é isso aí e algumas coisas que eu li. Cada um tem uma cabeça né, só que a televisão informa muito. Eu mesmo, eu fui, na minha mente assim, de fazer o exame e fazer o tratamento, foi por causa daquela televisão sabe, que o cara passa lá, balançando naquele negócio. Ai eu queria participar desse curso que a senhora ta fazendo aqui, mesmo eu tanto da rua lá, não sei se eu posso deixar um contato com a senhora, eu me interesseo nessas coisas assim, porque tudo o que for de bom pra mim e pra minha doença eu quero participar. Nunca eu conversei igual a gente ta conversando sobre essa doença, mas interessante isso, seu trabalho, sabia? Todo mundo que tem HIV no presídio onde eu morava ia lá pra uma sala, para fazer palestra. Ainda tem uma televisãozona que fala as coisas, dica pra gente, aqui não vê isso ai.

Figura 5 – DSC Acesso de informação.

Dizem que eu só tenho o vírus né, o vírus não é tão forte quando o HIV, eu não entendo nada disso aí. Não entendo nada desse negócio não, sei que é uma doença. Ah eu não sei de nada. Só me falam que a doença não é assim, a doença não é aquilo, a doença só se passa em sexo, disse eu já sei, a doença não isso, não é isso, não é isso e não é aquilo, mas ninguém chegou a falar pra mim o que a doença causa, o que que ela é. Me chamaram e falaram que eu tava com o vírus da AIDS. Que eu tinha HIV. HIV não tem cura né. Eu nem sei na real o que é esse negócio de HIV. Só me falaram sobre a AIDS. Ser soropositivo é diferente de ter AIDS. HIV é o vírus da AIDS. HIV é o vírus, AIDS é a doença. Eu não tenho noção nenhuma sobre HIV. Pra mim é a mesma coisa HIV e AIDS. Pra mim é uma doença que não tem cura, é o HIV depois ela se torna AIDS. A AIDS é tipo assim o vírus que tem como você controlar né, o HIV não, já é a doença, quando o vírus se transforma em AIDS. O vírus não é tão forte quando o HIV. Se você não tratar a tendência de AIDS pode vir. Mas é aids né. Pra mim é AIDS, tem pessoas que falam aids, outros civilizados falam HIV. Pra mim é um vírus, uma doença no sangue. Diz que pode virar doença né, depois do vírus. Só me falaram que AIDS só é transmitida sexualmente só, só isso que falaram pra mim. Pra mim eu sei explicar, mas não sei o que é isso ai não, é difícil colocar isso na cabeça, ta com essa doença, não sei explicar o que é isso ai, pra mim eu não sei o que é não. Uma vez num exame que eu fiz aí apareceu assim: “não detectado”, aí eu falei, mas como né se eu sei que eu tenho. Diz que a tendência não é nem aumentar e não abaixar, se abaixar abaixa pouco. E depois eu descobri que a carga viral de 3 mil cai né, não passa mais. Todo mundo fala assim que é 10 anos pra aguentar e mais 10 para... Ainda continuo cuidando do que que eu não sei, porque só onde eu sei é o que eu não tenho mais, estou cuidando do que que eu não sei, mas to cuidando. É a esperança que de todo aidético, todo soropositivo, que saia uma a cura dessa doença maldita”.

Figura 6 – DSC Informação sobre a doença.

Na figura 4 fica evidente que as informações obtidas através de atendimentos médicos ou com algum profissional da saúde são insuficientes para o entendimento do funcionamento da doença, sintomas e tratamento, uma vez que há uma dissemelhança entre o que é uma informação profissional e a reprodução dessa informação pelos entrevistados ao exemplo da frase: “Doutor disse que tomando os remédios certinho ele até some no organismo, mas aparece de vez em quando. Eu sei que é uma doença que a gente tomando o remédio certo a gente não tem” e “Você pode ter relação normal, sem camisinha, que você não transmite”.

Vários trechos demonstram que existe uma leitura contextualizada da informação que influencia em uma comunicação equivocada sobre a doença. França et al (2000) discutem o fato de que a comunicação profissional é um processo complexo que envolve diversos aspectos inerentes ao comunicador para que as metas sejam factíveis e atinjam os objetivos esperados, sendo fundamental o desenvolvimento do senso de responsabilidade

compartilhada entre profissional e sujeito doente, conduzidos pela aceitação e não pela obrigação das condutas a serem empregadas.

Na figura 5 o discurso apresenta diversas formas de acesso à informação, mencionadas pelos entrevistados, as quais influenciam no conhecimento sobre a doença, como internet, tablet, celular, computador, ampolas de remédios, televisão e oficinas educativas vivenciadas em outros presídios. Baldim (2006) apresenta que 82,35% das informações obtidas pela sua amostra foram oriundas do serviço e de profissionais de saúde o que indica a importância da comunicação entre esses profissionais e os internos.

A figura 6 mostra o desconhecimento em relação à doença e a confusão dos significados entre os termos HIV e AIDS, pelo não entendimento dos sintomas, formas de transmissão e interpretações de resultados de exames, tendo como desfecho geral a ideia de que HIV e AIDS constituem-se na mesma coisa. Estudos realizados com detentos e adolescentes em conflito com a lei analisaram a vulnerabilidade e o conhecimento deste público sobre IST/HIV/AIDS, revelando que grande maioria não sabia o que as IST significavam (FRANÇA et al, 2000; SILVA, et al, 2018). Esta realidade evidencia a necessidade da comunicação interpessoal nas estratégias de prevenção em instituições penais de forma a reduzir essas e outras doenças.

5.3 PRECONCEITO

Os resultados constantes nas figuras 7 a 12 evidenciam as problemáticas inerentes ao preconceito, estratificado nos seguintes subtemas: preconceito geral, preconceito na cela, preconceito dos servidores, preconceito no trabalho, preconceito religioso e preconceito em relação a homossexualidade.

Então é o preconceito, a gente que tem o, que é portador do vírus HIV, soropositivo, o maior problema nosso não é o vírus, é o preconceito das pessoas, é isso daí que tem que saber lidar. Não é todo mundo que absorve de uma forma normal né. É isso que vai matando aos poucos né, quando meu pai ficou sabendo ele mandou eu sair de casa, mandou eu ir embora de casa e tudo mais. Mas o que machucou muito na época e até hoje é o preconceito das pessoas né, as pessoas acham que a gente é um ser estranho... Acho que o mais prejudica a gente, o que mata a gente, não é doença, é o preconceito, é a forma como as pessoas olham assim, para algumas pessoas a gente é um alienígena, é um ET. E machuca né, é uma coisa que dói na gente porque parece que a gente é uma coisa... Uma aberração, uma coisa... Eu acho que a pessoa mais morre da "tiração" do que pela doença sabia. Ah eu não entendo nada, sei que o preconceito é muito, sei que é uma coisa muito

dolorida né. Tipo assim, as pessoas falam isso, falam aquilo... Só é complicado o preconceito. O que mais me machuca mesmo é os outros né. A sociedade, as pessoas, não todas, mas muitas pessoas tem a cabeça ainda pequena, acha que... "Nossa não posso nem chegar perto, não posso nem... Tal". Na rua tem isso também, se emagrece, falam, ah será que não ta com HIV, então pouquinho que, ah deve ser a doença que deve ta atacada, não sei o que. Se você vive numa sociedade normal, até mais ou menos ninguém sabe que você é soropositivo, então a partir do momento que as pessoas sabem, você já é jogado para os cantos. As pessoas são capazes de bater em você...

Figura 7 – DSC Preconceito geral

O HIV pra gente que tem, o que importa, o ruim as vezes é o preconceito né das pessoas, você ouve uma fita ali outra aqui e tal isso é o que machuca mais do que a... Queira ou não queira, dentro do, aqui na prisão, nos raios, é extremo preconceito né, ainda mais numa cela. As pessoas elas... Lá fora tem isso, mas aqui é muito mais, aqui fica muito exposto né e eles não conseguem ver essa diferença, "Ah soropositivo, tem HIV é aidético, é doente, vai morrer, vai isso e aquilo"... Se eu pudesse ir embora e largar tudo pra trás, esquecer tudo, esquecer o que o pessoal fala, é muito preconceito, é muita coisa, muito triste, muito triste. O pessoal não aceita, eu não sei te falar. O preconceito é muito grande aqui dentro. As pessoas te olham meio assim, os comentários, isso e aquilo... Já olha e fala, "O fulano é... Ah que você, você, você...", é horrível, você se sente, sei lá, um lixo falando bem a verdade né. Te colocam num lugar igual colocaram eu, preconceito ali na minha cela ali é de monte, aí eu comecei a ficar nervoso fácil, eu arrumo problema fácil. Eu até evito de falar porque, muita gente tem preconceito né. Tem gente que se afasta e deixa você meio que de lado né. As pessoas olham e falam assim, olha lá a "vitamina" eles falam, o "remedinho"... Você amanhece meio doente, meio gripado, aí falam: Deve ser por causa da AIDS, da doença que atacou. Só de uma dorzinha que você tem, já falam assim: "É o bichinho que atacou", "É o bichinho da goiaba que de repente atacou". Eu não sei como que funciona lá dentro do semi aberto, eu já fiquei pensando nisso, e se sentir meio "tirando" também quando chegar lá e ouvir assim: "Ah, tem que ir lá na rua pra consultar". Ou se chegar o seu remédio ali e são novas pessoas que você vai ter que conviver, novas pessoas que vão olhar pra você e falar: "Iche mais um que toma remédio, não sei o que...". A pessoa vai pensar, o cara é soropositivo, o cara leva aquele impacto. Então é assim, é um local que, infelizmente é, usando a expressão do presídio, você é bastante "tirado", você é bastante discriminado pelo fato de ser soropositivo. Parece que é um bicho de sete cabeças para eles né, excluem a gente demais aqui dentro. Então chega ali, tanto faz, se você tem preconceito, se você não tem, o que importa é que você tem que pagar. Não tô aguentando, ainda mais na cela onde eu resido, tem uns que falam: "Ah meu sangue é limpo, meu sangue é isso, não sei o que". Sabe fica falando, ai pra gente não se estourar lá dentro ai tem que ficar quieto. Lá eu vou falar pra senhora, lá o preconceito é grande.

Figura 8 – DSC Preconceito na cela.

Depois que você passa daquele portão pra cá você é um lixo, o povo fala: " Ah a pessoa sai pra rua não se regenera", não é que não se regenera, a casa de trata assim, a casa te trata desse jeito, você sai desse jeito. É o jeito que eles te tratam. A gente pede o atendimento, falta só bater na gente. Então é cabuloso, a gente que tem esse tipo de

doença num lugar desse aqui, você é tratado como um lixo, você é tratado como um lixo. Aí quando vão pra rua, acha a gente na rua, “Aí coitado o que fizeram de ruim”, acha que você que ta num ambiente como aqui dentro, você é algum bicho. Do mesmo jeito que gente pode ter um da família deles pode ter, pode pegar. Eles não estão nem aí com você não, tanto faz, tanto fez. Aqui eles maltratam muito a pessoa. Tem polícia aí mesmo que olha pra você com olhar de deboche, sabe que você tem. O jeito de eles tratarem a gente aqui é péssimo. Tão tratando de você assim porque você é preso, se fosse tão inteligente assim porque que não ficou na rua fazendo estudo igual a senhora ta fazendo? Porque é preso que atende você aqui, minha sorte quando eu venho aqui, é aquela senhora baixinha que me atende aqui, ela que fura... Porque se for um preso, eles chegam aqui, pega seu braço, acham que você é um bicho, pra que isso? Sendo que você também é preso, mas é só porque tá de corredor aqui. Quando vai pra forte, você toma um coro das polícia, a forte é um caixão, parece um caixão, ficar de quinze a vinte dias, chega lá eles taca a comida na cara, te trata como um cachorro. A humilhação que é ali na frente também pra poder entrar aqui dentro, aí eu preferi minha mãe não vir.

Figura 9 – DSC Preconceito dos servidores

No local de trabalho, as vezes te olha "meio assim". Eu descobri esse HIV em 1999, aí no trabalho que eu trabalhava fechou as portas no Brasil inteiro pra mim. Única coisa pior é o preconceito no meu trabalho o que eu gostava de fazer, o que eu fazia, sabia fazia bem, isso aí é sem chance agora.

Figura 10 – DSC Preconceito no trabalho

Como eu tenho parente que é evangélico, crente, minha vó mesmo Deus o livre ficar sabendo, minha vó já me xinga de pomba gira e tudo mais, que é espírito demoníaco, espírito de pomba gira e tudo mais, agora se ela chega a descobrir que eu to com a doença ela vai ficar toda hora na minha mente. Eu fui pastor evangélico 11 anos, aí quando eu descobri essa doença, nenhuma igreja me quis mais. Diz que é uma vergonha ter um pastor com HIV no púlpito e eu bato na porta deles a 15 anos, desde 99, mas nada nada, não tem chance. Eu não consigo mais caminhar com nenhuma igreja.

Figura 11 – DSC Preconceito religioso

Aqui dentro a gente tem um preconceito enorme em cima da gente ser homossexual né, dentro de um raio onde tem mais de 500 homens, ainda mais sabendo que a gente tem né. A gente já é meia excluída. A gente já é "tirada" né, por a gente ser gay aqui dentro né. A gente já é discriminada por ser veado, por ser preso e dentro de uma cadeia você ser julgada por vagabundo, bandido ainda, discriminada por causa de que é doente. Eles falam que foi dessa raça que eu peguei, foi por causa "docêis" que eu peguei esse trem, foi da mesma raça de veado, foi esse povo que passou pra mim.

Figura 12 – DSC Preconceito em relação a homossexualidade

As ideias relativas ao conjunto de atos e atitudes que envolvem o que se pode chamar de preconceito vem sendo discutido como problema epistemológico, psicológico e social desde a década de 1920, quando passam a surgir pesquisas frente aos conflitos raciais, particularmente envolvendo brancos e negros. Não existe um conceito unitário em relação ao termo, pois ele abarca múltiplos aspectos relativos a diversas variáveis nos conteúdos distintos atribuídos ao seu uso. Desta forma para a discussão presente utilizaremos a conceituação trazida por Crochík (2006) que defende a perspectiva do preconceito como a introjeção dos valores (elementos pré-concebidos) pertinentes aos modelos sociais incorporados e mediados por uma percepção, que se defronta com a afeição ou hostilidade por um grupo ao qual o indivíduo se identifica ou não, interferindo diretamente nos processos de socialização.

Estes aspectos são trazidos enfaticamente nos discursos das figuras 7 e 8 referentes ao preconceito geral e preconceito na cela, quando se evidencia a exposição relatada pelos entrevistados referente ao tratamento da doença no convívio coletivo, gerando situações de exclusão social, expressão trazida pelos detentos como “tiração”. Pesquisas recentes demonstram que opiniões públicas e profissionais sobre pessoas que vivem com HIV, ainda revelam o preconceito cultural e social sobre este público (SEIDL; RIBEIRO e GALINKIN, 2010; COMPILLAY e MONÁRDEZ, 2019).

O estereótipo sobre a enfermidade também é observado nos discursos dos entrevistados, uma vez que estes são produzidos e fomentados por uma cultura que pede definições precisas para a caracterização do sujeito, construídas através de um ideário que não adere à racionalidade, e sim à prática social (CROCHÍK, 2008). Esse processo torna-se evidente quando os entrevistados referem que seus companheiros de cela não distinguem o fato do sujeito ter HIV ou AIDS, reproduzindo o discurso: “...ter HIV é aidético, é doente, vai morrer, vai isso e aquilo” atributos estes, que constituem o estereótipo da doença.

Este discurso torna-se ainda mais forte quando a pessoa com HIV privada de liberdade passa por um processo de adoecimento ou emagrecimento, fato que é reforçado pelo discurso dos sujeitos com os quais convive o qual enuncia: “Deve ser por causa da doença”, “A doença atacou”. Através destes enunciados se percebe a construção de uma representação a partir da qual o indivíduo que é portador do HIV, não somente o é, como também, necessariamente constitui-se em um sujeito doente.

Destaca-se ainda que o preconceito nos discursos é permeado pelo estigma, definido por Goffman (1988) como um termo utilizado para se fazer referência a um atributo profundamente depreciativo, representado no discurso acima pelos termos “Acham que a gente é um ser estranho”, “Para algumas pessoas a gente é um alienígena, é um ET” e “Porque parece que a gente é uma coisa... Uma aberração”, “...Acha que você que ta num ambiente como aqui dentro, você é algum bicho”; descrito majoritariamente na Figura 8 referente ao preconceito dos servidores, relatado pelos entrevistados e percebido através de atitudes que estão associadas a práticas profissionais não adequadas e humilhantes.

O preconceito ainda é referido no discurso como o fator que causa mais dor do que a própria doença, fazendo referência à importância de esta ideia central ser discutida, como pode ser observado no que os sujeitos entrevistados enunciam como: “... o que mata a gente, não é doença, é o preconceito”.

A Figura 10 aponta as problemáticas inerentes ao preconceito relacionado ao HIV no ambiente de trabalho. De acordo com a Súmula 443 do Tribunal Superior do Trabalho durante o exercício do contrato do trabalho o empregador não pode exercer o poder de direção com abusos e desrespeito em face ao empregado. Neste contexto o discurso dos entrevistados foi fortemente representado por condutas negativas adotadas pelos empregadores e sentimentos negativos dos empregados pelo fato de serem pessoas que convivem com o vírus do HIV.

Siqueirolo e Arruda (2017) discutem que o fato do empregado ser portador de HIV ou outra infecção sexualmente transmissível provoca estigmatizações e ações discriminatórias no ambiente de trabalho. Freitas (2012) apontou algumas das principais situações de constrangimento no ambiente de trabalho em virtude do diagnóstico de HIV: afastamento do trabalho em virtude da infecção; maneiras de omitir da doença; desrespeito ao sigilo no ambiente de trabalho; sofrimento associado ao medo da rejeição e do preconceito. Ilo (2006) complementa citando algumas problemáticas referentes às formas de discriminação evidenciadas por: obrigatoriedade de realização do teste para rastreamento de HIV durante o recrutamento e a consequente recusa da contratação em caso positivo; demissão por motivo de soropositividade; exclusão do treinamento e das oportunidades de promoção; ostracismo por parte dos colegas de trabalho; exclusão dos benefícios do plano de saúde da empresa, entre outras formas de preconceitos/discriminação. Estes fatos

contribuem para a necessidade de novas produções educativas que promovam debate e realizem o enfreteamento e possibilitem a inclusão social para público que vivencia o preconceito no mercado de trabalho.

Ainda dialogando sobre o preconceito a Figura 11 faz referência às questões inerentes a religião. O termo religião, neste trabalho, é utilizado partindo da premissa antropológica, ou seja, evidencia o constructo enquanto elemento integrante da cultura de uma população, permeada por padrões transmitidos historicamente, incorporados por símbolos e dogmas (GEERTZ, 1989; PARGAMENT, 1997; TIX; FRAZIER, 1998), portanto diferente do sentido proposto pelo termo espiritualidade que é entendido aqui como dimensão pessoal relacionada à busca de respostas para questões fundamentais sobre a vida e seu significado (KOENIG, 2001).

Analisa-se que o discurso da Figura 12 faz alusão a doença estar intimamente relacionada a espíritos demoníacos, quando no discurso essas referências são trazidas por um membro da família do recluso, levando o mesmo a não se sentir à vontade de compartilhar a informação de sua sorologia com sua família, pelo encargo deste preconceito. Outra situação está relacionada a desistência das práticas religiosas, visto que o preconceito instalado nas instituições religiosas leva a atitudes de segregação e isolamento por parte dos seus dirigentes.

Lemos e Ecco (2014) discutem que a informação do diagnóstico se apresenta como elemento extremamente grave para a família, significando muitas vezes que uma pessoa portadora de uma doença crônica modifica e abala toda a estrutura familiar, gerando conflitos e transtornos no ambiente, fazendo com que se desestruture o ideário apresentado pelas instituições religiosas. Os mesmos autores ainda afirmam que a notícia da soropositividade está estritamente relacionada pela ideia da moral sexual, crescente pela visibilidade da homossexualidade masculina e prostituição feminina, contrários ao ideário das práticas cotidianas religiosas.

A construção histórica da categoria homossexual tem destaque quando Alfred Kinsey (1998) discute o fato de que os seres humanos variam sexualmente de uma maneira inclassificável: a diversificação é uma realidade da natureza e não um desvio em relação a uma norma estabelecida. A homossexualidade e heterossexualidade historicamente seriam

meras identidades socioculturais que condicionam maneiras de viver, sentir, pensar etc., e não uma lei universal da diferença entre os sexos. Quando se fala de homossexualidade, deve-se estar atento ao fato de que este termo não designa uma realidade em si, mas um produto do vocabulário moral da modernidade, construídos nos séculos XVIII e XIX, em contraponto as leis biológicas que definem que homens e mulheres são absolutamente distintos do ponto de vista sexual (NUNAN, 2003).

O preconceito sexual surge do critério segundo o qual a definição da homossexualidade como patológica se deve ao fato dela ser socialmente minoritária. A estigmatização dos homossexuais seria, assim, resultado do processo de classificação das sexualidades e categorização de pessoas, surgindo assim o termo preconceito sexual (homofobia) (NUNAN, 2003).

A homossexualidade está fortemente relacionada ao HIV uma vez que a principal forma de transmissão do vírus é por meio da relação anal receptiva desprotegida, fazendo com que a carga da doença seja desproporcional nesta população. Da mesma forma que o nível de conhecimento em HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens (HSH) foi avaliado e encontrou-se 40% da amostra com níveis de conhecimento abaixo da média, outras pesquisas apontam que o elevado número de parceiros sexuais é um fator associado à infecção por HIV associado a não prevenção. E ainda se destaca que número de infecções é consideravelmente maior nos países em que há criminalidade entre pessoas do mesmo sexo e onde a homofobia é elevada, uma vez que estas pessoas se tornam mais vulneráveis à exposição, pois existe um reforço marcado pelo estigma, pela discriminação e pela posição marginal que estes sujeitos ocupam, resultando no baixo acesso os serviços de saúde (BEYRER ET AL, 2012; GOMES ET AL, 2014; BRIGNOL ET AL, 2016).

5.4 AUSÊNCIA DE PRIVACIDADE

Os resultados constantes nas Figuras 13 e 14 evidenciam as problemáticas inerentes a ausência de privacidade mencionada pelos entrevistados, sendo estas: ausência de privacidade no convívio e exposição na entrega do medicamento.

Ah eu queria que fosse mais discreto, pra todo mundo ficar sabendo é horrível, quando a gente entra dentro de um raio. Porque no raio queira ou não queira, todo mundo acaba se

conhecendo né, então muito foi por isso aí, eu que evitava fazer, para não expor minha mulher. Depois que eu comecei a fazer o tratamento, não tem como esconder, todo mundo já sabe mesmo. Mais fácil você ficar calado, mas todo mundo sabe. Queira ou não queira, todo mundo fica sabendo né. E querendo ou não a gente sabe quem tem. Quem é portador aqui dentro sabe.

Figura 13 – DSC Ausência de privacidade no convívio

Aqui não tem essa de ajudar a pessoa a manter a discrição, não, que se dane. Sabe, o pessoal da cela sabe, até porque eles veem eu tomando o remédio ali todo dia, "Mas que remédio é esse?". Onde eu tô morando no raio mesmo ali, a cadeia inteira sabe, chega o remédio, a molecada, todo mundo sabe. Porque os caras vai lá pra dar o remédio lá pra mim e todo mundo fica olhando né, preso que tá a muito tempo na casa conhece. O povo fica olhando a gente receber o remédio, quem faz tratamento aqui recebe o remédio no raio. Porque pra todo mundo que tem, eles levam lá na gaiola. Te dão o remédio envelopado num plástico, como coisa que ninguém já sabe que ali dentro tá o remédio pra um cara soropositivo, o pavilhão todo já sabe. A gente recebe a medicação retroviral, vem lá do SAE né, ai chega lá nas gaiolas, ai entrega nas mãos dos correrias, que são os internos que estão do outro lado, ai ele vem com um caderno lá pra você assinar, o raio inteiro para e olha pra você, todo mundo vê você pegando o remédio, ai todo mundo tipo assim... Muitas pessoas sabem, porque o remédio chega do jeito que vem na caixinha. O mais, mais difícil é chegar o remédio lá na gaiola e expor pra todo mundo, tipo assim levam e falam assim: "É pra fulano...". Chegar lá na gaiola, chama aqueles monte de menino "Ah esse aqui é pra fulano", "Mas é o que?", "Ah é o remédio do HIV". E um monte de gente olhando que é pra mim entendeu, aí saber que tá chegando o remédio do HIV. Meu Deus, agora imagina a senhora estar escondendo uma coisa de alguém e de repente a pessoa gritar no meio de 400 pessoas, ele chegou e fez bem assim no brete: "O Bruna, seu remedinho do HIV querida". Mas o único problema nosso Isa, é aqui, aqui eles não têm uma discrição aqui, por mais que fala assim, a gente vai deixar aqui, vocês vem aqui e buscam, mas não é, eles falam tipo assim umas coisas, chega lá já é outra, chega lá na gaiola chama só quem é os portador mesmo e fica todo mundo na gaiola e todo mundo olhando. Se fosse na rua tudo bem, nossa senhora, tava nem aí, ia lá na SAE buscava tranquilo, mas aqui dentro da cadeia é muito difícil, muito difícil mesmo.

Figura 14 – DSC Exposição na entrega do remédio.

Destaca-se, ao discutir as figuras acima, que além do diagnóstico de HIV ser estigmatizante, no ambiente prisional esse fato torna-se ainda mais ostensivo devido ao longo período que estes sujeitos estão reclusos, permitindo assim o reconhecimento entre os colegas de cela de quem faz tratamento para a doença. Desta maneira, existe a quebra do sigilo em relação ao tratamento de HIV dos internos da instituição. Este reconhecimento é facilitado pela exposição na entrega do medicamento, sendo que os internos relatam que o remédio é entregue aos "correrias" identificados como outros internos/detentos que trabalham na ala da saúde.

Este fato resulta na perda da confidencialidade do diagnóstico quando os sujeitos da pesquisa mencionam que: “O mais difícil é chegar o remédio lá na gaiola e expor pra todo mundo, tipo assim levam e falam assim: É pra fulano... Chegar lá na gaiola, chama aqueles monte de menino: Ah esse aqui é pra fulano. Mas é o que? Ah é o remédio do HIV. E um monte de gente olhando que é pra mim entendeu, aí saber que tá chegando o remédio do HIV”. O medicamento é dispensado com pouca discrição e sem preservar a privacidade do sujeito, retratando o sentimento de desumanização pela maneira como o medicamento é distribuído.

Assim a perda da dignidade percebida no processo que envolve o uso do medicamento foi um dos principais motivos pelos quais alguns homens não revelavam seu status de HIV ou que haviam parado de tomar a medicação, mencionado pelo discurso: “...então muito foi por isso aí, eu que evitava fazer, para não expor minha mulher”. Esse achado é consistente com outras pesquisas sobre as percepções de qualidade de vida entre detentos com HIV, mostrando que estar preso e possuir HIV durante o encarceramento torna-se um “fardo duplo”, que posteriormente representarão preditores da não adesão ao tratamento (CULBERT, 2014).

A não adesão ao tratamento é uma das razões pelas quais deve-se prestar assistência ao detento com HIV criando oportunidades para que o manejo da sua doença seja feito com confidencialidade, de maneira a exercer esforços para garantir que a privacidade seja adequada bem como uma possível administração personalizada da TARV. Culbert (2014) ainda evidencia que a violência interpessoal, falta de segurança e ameaças a privacidade foram barreiras citadas pelos privados de liberdade de sua pesquisa para adesão ao tratamento de HIV, barreiras estas realçadas pelo requisito de entrega e protocolamento do medicamento feito por outros internos.

A pesquisa de Bellenzani (2011), evidencia que situações de negligência quanto ao direito à privacidade das pessoas em geral em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) a “quebra de sigilo” ou iminência desta, ocorre em variadas circunstâncias relacionadas ao processo de trabalho, principalmente em relação às pessoas que faziam tratamento por AIDS, retratando uma realidade que não acontece apenas nas instituições correccionais mas com a grande maioria dos sujeitos doentes que estão em tratamento para HIV.

5.5 TÉCNICAS DE PREVENÇÃO E TRANSMISSÃO

Os resultados constantes nas Figuras 15 a 20 evidenciam aos discursos referentes às técnicas de prevenção e transmissão e formas de se relacionar que os reclusos mencionam, estratificados nos seguintes DSC: prevenção; não prevenção; domínio prejudicial; consentimento de transmissão; consentimento gestacional; transmissão relacionada a objetos e transmissão não consentida.

No meu ponto de vista é se alimentar bem né, usar camisinha né e sempre tomar o remédio. Na cela eu me cuido, eu tenho meus materiais higiênicos, materiais de... medicação, essas coisas, tudo eu guardo, sempre separado, não por outros terem preconceito né, mas é eu me cuido dessa forma assim porque, "ja que têm". Eu tenho meu copo, tenho meu talher, não misturo nada, eu falo assim que é para me proteger e proteger vocês, que é por causa da ignorância, não quero que você venha falar coisa que eu não preciso ouvir né. Tipo presto barba, cortador de unha, essas coisa minha não deixo ninguém usar, eu uso sozinho. Não me relaciono com ninguém na cadeia e tomo meu remédio regularmente, desde o dia que fui preso não me relaciono com mais ninguém. Camisinha? Desde o momento que eu não sabia que era, eu não usava. Óh eu só uso camisinha porque eu sou soropositivo, tenho HIV. Depois que eu descobri que tinha HIV. Depois que eu peguei HIV que eu usava camisinha né. Então eu acho que preveniria, usando camisinha, pra não passar pra ela né. Não adianta você falar pra pessoa, se você gosta da pessoa, não vai ter, "Olha vamos se prevenir que é melhor", é mais fácil. Nessas partes, certas coisas, a gente tem que notar, assim, camisinha, questão de precaução é da hora, eu passo ali pego camisinha, pego um gel, o medicamento igual eu falei. Eu uso preservativo. Eu tomo o remédio né. Eu to me cuidando assim, tenho um parceiro, única parceira para que a gente consiga se cuidar e se prevenir. Eu evito de fazer sexo oral, esse tipo de relação. Só camisinha. Mesmo assim, usando a camisinha eu pedia para que a pessoa fizesse o exame. Então minhas relações sempre foram com preservativo. Eu não faço nada sem preservativo. A partir do momento que eu soube que eu tava, só preservativo. Fui até a dona Terezinha a enfermeira de lá, foi a premiada, riu de mim que diz que eu fui a primeira, a primeira a pedir pra ela preservativo, ainda nem tinha, ela falou: "Eu vou na PED hoje à tarde e eu trago de lá pra você."

Figura 15 – DSC Prevenção

Usa preservativo? Não, não usei, não uso. É foda porque tinha que ter usado antes para evitar né. Eu não usava não, mesmo quando eu descobri. Eu vou falar a real pra você, preservativo é igual comer bala com casca né oh. Não uso, não tem como né. Só que seria o ideal usar né. Eu não sei, eu não me cuidava, eu nunca usei uma camisinha, na minha vida não, vou falar a verdade.

Figura 16 – DSC Não prevenção

No discurso da Figura 15 foram mencionados alguns métodos de prevenção como: o uso do preservativo, evitar a realização de sexo oral, ter uma boa alimentação, uso regular da medicação, abstinência sexual ou relacionamento com apenas um parceiro e realização de exames periódicos de rastreamento de HIV no parceiro. Um estudo realizado com detentas portadoras do HIV demonstrou resultados semelhantes quando apontou que 54% das entrevistadas responderam fazer o uso regular de preservativo (CAMARGO et al, 2012)

Outra pesquisa realizada por Perussi e Franch (2012) sobre gestão de risco de HIV em casais sorodiscordantes, destaca que todos os casais entrevistados manifestaram conhecimento dos riscos associados à relação sexual desprotegida, referindo o uso regular do preservativo.

O discurso também enuncia a separação de materiais higiênicos, copos e talhares; corroborando com estudos como o realizado com travestis e transgêneros na cidade de São Paulo sobre o conhecimento de tuberculose e HIV/Aids, o qual revelou que 10,1% dos entrevistados acreditam que uma pessoa pode contrair o HIV compartilhando uma refeição no mesmo prato (FERREIRA et al, 2016).

Outro elemento observado foi o início do uso de preservativo apenas após a descoberta da sorologia positiva para HIV, o que demonstra a existência de uma possível rede de contatos que poderiam ter se contaminado anteriormente ao diagnóstico destes sujeitos. Como demonstrado na frase: “Camisinha? Desde o momento que eu não sabia que era, eu não usava”, e “Ó eu só uso camisinha porque sou soropositivo, tenho HIV”. Esses discursos apontam para a perspectiva que de se os sujeitos da pesquisa não tivessem HIV, não usariam o preservativo, o que mostra que não se considera a importância do uso do mesmo para a prevenção de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Em contraponto discute-se também as prerrogativas trazidas no discurso da figura 16 referentes à não prevenção da contaminação do vírus do HIV, mencionadas no discurso pelo não uso do preservativo. Silva et al (2018) demonstra em seu estudo que por mais que exista certo nível de informação sobre métodos preventivos entre jovens, seu uso apresentou-se de forma irregular e inconstante, uma vez que não costumavam utilizar mesmo tendo múltiplos parceiros. Desta forma, observa-se que a interpretação sobre o uso do preservativo não está

apenas associada ao conhecimento. O discurso também faz referência ao uso do preservativo como inibidor do prazer, o que restringe a sua utilização mesmo em situações de risco.

Outros estudos retratam esta realidade em outros presídios, como o estudo realizado em Rio Branco no Acre, no qual foram analisados os conhecimentos dos presidiários sobre DST/HIV e Aids: 72% dos entrevistados relataram a prática sexual mesmo não usando o preservativo. Uma pesquisa realizada com detentas de um presídio em São Paulo apontou que o não uso de preservativo foi referido por 60% entrevistas, sendo que as demais referiam uso irregular. Pesquisa realizada na penitenciária estadual do Paraná revelou que 38% das entrevistadas acusaram não se prevenir durante a relação (FRANÇA et al, 2000; STRAZZA et al, 2007; CUNHA E GALVÃO, 2011; CAMARGO et al, 2012).

Não quero atingir outra pessoa né, então eu sempre me cuido. Eu já fiquei com outras mulheres, jamais eu usei de sacanagem, por terem me passado, eu passar para os outros não. Usando a consciência né, se você não usar, sabe que ela vai pega. Depois que eu peguei HIV eu ficava com muito isso daí na minha cabeça, de passar para os outros, então eu ficava até com medo de chegar perto de algumas meninas, ficava até com medo, eu tinha muito isso daí na minha cabeça. Pra mim é uma coisa que a gente tem que ter cuidado né, é uma coisa que tem que ter muito cuidado porque no momento ta prejudicando eu, mas se eu quiser eu prejudico os outros também e eu não posso estar prejudicando os outros. Então eu não tenho coragem de fazer isso, porque não é porque uma pessoa fez maldade comigo, sabia que tinha e foi lá e manteve relação para transmitir proposital. Acho que é muito “mal caratismo” fazer um negócio desse, por eu ter. Eu não vou sair fazendo nenhuma coisa que fizeram comigo, passar doença pra todo mundo sendo que as pessoas não têm nada a ver né. Mas eu usei sim, jamais iria transmitir uma coisa pra uma pessoa que né, que é inocente, se fizeram mal pra mim, não vou desejar isso para os outros, é uma coisa que vai ser pro resto da vida, não quero levar isso pra ninguém. Eu falei pra ele, desde o começo que eu tinha a doença, se caso fosse mesmo rolar alguma coisa a gente tinha que se prevenir, ele não queria, mas eu obriguei. Como é que eu vou fazer isso com ele, voltar com ele e passar uma porcaria dessa pra ele. Doutora eu nunca vou fazer com os outros o que fizeram comigo não, eu não quero isso aí para os outros. Eu não to falando pra senhora que eu sou louca, desesperada pelo meu ex-marido, eu não volto com ele por causa disso.

Figura 17 – DSC Domínio prejudicial

Na Figura 17 fica evidente no discurso as nuances da possibilidade de contaminação ou não contaminação de outra pessoa, uma vez que os sujeitos denotam a consciência que o não uso do preservativo e a não informação da sua condição sorológica podem ser potencialmente prejudiciais.

Portanto, discute-se que o discurso deste quadro é majoritariamente marcado pelas falas do desejo de não transmissão, relacionadas ao fato deste tipo de atitude denotar maldade segundo os entrevistados e não justificar tal punição para outras pessoas, mesmo sendo a maneira pela qual acreditam terem sido infectados.

Eu sou casada, eu e meu marido transamos sem preservativo e ele acabou de fazer o teste hoje, deu negativo de novo, ele não contrai. Eu sou casada com ele há dois anos, vai completar dois anos que eu to aqui. Não é da minha parte, por mim eu usaria preservativo normal, mas por parte dele, ele não liga, fala que não se importa de pode contrair, que ele me ama demais. Tipo a gente fez sim, transou sim uns 4 meses, 4 a 6 meses sem camisinha e eu fiquei realmente com medo né, falei nossa contraiu, falei agora lascou, eu não quero que você contraia. Depois do exame lá, constou no dele, ia nas consultas, no SAE comigo, pegava no meu pé, me cuidava, ficou um auxiliando o outro.... Com a minha mulher mesmo eu não usava não, mesmo depois que eu descobri, não usava não. Ela sempre brigava comigo porque eu usava camisinha, toda vez que eu tinha relação eu usava camisinha, ela brigava comigo, ela não queria usar mais. Constou que eu tinha, ai também não guardei segredo dela nem nada, constou que eu tinha, eu cheguei na cela falei pra ela que eu sou soropositivo, que se quiser aceitar eu desse jeito, se você não aceitar também é só continuar na amizade e nois faz relação sem camisinha. Aí ela falou assim: “Não, eu to com você”. Aí ela começou a manter relação sexual comigo sem camisinha. Ela falou que queria continuar comigo, então eu acho que ela deve ter. Eu penso assim, travesti que ficar comigo é sem camisinha, se ela tiver ou não tiver problema. Se for outra menina fora do casamento eu uso sim. Eu usaria. Tipo conhece uma mina e tal, até acho que usaria sim, porque prejudicar os outros é complicado né. Com a minha dona não, mas na rua quando eu ia ter relação com mulher eu usava preservativo, pra não fazer o que fizeram comigo. Já chegaram e falaram pra mim “Eu também sou soropositivo não dá nada”, “Eu sou soropositivo e passei pra você”, eu também sou soropositivo então não dá nada. Eu falei pra ele que eu tinha AIDS porque eu fiquei sabendo que ele tinha HIV. Esses dias eu perguntei pra ela e ela falou: “Eu fiz o teste rápido de novo aqui e não constou que eu tenho, ah eu sou forte”, falando pra mim. Aí eu falei: “É fica enrolando se vai ver se você não tem”. E você tem medo de HIV?”

Figura 18 – DSC Consentimento da transmissão

E minhas primeiras relações eu tinha com camisinha, eu tinha maior cuidado até que um dia eu contei, pra minha primeira mulher eu contei pra ela, ela falou que isso ai não era problema, a gente vai morrer junto, eu quero ficar grávida...Ela sabe que eu sou soro né, foi falado pra ela a verdade né, pra ela fazer o exame, ela falou que ia ficar comigo, me visitar, ela acabou engravidando, ela tava querendo um filho meu, ela conheceu um filho de um relacionamento anterior, queria ter um filho comigo e até onde eu sei, filho com camisinha não tem como fazer. Nois sempre usava preservativo, mas ela quis ter outro filho né, daí falei “Oh, único jeito é fazer sem camisinha”, mas foi só por isso daí. Ela faz tratamento lá em Ponta Porã. E ela vai ter que ganhar o nenê lá parece. Ah mas o Rafael, eu não tinha AIDS na época que eu fiz ele, a menina eu achei que tinha né, pensei que ela tivesse, porque ela foi feita depois que ela tinha doença. A mãe dela tinha consciência, tinha tudo, fez acompanhamento e também não passou pra ela, não sei como, você deve saber melhor do que eu, como que aconteceu isso.

Figura 19 – DSC Consentimento gestacional

Na figura 18 é possível observar algumas situações que permeiam as relações que envolvem o consenso de infecção mencionados pelos entrevistados sendo estes:

1. Não uso do preservativo como forma de demonstrar fidelidade e estabelecer uma relação de parceria, fato este que demonstraria o desejo do parceiro em se equiparar ao status do outro como prova de afeto e amor. Justificadas pelas expressões: “Ele não se importa de contrair...”, “...ficou um auxiliando o outro”, “a gente vai morrer junto”, “...eu tô com você.”;
2. Não uso do preservativo com parceiros homossexuais ou travestis, mediante a prerrogativa destes gêneros serem supostamente os precursores da doença;
3. Não uso do preservativo com parceiros também soropositivos;
4. O uso do preservativo dentro do casamento representa um fator de infidelidade, retratado pela expressão: “Ela sempre brigava comigo porque eu usava camisinha”, “Ela não queria usar mais”;
5. Uso do preservativo é utilizado em relações extraconjugais e com mulheres fora do presídio.

Os dados coletados nesta pesquisa corroboram com outros estudos que apontam que 35,3% dos entrevistados mencionou que o amor e a confiança foram formas estratégicas de prevenção a AIDS, referindo que confiar no parceiro constitui-se no elemento mais fundamental. O mesmo estudo evidenciou que o relacionamento de confiança e comprometimento está relacionado com o desejo da condição para igualdade de status sorológico. Se pode assim compreender que essa conjugalidade desempenha uma função justificatória para a não utilização do preservativo nas relações sexuais (OLTRAMARI E CAMARGO, 2010; CUNHA, 2018).

O estudo de Camargo et al (2012) apontou que a maioria das mulheres, após receber o diagnóstico positivo em relação ao HIV exerceram práticas sexuais de maneira segura e as que não aderiram ao uso de preservativos não o fizeram porque o marido já era portador da doença.

Na Figura 19 o consenso da infecção está diretamente relacionado ao desejo de engravidar das parceiras dos entrevistados e evidencia-se o desconhecimento dos mesmos

sobre as questões que envolvem o planejamento familiar seguro entre casais sorodiscordantes, uma vez que é relatado que a maioria destas mulheres acabaram se infectando, sendo expostas a uma gravidez de risco e possível contaminação do bebê. Observa-se que as decisões reprodutivas e conjugais destes casais são destoantes das preconizações profissionais.

Silva e Couto (2009) verificaram em sua pesquisa sobre casais sorodiscordantes para o HIV/Aids que embora o risco de infecção do parceiro e do bebê seja considerado, é maior o desejo da paternidade e maternidade para consolidação do laço conjugal do que as consequências da probabilidade de infecção.

Toda vez que alguém falava sobre a AIDS, eu perguntava como se pagava isso, se era pelo vento, ou se era por algum contato, alguma coisa. Eu vejo que a doença não transmite um pro outro assim, só por causa de tomar na mesma caneca, ou pela mesma colher, mas no raio eles não pensam assim. Tipo assim, as pessoas falam isso, falam aquilo, separa logo o copo dele, colher, tudo separado, mas não é assim, eu não sei. Então assim fica um clima chato, com as outras pessoas que não sabem né, não se aprofundam no assunto, só porque tem HIV, tem AIDS, não vou me envolver, não quero nem conversar com essa pessoa, senão eu vou pegar. Tem gente que tem medo, eu já convivi com gente que se eu for tentar encostar ele pula longe, tem medo de encostar na pessoa, de dar um aperto de mão, eu já convivi com preso assim. Eu quando cheguei lá na escola, eu levantava da cadeira, não sentavam na cadeira que eu sentei, uma coisa que na cabeça o povo pensa que é transmissível pelo ar, eu creio que não é, é pelo sexo, pelo sangue, pelo buraco do nariz, não sei essas coisas. Mas em relação as outras pessoas, que elas não entendem, não sabem como que pega, pensa que só de estar respirando perto já vai contrair. Onde eu tava morando tinha pessoa que tomava tereré comigo, uma vez me viu pegando o remédio já não tomou mais tereré. Você não pode nem tomar uma água no mesmo copo, você não toma um tereré, você não pode nem chegar perto... Acha que... A gente sabe que não é né, não poderia ser. Então na cabeça deles eu não posso tomar um tereré, porque pega. Muita gente não bebe água no mesmo copo que você bebe, evita você em várias partes. Tem que separar sua caneca, tem que separar isso, então a gente já tem uma cela individual pra gente mesmo.

Figura 20 – DSC Transmissão relacionada a objetos

Minha mulher morreu de AIDS. No velório dela eu descobri que ela tinha AIDS. Ela contraiu HIV. Ela fazia tratamento de HIV. Ela morreu de HIV. Ninguém sabia dessa doença. Não vou ficar falando o que eu tenho. Eu não vou falar pra ele que estou com HIV. Ele era casado com ela e ela morreu de HIV. Não preciso tá gritando pra todo mundo, ah eu sou soropositivo. Eu não quis falar o que eu tinha. Porque se eu chegar e falar pra ele o que eu tenho, ele vai me falar do que que eu peguei. Então eu também não vou ficar falando o que eu tenho, porque eu peguei foi desses pessoal, esses pessoal tudo não usa a transparência com a gente, entendeu, o que eles querem fazer, fazer igual fizeram comigo, saiu passando pra todo mundo, foi o que fizeram comigo, entendeu? Tive sim várias

mulheres, agora se pegou isso ai, não sei. Então eu não vou falar eu odeio a pessoa que passou pra mim, porque, não sei se foi intencionalmente, se não foi.

Figura 21 – DSC Transmissão não consentida

Para iniciar a discussão da temática, na figura 20 fica evidente o desconhecimento dos sujeitos quanto a forma de transmissão da doença. Majoritariamente o discurso reflete o desconhecimento dos companheiros de cela das pessoas que convivem com HIV/Aids, sendo mencionado como formas de transmissão: contato aéreo e físico, compartilhamento de canecas e talhares, aperto de mão ou sentar no mesmo lugar e compartilhamento da bebida regional tereré. O discurso enuncia os achados em estudo realizado com travestis e transgêneros na cidade de São Paulo sobre o conhecimento de tuberculose e HIV/Aids, revelando que 10,1% dos entrevistados acreditam que uma pessoa pode contrair o HIV compartilhando uma refeição no mesmo prato (FERREIRA et al, 2016).

Na Figura 21 é demonstrada as nuances da transmissão não consentida, fenômeno procedente do desejo dos reclusos de não informar sua sorologia de HIV positivo aos seus parceiros. O discurso é fortemente marcado pelo desejo de revide e punição aos outros, sob justificativa de que foi por essa maneira que se contaminaram.

5.6 NORMALIDADE

Os discursos referentes a este eixo, discutem a comprovação da normalidade, sua justificativa e contradição.

Eu tinha uma vida normal, como hoje eu tenho a minha vida normal. Jogo futebol, faço minha física, me alimento normal, na minha mente eu sou um cara normal. Porque desde quando eu sei que sou soropositivo eu to normal, eu mantenho meu corpo normal, entendeu. Porque normalmente eu me sinto normal, durmo bem, me alimento, como de tudo, faço meu exercício físico, vivo uma vida normal. Não me sinto mais fraco, não me sinto mais forte, normal. Têm que seguir a vida normal né. Normal, a gente para e pensa, tem nada a ver... o psicológico é normal. Eu tenho conhecido também que tem esse HIV a 15 anos já ele tem esse HIV, é normal o corpo normal, então isso aí me anima.

Figura 23 – DSC Comprovação normalidade

Hoje em dia pra mim já é normal. To ali, to normal. Até por que eu aceitei de boa, eu trabalho com prostituição, sabia o risco que corria, fazia sexo sem preservativo então eu sabia que podia me contaminar. É uma doença que se há um controle, se há um acompanhamento de uma maneira correta, a gente tem uma vida normal como qualquer outra pessoa. Eu posso ter uma vida normal, posso durar muitos e muitos anos. E você fica normal, basta você tomar sua medicação, você vive normal, tem tudo para viver normal

Figura 24 – DSC sobre afirmação/justificação da normalidade

É normal mais ou mesmo tempo não é normal, é normal porque não sinto fraqueza, não mudou o meu corpo, meu psicológico. Ah eu não entendo desse negócio não dona. Eu sei que é uma doença, a gente ouve muito o povo falar, mas eu não sei o que que é isso, eu sei que eu tenho entendeu, mas não sei falar o que tem que falar, mas normal. Eu sei que eu tô condenado já, mas eu levo minha vida como se tivesse normal, faço de tudo que pode ser feito. Mas tirando isso aí eu sou uma pessoa normal. Porque no momento agora eu me sinto uma pessoa normal ta ligado, não sinto nada não, sobre essa fita aí, esse negócio aí, sei lá cara.

Figura 25 – DSC sobre contradição da normalidade

Na Figura 23 o discurso predominante refere-se ao status de normalidade após o diagnóstico de HIV, referidas pelas expressões: “Eu tinha uma vida normal, como hoje eu tenho a minha vida normal” e “... desde quando eu sei que sou soropositivo eu tô normal”. Esta narrativa pode estar relacionada ao fato do desconhecimento dos entrevistados entre a diferença em conviver com o vírus de forma controlada, processo no qual o indivíduo não apresenta sinais e sintomas agressivos e o adoecimento de fato pelo quadro de AIDS, e quando o indivíduo não realiza o tratamento ou acompanhamento médico, ocasionando o adoecimento grave.

Sendo assim, conviver com o vírus pode acarretar um estranhamento causado pela “normalidade” advinda da impressão de não ter nenhum agravo comparado com outras doenças aparentemente incapacitantes e de rápida progressão. Este enunciado corrobora com outros estudos os quais apontaram a percepção de jovens que encaram o diagnóstico positivo para HIV com normalidade (AGOSTINI ET AL, 2017; MORAES ET AL, 2018)

Desta maneira o presente discurso aponta a necessidade que os entrevistados têm de comprovar essa normalidade através do relato da preservação de suas atividades físicas diárias como: “... faço meu exercício normal, me sinto normal”. Fato contrário às informações prévias por eles obtidas através de discursos informais de que ter HIV é ser

doente ou a mesma coisa que ter AIDS. O discurso em relação a normalidade se reforça quando é mencionado o prognóstico positivo de outras pessoas com HIV, deixando-os mais esperançosos com o prolongamento desta normalidade.

Na figura 24 existe uma leve modificação do discurso quando os entrevistados mencionam a normalidade demonstrando conhecimento de que a doença é controlável, referindo assim que apresentam a mesma qualidade de vida que de outras pessoas, considerando a importância do uso do medicamento para tal controle e prolongamento da existência.

Na figura 25, o discurso baseia-se na perspectiva negativa que os entrevistados têm sobre a doença, deixando claro apenas o conhecimento de que é algo grave, gerando assim uma falsa ideia de normalidade pelo fato de conviver com o vírus do HIV, representado pela expressão: “É normal, mais ou mesmo tempo não é normal”. Essa contradição pode se dar pelo fato do indivíduo não apresentar os sintomas aparentes, mas estar sempre esperando uma comprovação de piora da sua condição como aponta a expressão: “Eu sei que tô condenado já, mas levo minha vida como se tivesse normal”; diferente dos outros quadros em que o discurso demonstra a visão positiva da evolução da doença.

Este fato que corrobora com o estudo Kourrousk e Lima (2009) ao analisarem que a percepção da normalidade pode influenciar na adesão medicamentosa, uma vez que as pessoas com HIV não se sentem doentes, a ausência de sintomas pode interferir na percepção da gravidade da doença quando não tratada.

5.7 USO DE DROGAS COMO ATENUANTE DO CONTEXTO PRISIONAL

Nas figuras 26 e 27 são apresentadas as problemáticas dialogadas pelos entrevistados inerentes ao uso de drogas no contexto prisional bem como os efeitos terapêuticos destas substâncias no auxílio do enfretamento da doença.

<p>Hoje só fumo cigarro, quase uma carteira, aqui eu passo muita raiva né, porque eu que tomo conta de tudo aqui. Eu que sou o corre daqui. Então tem hora que a gente se estressa um pouco, e quando eu estresso eu fumo um cigarro, uma carteira por dia mais ou menos. Mas quando bate o desespero eu fumo um crack, quando tem muita coisa na minha cabeça. É burrice fazer isso, tem como você controlar, mas só se você conversar, eu não converso, eu não converso com ninguém quando eu tô nervoso. Não é que eu dependo não, uso droga, cigarro, não tem como, tem que fumar né, um lugar desse aqui não tem como,</p>

porque eu não paro. Então eu chapo mesmo, é muito vagabundo conversando fiado aqui, aí não pode fazer nada aí tem que fumar alguma coisa pra... De vez em quando eu cheiro cocaína, mas é de vez em quando, nesse lugar, chama você usar uma droga, as vezes dá uma saude. A última vez foi essa noite eu usei bastante, nem dormi ainda.

Figura 26 – DSC uso de drogas como atenuante do contexto prisional

Não vou mentir pra você isa, eu fumo maconha de vez em quando, só também, não bebo, não cheiro pó aqui dentro. Não é frequente, mais a noite para dormir, porque tem muita turbulência na nossa mente, remedinho da casa eu também já cancelei pra poder dormir, tava me deixando meia grogue eu acho. Uso, uso maconha e fumo cigarro. A maconha eu até queria parar, mas eu não paro de fumar maconha, porque a maconha é a única coisa que me faz dormir, e me faz ter fome entendeu, se eu não fumar maconha eu não como. A verdade é essa, se eu não fumar eu não como. Quando eu tenho dinheiro para fumar uma maconha eu como, se não, se eu não fumar maconha eu não como, não sei porque. Eu sou maconheiro nato, pra mim dormir eu tenho que fumar maconha, pra mim comer eu tenho que fumar maconha. Uso cedo a hora que eu acordo, aí eu passo até na hora do almoço de boa, eu almoço tudinho e tomo um banho e dou mais uns traguinhos e deito pra dormir depois do almoço, aí eu vou até de tarde, e de tarde eu fumo outro, é três cigarros no dia eu fumo. Não fumo a pedra é só a maconha mesmo, maconha é remédio. Até em respeito disso eu conversei com meu médico, ele falou pra mim que a maconha até que não faz tanto mal, que ela se torna um remédio né, ela se torna um remédio, ela dá fome, ela dá sono, deixa a pessoa calma, ele receitou a maconha você pode usar, mas você não pode usar a química né, que é a pasta base de cocaína, que aí você vai tirar o efeito do remédio, você vai morrer mais rápido.

Figura 27 – DSC uso de drogas para efeitos terapêuticos

O discurso do uso de entorpecentes no presídio pelos sujeitos portadores de HIV/Aids é acompanhado de relatos sobre a dificuldade de convívio em ambiente ostensivo no qual são gerados sentimentos de raiva, sobrecarga, estresse e pressão tanto advindas do cumprimento do regime fechado com os parceiros de cela quanto das normas internas da instituição e relacionamento com os agentes penitenciários. Os mesmos afirmam que no ambiente prisional o acesso a essas substâncias é facilitado o que possibilita probabilidade maior de dependência e prejuízo no tratamento.

Lambdin et al (2017) afirmam que o uso prejudicial de álcool e a dependência de drogas nas prisões é o principal problema de saúde das penitenciárias de muitos países, pois está associado a desfechos negativos em relação à saúde, tais como: transmissão e acometimento de doenças infecciosas, como HIV, Hepatite C e Tuberculose, assim como as comorbidades associadas a esse uso entre elas os transtornos mentais, suicídio, agressão, dentre outros.

Os entrevistados também relatam o usufruto dos efeitos terapêuticos destas substâncias tóxicas, tais como: estímulo de sono e da fome, redução da ansiedade e efeito antidepressivo. Os mesmos afirmam o uso destes entorpecentes como remédio, referindo indicação médica do uso preferencial de maconha em relação a outras drogas químicas como cocaína e crack, uma vez que estas, segundo as informações por eles relatadas, podem tirar o efeito do medicamento e fazer com que eles morram “mais rápido”.

5.8 TRATAMENTO E EFEITOS COLATERAIS

As figuras 28, 29 e 30 demonstram os discursos referentes ao tratamento e os efeitos colaterais relatados pelos entrevistados, retratando as particularidades da adesão e não adesão ao tratamento de HIV/Aids em condição de confinamento.

Depois que eu iniciei ele tem sido contínuo, eu tenho seguido certinho o tratamento, desde quando ele me passou, vende na rua aí a casa paga lá na, entrega lá na minha galeria, na minha cela e eu tô tomando, todos os dias, corretamente. Tô tomando certinho o remédio, se cuidando, pra não adquirir uma doença mais grave, ou até uma gripe assim, pro vírus não se desenvolver e ganhar força né. Diz que só não posso parar de tomar diz que pode virar, pode virar a doença né, então eu só não posso parar de ficar tomando o remédio. Porque o médico falou pra mim que eu não posso parar de tomar né, então eu, coisa que eu mais prezo é o meu remédio, todo dia eu marco meu relógio que apita na hora de eu tomar pra eu não esquecer. Eu só tenho medo de faltar remédio. Então eu tenho medo de ser transferido pra lá, de chegar faltar meu remédio lá. Porque eu não queria parar de tomar. Porque eu tenho medo né. Eu sei assim o que a doença faz se não tomar o remédio, ela progride, é triste. Apesar de que eu tomo eles é como se eu tivesse tomando vida. Os primeiros dias não, mas na segunda semana eu já tava parece que eu tinha tomado uma poção assim que, naquele dia foi eu que levantei pra pegar o café, foi eu que limpei o “X”. Por isso que eu falei pra senhora que eu procuro fazer tudo certinho, pra eu poder viver, tomo o remédio cedo, pra mim que eu tô comendo um, pra mim que eu tô jogando na minha boca um *cupcake*, são dois comprimidos, eu faço de conta que um é um *cupcake*, outro um *Donuts*. Eu tenho muitas conhecidas que em São Paulo que é portadora né, na realidade 80% dos travestis em São Paulo são portadores, já tomei o medicamento delas já, porque pra quem não tem é maravilhoso, tomar uma semana ele, a pele fica bonita, o cabelo cria vida, as unhas fica forte. Ah, o meu apoio, é tomar o remédio e seguir a vida, tomando ele certinho. Se tiver ruim você me chama, para mudar remédio, manda os remédios lá, eu vou tomar certinho. Sempre eu ia periodicamente lá, pegava os remédios, até acostumei, tudo certinho. HIV não tem cura né, se tomar o remédio certo, tem que estar monitorando né o vírus né. **E o que é pra você, viver com HIV aqui dentro?** Remédio. **Como você se sente?** Remédio. Tem que tomar o remédio certo né. **Apoio:** O remédio né, certinho, tomar o remédio, só isso só. **O que sabe sobre a doença?** Pouca coisa. O

remédio né, tem que tomar né. O que eu sei é que é uma doença de boa né cara, os outros falam que é tranquila, só que tem que fazer tratamento né.

Figura 28 – DSC Adesão a tratamento

Eu era muito cabeça dura, não tomava o remédio direito. Só que eu nunca tratei, nunca tinha tratado, não tinha dado importância. Eu comecei o tratamento aqui na verdade, que eu não queria fazer... Eu sabia que tinha, eu não queria o tratamento, não queria fruta, não queria fazer nada, eu não queria o remédio. Eu fiquei um ano e pouco, sem ir em consulta, sem tratar, aí eu surtei. Porque aqueles retroviral serve pra matar a gente, só por Deus. Eu mesmo, as vezes eu joga o remédio fora, já joguei remédio fora, não tomei, joguei tudo fora. Quando ele veio falar pra mim que tenho que tomar o coquetel, eu falei que não ia tomar coquetel nenhum também, eu não ia fazer nada. O tratamento eu vou falar bem a verdade para senhora, até hoje eu não comecei, é muito difícil para mim tomar o coquetel, tem vezes que eu tomo e tem vezes que eu não tomo, porque agora mesmo eu não tô tomando. Eu tomo, mas quando eu me sinto ruim, bastante ruim eu tomo, quando eu tenho dinheiro para comprar leite, pra mim comprar uma alimentação, um miojo alguma coisa assim, aí eu tomo, mas quando não vem dinheiro pra eu comprar leite, comprar essas coisas eu não tomo, faz mal pra mim, em vez de melhorar, me deixa mais ruim. Então falando bem a verdade assim, eu não tenho um tratamento completo, eu tenho um tratamento, vai e para, vai e para, vai e para, então... Por isso que as vezes eu penso em cortar o medicamento, porque pra mim tomar um dia sim e um dia não, não adianta. Eu evitei de tomar porque a gente é muito discriminado. O tratamento eu neguei. Nem comecei o tratamento ainda. Mas eu falei pra ela, não tem como a gente começar um tratamento aqui dentro desse lugar, que a gente já é muito "tirado". Porque o que a gente sofre mais aqui é a alimentação, porque a gente toma um medicamento muito forte, muito pesado. A medicação eu pego, tem uns 3, 4 anos que eu pego, mas não tomo não. Não tomo não. Pra falar que não tomei, tomei acho que duas, três vezes só e taquei longe o vidrinho que tem o remédio, tomo não. Eu me sinto bem sem tomar, do que eu tomando, aí eu não sei o que é não. Tipo eu não tomo o remédio né, eu creio que se colocasse na minha cabeça pra eu poder tomar ele. Eu não sei, eu não consigo, eu vejo aquilo lá dá medo. Eu queria que tivesse assim alguém pra me falar assim: "Não, você tem que tomar", conseguir convencer né, que eu sozinho, se for por mim eu nunca na minha vida...". Mas no começo mesmo eu não tava realmente me tratando, pra mim eu botei na cabeça, ah já que eu to com esse negócio, eu to morrendo mesmo, então eu to nem aí, vou nem tomar o remédio, não vou fazer nada. Só que eu não tava tomando esses medicamentos, comecei tomar agora de novo, os medicamentos do HIV, não tava tomando não, pra mim não tinha importância né, comecei a tomar agora, porque eu tava me sentindo mal já de novo, aí comecei a tomar de novo, aí tomei uns 7 meses, aí eu abandonei, aí voltei a tomar na cadeia aqui, que antes eu não tava tomando não, comecei a tomar agora. Que nem agora eu to com um monte de remédio lá que eu não tava tomando, aí fui conversei com a médica lá, aí você sente outro ânimo né pra tomar os remédios direito, dar mais uma chance, só que daí eu to com um monte de cadeia, nem sei quando eu vou sair daqui, aí é difícil, é muita pressão, pressão da polícia, pressão de preso, difícil ficar atrás dessas grades aqui, aí eu não sei porque, fazer. Isabella, eu vou falar para você cara, se aqui que a gente tem tempo, tem atendimento, tem tudo a gente não faz, agora você imagina na rua um cara que vai ficar até lá vai ter ficado 15 anos preso, indo pra rua, você acha que vai ter tempo pra fazer tratamento?

Figura 29 – DSC não adesão ao tratamento

Na figura 28 o discurso promove a ideia de adesão ao medicamento atrelada a realização do tratamento para não adquirir uma doença mais grave, como mencionado pelos entrevistados. Esta ideia é fortemente marcada pela expressão “Tomo o remédio certinho”, arraigada no discurso médico que é reproduzido pelos entrevistados através do medo da progressão da doença como representado na fala “... O médico falou pra mim que não posso parar de tomar medicamento, se não vira doença” e “Tenho medo de faltar remédio”.

Além do medo, pode-se observar o fenômeno da supervalorização do tratamento, dotando este como o único fator para o alcance de qualidade de vida, como podemos observar na frase “... tomo eles é como se tivesse tomando vida”; representando que, por muitas vezes a única coisa que o indivíduo sabe sobre a doença é o fato de ter que tomar o medicamento, enaltecendo o que é reproduzido pelos discursos dos profissionais de saúde, ou seja, a importância do medicamento.

O discurso enuncia o que foi encontrado no estudo de Teixeira e Silva (2008) que verificaram em sua pesquisa a importância do tratamento antirretroviral associada a ideia de sobrevivência e busca do desejo pessoal de viver pelos entrevistados. Além disso, destaca-se a adesão ao medicamento ligada ao caráter normativo e potencialmente prescritivo, reflexos das práticas verticais dos profissionais de saúde, orientadas que são pelo discurso biomédico.

A figura 29 retrata as nuances da não adesão ao medicamento, bem como os efeitos que contribuem negativamente para a continuidade do tratamento no ambiente prisional. O medo também é mencionado neste discurso, estando relacionado aos efeitos colaterais do medicamento ou como forma de protesto pela prerrogativa do indivíduo em estar com uma doença incurável, como exemplifica a expressão: “... ah já que eu to com esse negócio, eu to morrendo mesmo, então to nem aí, vou nem tomar o remédio...”.

A maioria das representações negativas relacionadas ao uso do medicamento é inerente aos efeitos colaterais, na medida em que os entrevistados referem-se sentir-se melhor não tomando o medicamento do que o tomando de fato, ou quando recorrem a medicação apenas quando estão sentindo-se muito mal. Este fato concerne com outros estudos que afirmam que os efeitos colaterais dos antirretrovirais são os responsáveis mais

frequentes pela descontinuidade da terapia (TEIXEIRA E SILVA, 2008; COSTA ET AL, 2013; PANDOIN ET AL, 2013)

Outro fato apontado no discurso que demonstra dificuldade na adesão ao tratamento é a alimentação insuficiente, uma vez que os entrevistados relatam que só tomam o medicamento quando tem dinheiro para suplementar sua alimentação para além do que a instituição oferece. O discurso refere que a mesma é insuficiente ou se apresenta incapaz de sanar os efeitos colaterais que o medicamento causa, como descrito na fala “...imagina 1600 a 1800 mg num só comprimido, eu tenho que comer antes de tomar ele, imagina você tomar o remédio sem comer nada.

Teixeira e Silva (2008) também afirmam que a falta de condições financeiras para se alimentar é um fator desencorajador em relação ao que se refere a adesão ao tratamento antirretroviral, uma vez que o tratamento exige uma alimentação adequada que possa minimizar os efeitos colaterais da medicação.

O discurso ainda relata não saber o porquê fazer o tratamento também é um dos fatores que impedem a adesão ao mesmo, uma vez que os entrevistados mencionam a necessidade de apoio profissional para o encorajamento da adesão como exemplificado na frase “... eu não estava tomando, ai fui conversar com a médica lá, ai você sente outro animo né, pra tomar os remédios direito, dar mais uma chance”.

No começo só, uma febre interna, um calor, muita sede. No começo sim, a primeira vez que eu tomei aqui, o primeiro dia eu acordei vomitando e tontura e enjoo, eu não posso tomar ele de dia né, eu tomo ele antes de dormir a noite, tomei de dia uma vez, não tomei a noite e falei vou tomar de manhã agora né, fiquei grogue o dia inteiro, eu estava até trabalhando com costura de bola, eu pedi pra ir embora né, porque eu tava tonta, tonta, grogue, não tava respirando direito, muita falta de ar. Agora eu não sinto assim, só a noite que eu acordo para ir no banheiro e fico meio tonta assim. Sinto isso desde quando comecei a tomar, no começo era mais grave, agora não é muito, na primeira vez que eu tomei, acordei de madrugada direto querendo vomitar. O vomito não, mas a tontura, eu tenho de vez em quando, um pouco melhor que antigamente, uma vez também antes de eu começar o tratamento aqui, eu era casada na rua, eu ia lá no SAE né, eu tomei 3 meses, nossa o remédio era outro, não era o mesmo, era muito pior, não tinha condição de eu tomar, caganeira, enjoo, vomito, diarreia, muita diarreia, ai eu parei. Bate no estomago e volta tudo pra trás. Cansaço, falta de ar, tremor, qualquer coisinha que eu fico nervoso eu já começo a tremer. Tem dia que esse remédio eu vou falar pra você, esse remédio é cabuloso isabella. É muito forte, me tira a fome, eu não como nada. Eu fico nervoso, me dá ansiedade, fico com insônia, qualquer coisa me dá estresse. Eu sinto falta de ar. Você imagina tomando esse remédio que é 1600 a 1800 mg num só comprimido, eu tenho que comer antes de tomar ele, imagina

you take the medicine without eating anything. What bothers me even more is this fever, but I've gotten used to it now, it doesn't bother me anymore, it used to bother me a lot at the beginning like a fever, a strange thing, it has nothing to do with AIDS, you know when you have a fever and that strange thing, it seems like you've been hit, but I've gotten used to it. Directly. In the mouth of the stomach it hurts a lot, I'm sure it's because of the medicine, absolute certainty. Because when they give me Ranitidine, it improves a lot. Yes, I was in 2013, 2014 I was sick and had a lot of diarrhea, vomiting, I lost weight during the week. I had diarrhea, sometimes I got up from bed it felt like I had labyrinthitis, a certain dizziness, and after that I stopped, I went back to taking it with milk, because when I take the medicine without milk it gives me a very bad reaction, I stay with my knees and my foot locked, a lot of diarrhea, a lot of diarrhea even, a diarrhea that seems like a babbling. In the morning when I get up I can't, my knees and my foot lock, I can't get up. Because I take the medicine 3 in 1, so I take it more at night because it helps me sleep, but I have hallucinations too in the morning, I wake up it seems like someone is calling me, it gives me hallucinations, when I don't take it with milk. The doctor only asked me what I was feeling, so I said I had a lot of diarrhea, a lot of fever at night. I feel a lot of pain, this diarrhea, this morning when I get up. And when I don't eat I lose weight very fast, I lost a lot, a lot, a lot even. It's hard to talk to you, it's worse when you don't take it. The way you don't take it you are a person after you take it you are crazy. God is free, that the body of people gets used to it it takes about 2 months the doctor told me, but it's hard to get used to, it's very difficult, very difficult. Just a mess, a mess. Sometimes when it gives a mess, sometimes when I get up and it runs down my leg and sometimes when I don't eat, I wake up I feel like I'm eating bread, I drink tea, it takes a while, it gives me a headache and I vomit everything. I said to him that from the moment I started taking this medicine, I take it and it's strong, it also causes hallucinations, the medicine is crazy, now if you take it with an empty stomach it's the same thing as if you swallow a ball of fire, because the medicine is serious, so usually I take it at 8 and a half, 9 o'clock, so I eat, I take my medicine to sleep. So I can't, but I have that... In your head it's a mess, it's "shhh", it seems like the sea is inside your head. Anxiety of vomiting, dizziness, I vomited blood, I urinated blood, diarrhea, blood in the feces, it seems like. All this that the doctor said, I said to him that, he said that sometimes it's the immune system, the immune system goes down, it causes some effect. I don't sleep. It's a business that, the anxiety, it's a business, you know. This week for me I... On Sunday that boy, he gave me a medicine, the boy was going to give it to me on Sunday, injection, you know, I was doing everything, you know, but now even the noise in the head is doing, it's not a lot, just the noise in the head, doing it, doing it without pain, you know, and it's hot, it's. So it's these little problems, sometimes when it happens. Because the medicine is very strong, sometimes when I take the medicine it gives me a burn, so I said that because you take the medicine and you go and take the milk so you don't know what's in the stomach, because the medicine is very strong. The first medicine that I took I felt bad, dizziness, anxiety of vomiting, weakness in the body, so I took another medicine, now I feel good with it, I take it normally, it doesn't do anything, now I feel good.

Figura 30 – DSC efeito colateral da medicação

E por fim, na figura 30 é possível observar os principais efeitos colaterais da medicação relatada pelos internos, sendo eles: êmese, vertigem, náuseas, dispneia, diarreia, cansaço, tremores, inapetência, insônia, febre, emagrecimento, dor nas articulações, alucinações, cefaleia, estresse, dor no estômago, azia, ansiedade, fraqueza, hematúria, hematêmese e melena como os principais. O discurso ainda relata que, devido a ocorrência de alguns efeitos colaterais agravados acarretou na dispensa do trabalho, que estes efeitos são piores sem o auxílio de suplementos alimentares como o leite, o que pode ser exemplificado através da expressão “... o bagulho é louco esse remédio, agora se você tomar ele com o estômago vazio é a mesma coisa que você engolir uma bola de fogo”. No discurso os internos ainda afirmam ter o conhecimento de que estes efeitos são temporários até ocorrer a adaptação do medicamento com o organismo, reforçando que devido a desassistência do sistema, preferem não “pagar” para ver os efeitos colaterais.

5.9 AUTO REPRESENTAÇÃO

Serão apresentados neste eixo temático as representações sociais sobre os sentidos e sentimentos produzidos pelos sujeitos da pesquisa frente ao contexto de ter HIV/Aids no presídio e sua repercussão na forma como se percebem enquanto sujeitos, trazendo neste eixo temático o termo auto representação, sendo este estratificado em 6 principais sentidos: vergonha, negação, auto isolamento, impacto do diagnóstico, tristeza/sofrimento e auto depreciação.

Ah antes eu tinha vergonha, não vou mentir pra senhora não, eu tinha vergonha de falar. Quando chega um cara novo na cela, pergunta mais porque você tá tomando isso daí, eu falo que isso é do coração. Eu não gosto de falar isso pra ninguém, eu não gostaria que minha família soubesse. Eu tenho vergonha de falar pra pessoas né, porque eu acho que vão falar de mim, querer me isolar, manter distância. Eles perguntam e eu minto né, falo que os remédios são pra outra coisa. Eu comecei o tratamento aqui na verdade, que eu não queria fazer, eu tinha vergonha e medo... Eu morria de medo, morro até hoje de vergonha de receber o remédio. “...ai eu conversei com a médica daqui, falei que não queria receber fruta, nada dessas coisas, só o remédio mesmo e eu viria buscar aqui (setor da saúde), porque eu morro de vergonha. Porque pra todo mundo que tem, eles levam lá na gaiola, só eu que venho pegar aqui, quando tá acabando eu venho pegar aqui, escondida. Eu falo que eu tinha leucemia, porque eu cheguei aqui com 46 kg me segurando pelas paredes.

Figura 31- DSC sobre vergonha

...na minha mente mesmo não tinha nada, pra mim eu acho que não ia me matar né, eu achava que não me mataria, poderia matar os outros, mas eu era imortal entendeu, na minha mente eu não tinha doença nenhuma pra mim. Se eu pudesse ir embora e largar tudo pra trás, esquecer tudo. Eu não tenho, não ponho na cabeça isso ai, o jeito que ir, vai tocando. Não me chama mais não, eu não quero nem saber sobre isso, eu não me preocupo não. O HIV, a AIDS não é um assunto assim, mirabolante, que a gente tem que questionar ele a todo tempo, acho que quanto mais a gente descobrir e não querer tirar as próprias conclusões é melhor, primeiro a gente tem que descobrir ele para depois tirar as conclusões, não podemos enfatizar assim. A quando mais eu sei, menos eu procuro saber, pra ser sincero... Eu tive o diagnóstico em 2013, não aceitei o diagnóstico e 2015 voltei a passar mal, minha esposa na época me levou num hospital e ali dei início ao tratamento, comecei a tomar o coquetel em 2015. Tipo assim, passa na minha mente mil coisas né, eu acho que nunca sai da nossa cabeça sabendo que a gente é portador assim, mas eu tô levando tranquilo, não pensar. Só lembro assim quando vocês me chamam pra falar disso ai senão eu nem, nem pá não. Então pra mim eu nem tenho, ter eu tenho, mas eu finjo que não tenho, eu simplesmente só cuido dela pra ela não se proliferar, não evoluir mais no meu sangue, só. Mas eu prefiro também nem procurar saber, já que eu tenho também, já que tem prefiro não esquentar mais a cabeça com o que já tem, é só cuidar dela e já tá bom também. Eu nem sei na real o que é esse negócio de HIV, nunca imaginei que isso ia acontecer comigo, nunca imaginei. Óh pra você ter uma ideia de como que, que eu quero assim, como que eu não quero ficar a todo momento lembrando e falando sobre isso.

Figura 32 - DSC sobre negação

Ai eu tive que vim pra cá (setor saúde), ai eu vim pra cá, e hoje resolvi fazer meu tratamento. mas eu procuro me manter o mais afastado dos outros também, sempre fico sozinho. Eu não converso com ninguém, eu não falo com ninguém, fico nervoso fico no meu canto. Me fechei demais por causa do HIV. Mas eu pretendo seguir meu tratamento sozinho, sem família, sem ninguém, porque é complicado né. Eu tipo assim, eu meio que me bloqueei quando eu fiquei sabendo, não queria ninguém, não queria saber de chegar perto de ninguém, não queria saber de ninguém, eu meio que me isolei assim durante os quatro anos mais ou menos. Pra você ter uma ideia eu tô no pior lugar na cadeia que ninguém quer ficar, eu eu faço questão de ficar lá, que é a forte, pra senhora ter uma ideia, que lá é um lugar úmido, abafado, muito fungo, muito ácaro, muita coisarada, mas lá é um lugar que eu tenho paz, eu tô ali sozinha.

Figura 33 - DSC sobre auto isolamento

Na figura 31 é possível observar no discurso que os sujeitos referem ter vergonha de falar sobre HIV/Aids, relatando ainda o desejo de não falar sobre o assunto com ninguém e que a família também não tome conhecimento da sua situação. A vergonha relatada pelos internos também decorre da falta de privacidade do tratamento na instituição penal, como já

referido anteriormente, pelo fato de serem facilmente identificados pelos companheiros de cela quando iniciam o tratamento e ao receber o medicamento.

Os mesmos referem algumas estratégias para não serem identificados enquanto portadores do HIV/AIDS quando chegam novos indivíduos na cela, como: mentir a verdadeira finalidade do remédio referindo ser para o tratamento de outras doenças; recusar-se de receber auxílio doença (frutas e leite) e buscar o medicamento no setor de saúde de forma escondida. Estas são algumas tentativas de fugir das circunstâncias que proporcionam vergonha, justificadas pelo medo do que “vão falar”, do distanciamento e isolamento provocado pelos demais, reflexos do preconceito instalado contra os indivíduos que possuem HIV/Aids como já citado anteriormente, que contribui diretamente para o abandono do tratamento por parte destes sujeitos.

Em uma pesquisa realizada com homens recém liberados de instituições penais nos EUA retratou a manifestação da vergonha no recebimento dos antirretrovirais pelos ex-reclusos, sendo demonstradas algumas estratégias de não identificação semelhantes as mencionadas neste estudo, como: Esconder medicações dos colegas de cela, doenças falsas e recusa das medicações (CULBERT, 2015).

Outro componente que é possível identificar neste discurso é o fato do encarceramento ser uma condição que oportuniza e propicia a descoberta e o tratamento do HIV/Aids e outras doenças, uma vez que o sujeito depara-se com a atenção à saúde de uma forma que talvez não tivesse acesso, como exemplifica a seguinte frase: “Eu comecei o tratamento aqui na verdade...”, retratando uma realidade que se compara com estudos referentes ao desafio do acesso do homem aos serviços de saúde (MOURA et al, 2014)

O fenômeno da negação da doença também é uma problemática que é evidenciada na figura 32 na qual o discurso permeia o contexto em que o indivíduo sabe o seu diagnóstico e o nega, como a seguinte frase exemplifica: “Então pra mim eu não tenho, ter eu tenho, mas eu finjo que não tenho...”.

Os indivíduos também verbalizam diversas vezes a negação do pensamento consciente sobre serem portadores da doença e o fato de ter que lembrar ou falar da mesma soar como uma penitência, como nas frases: “Na minha mente mesmo eu não tinha nada, na minha mente eu não tinha doença nenhuma”, “Não ponho na cabeça isso ai” e “Tipo assim

passa na minha mente mil coisas né, eu acho que nunca sai da nossa cabeça, sabendo que a gente é portador”.

O discurso ainda demonstra a negação relacionada a ideia de imortalidade e ao excesso de confiança na não contaminação, como podemos observar nas seguintes afirmações: “Nunca nem imaginei que isso ia acontecer comigo...”, “Pra mim eu acho que não ia me matar” e “Poderia matar os outros, eu era imortal”.

Consideramos que a negação também está relacionada ao não conhecimento da doença pelos interlocutores, representada no discurso pela afirmação dos mesmos em relação ao não desejo de saber ou não buscar saber do agravo que os acomete; apontando um mecanismo psicológico em relação ao enfretamento fragilizado como nas frases: “Eu nem sei na real o que é esse negócio de HIV”, “Não quero saber, quando mais eu sei, menos eu procuro saber”, “[...] só cuido dela pra ela não se proliferar, não evoluir mais no meu sangue” e “É só cuidar dela e já tá bom”.

Somado a esse discurso os relatos de negação são vinculados ao abandono do tratamento, uma vez que quando o indivíduo acredita estar bem, também acredita que não precisa mais do tratamento, como descrito na fala: “Não aceitei o diagnóstico e voltei a passar mal”.

Silva et al (2020) mencionam que a negação da doença pode levar a complicações associadas ao desenvolvimento da doença, uma vez que a negação conseqüentemente leva a recusa do plano terapêutico, dificuldade para seguir as orientações profissionais bem como o declínio do sistema imunológico, fator causador do acometimento grave da doença.

Na figura 33 o discurso apresenta o sentido que os sujeitos atribuem ao auto isolamento, talvez instalado como mecanismo de defesa social em relação ao preconceito, como subterfúgio para realização do tratamento longe dos olhos e bocas que julgam e por fim, também compreende esse processo enquanto auto punição, quando uma das falas refere: “[...] eu to no pior lugar na cadeia que ninguém quer ficar, eu faço questão de ficar lá, que é a “forte”...”.

Estudos enfatizam que a associação entre permanência na solitária pode apresentar algum transtorno mental e ideação suicida/suicídio, bem como tornar-se uma estratégia utilizada pelos reclusos para esquivarem-se da violência e preconceito (DUTHÉ et al, 2013; CULBERT, 2015; FAVRIL et al, 2017; BUTLHER et al, 2018).

Eu pra mim no começo, quando eu fui assim, eu entrei em choque. Meu mundo caiu. Aí na hora é o choque pra você aquilo, mas assim, até então você não acredita, aí dai eu fiquei... Ai tipo assim o chão da gente abre né, porque você fala assim, meu Deus né, tipo eu tenho 19 anos, já vou fazer 20 e o que aconteceu na minha vida. Só que pra mim foi um choque. Nossa na hora, veio um choque assim de realidade, sabe, não sei se a senhora já passou por uma situação que te parece que tudo some ao seu redor, você está num espaço, num vácuo, aquele som não saia da minha cabeça... Casado com ela e ela morreu de HIV, era só isso que passava na minha cabeça, casado com ela e ela morreu de HIV.

Figura 34 - DSC sobre impacto do diagnóstico

Eu acho difícil né, triste, complicado. Da vontade de largar tudo pra trás. Posso te falar? É uma desgraça, uma desgraça... É a mesma coisa de você ter que ficar 24 horas calçado com um espinho na ponta do seu dedão, uma dor que dói em você em todos os sentidos, ao deitar ao acordar, você tem que conviver com isso, a infelicidade. Ah é ruim demais você se sente, você se sente outra pessoa perto dos outros que não tem, você fica pensando como que vai estar a mente daquela pessoa que não tem pra sua, que a mente de quem tem 24 por 48, todos os dias, todos os dias, você só foca naquilo, você fala naquilo. Ai devido a esse problema eu fico bastante angustiado. Quer dizer, deixa pra baixo, deixa... Mas não me abala totalmente assim não pra chegar a querer morrer. De repente ele veio me falar essa notícia que acabou com a minha vida. Ela acabou com a minha vida. Destruição. Acaba com qualquer um, deixa qualquer um fora de si, eu pra mim o HIV acabou com a minha vida. Eu não sei nada, sei que ta ai, acabou com a minha vida e me deixou totalmente fora de si. Aidético"... Dói, a palavra dói. Eu fiquei bem baqueado, emagreci bastante. Eu sei que é uma coisa que começa e sei lá, ela aos poucos vai te corroendo, você nunca mais vai poder ser normal, porque... Eu acho que o HIV ele é destruidor de vida, destruidor de vida, tanto corporal, quanto material, como física... Pra mim ele é isso daí, porque meu mundo desabou. Lá eu quero passar por uma psicóloga, ou um analista sei lá, pra me ajudar a estruturar minha mente de novo, pra mim poder colocar o trem no trilho, porque agora eu tô descarrilhada assim, descarrilhada e 'parada. Doutora nada mais me angustia quando a gente sabe que tá com esse negócio, porque só de saber que você tem, você se angustia por tudo, junta todas as angústias e fica só naquela tecla, só naquela palavra né "AIDS, AIDS, AIDS, AIDS". Então eu já não sofro por mais nada, não tem outra coisa que me faça sofrer mais. Já destruíram minha vida uma vez, dentro do pior lugar do mundo, que é uma cadeia. Só que assim, querendo ou não a gente tem alguns episódios de depressão, uns episódios meio depressivos assim. Só depressão só, ai de vez em quando eu fico depressivo, por causa que eu fico lembrando né. Tem vezes que eu entro em depressão, tento abandonar. Fui pra cela, não chorei, comecei a entrar em depressão, que você imagina, você com 86 kg, você chegar numa cadeia, os presos chacoalhar as grades pra você de gostosa que você é? E de repente você saber que tudo aquilo vai acabar, porque que uma mulher mais.... Qual é a vaidade maior de uma mulher? O corpo. Comecei a entrar em depressão, em depressão, em depressão, de 86 kg fui pra 46 kg.

Figura 35 – DSC sobre tristeza/sofrimento

Tô aqui pagando uma pena por um ou dois ou três crimes que eu cometi, tô pagando aqui então, tenho mais é que sofrer mesmo, não tô sendo compensado por uma coisa boa que eu fiz, fiz coisa ruim então o que eu tenho é isso mesmo. Acho que o que tinha que acontecer na minha vida já aconteceu, tudo de mal já aconteceu na minha vida, ser portadora de um.... Sei lá do vírus do HIV é muito mais complicado, tá presa é mais ainda. O que tinha de pegar eu já peguei, o que tinha que acontecer já aconteceu. Única doença que eu tenho é essa por teimosia minha né. Quando eu fiquei sabendo eu tinha esse trem ai, entrei numa depressão, não queria comer, uma coisa que eu nunca quis que acontecesse, depois que eu descobri que eu tinha HIV comecei a me cortar tudinho, comecei a me cortar tudo depois que eu descobri isso daí, querendo me matar. Eu não comia, fiquei quase uma semana sem comer, emagreci. Eu vivia só chorando, qualquer coisinha eu chorava, brigava. No começo eu queria até me matar, cheguei até falar na cela onde eu estou agora, cheguei a falar, cheguei até fazer uma corda artesanal esperar todo mundo dormir e eu me enforcar. Eu cacei isso ai, eu procurei, então eu também não tenho que reclamar estar aqui dentro, então já que eu estou aqui dentro, vou fazer o que né, levantar a cabeça e seguir em frente, passar o que tem que passar aqui dentro, depois pra sair pra rua pra não passar mais por isso. Que que tem? Que que deu?", "Que eu tô com meu corpo cheio de bicho por dentro, meu sangue não presta pra mais nada, eu não valho pra mais nada e é isso ai que deu. Doutora eu comecei a tomar em, depois de, vamos por ai uns 6 meses, que é tipo assim a minha depressão tava tão grande que, ah eu não queria me cuidar mais, pra mim nem me importava, entendeu. Nós ficamos só nós dois na cela e eu comecei a passar mal, passar mal, mas é porque eu não me alimentava, por causa da depressão e ele, ai eu falei pra ele que eu tinha AIDS. Eu não tô assim por causa da AIDS, tô assim porque eu tô me fazendo, eu tô me destruindo. Às vezes eu fico pensando, eu me condeno, me condeno, não vejo nada bom, nada bom. O que eu tinha que pegar eu já peguei.

Figura 36 – DSC sobre auto depreciação

Na figura 34 são expostas algumas das reações dos indivíduos entrevistados mediante a descoberta do diagnóstico de HIV/Aids, discursos que expressam esse momento com dor, devastação e choque. Podemos fazer desta leitura um alerta do que o profissional de saúde pode encontrar atuando nesta área, para que o mesmo tenha a capacidade de gerir situações como as enunciadas pelo discurso e que lidam com o dar e conduzir o diagnóstico de uma doença crônica e altamente estigmatizante. É importante atentar para o fato de que confluir para a adesão ao tratamento envolve aspectos não só físicos, mas também psicológicos.

Na figura 35 foram abordados os sentimentos da vivência com o HIV relatados pelos internos entrevistados, sentimentos estes que são, em sua totalidade negativos, como:

tentativa de abandono do tratamento, desgraça, tortura, dor, infelicidade, angústia constante, tristeza, destruição, desabamento, corrosão, perda de identidade entre outros tantos.

Pesquisas sobre a avaliação do impacto psicossocial do diagnóstico de HIV no serviço público de saúde apontam que a maioria das reações enunciadas pelos entrevistados são: medo; pânico; tristeza; revolta; surpresa; perplexidade; choque; culpa; negação, inferiorização de si mesmo, quanto tempo que resta de vida e vontade de morrer (SILVA et al, 2015; LOBO e LEAL, 2019)

A narrativa trouxe o sentimento de que o HIV/Aids é um destruidor da vida em diversas dimensões tanto física, quanto moral e espiritual, referindo ainda que a essa destruição soma-se estarem os detentos no pior lugar do mundo (a cadeia), fator que leva a alguns episódios de depressão, acrescida da perda de identidade relacionada ao abandono da vaidade, emagrecimento e sentimento de que não poderão voltar à normalidade.

O estudo de Peñaloza-Garcia et al (2013) revelou que 100% dos entrevistados com o diagnóstico de HIV manifestaram o sentimento de sentirem tristeza. Leal e Lobo (2019) apontaram que o recebimento da notícia de ter HIV pode desencadear ideações suicidas, depressão, sentimento de abandono pela família e uso abusivo de substâncias psicoativas.

Está envolvido também neste discurso o sentimento de que o HIV é o ápice do sofrimento a que se pode chegar como descrito na frase: “Então eu já não sofro por mais nada, não tem outra coisa que me faça sofrer mais...”. É perceptível também a existência de uma equiparação entre os internos de inferioridade em relação às pessoas que tem ou não tem HIV/Aids como na frase: “Ah, é ruim demais, você se sente, você sente outra pessoa perto dos outros que não têm, você fica pensando como que vai estar a mente daquela pessoa que não têm pra sua que têm”. O discurso também enuncia o quanto é difícil de lidar com a dor da palavra *aidético*, a dor da palavra *AIDS*, por tudo o que estas referências carregam intrinsecamente relacionado a questão do preconceito.

Na figura 36 o discurso transcorre sobre os entremeios da auto depreciação, ato este que expressa o indivíduo que se desvaloriza como pessoa, punindo-se física ou psicologicamente por motivos subjetivos que o fazem acreditar que merece sofrer. No quadro referido existe a situação do indivíduo se auto depreciar por estar preso, como na frase: “Tô aqui pagando uma pena por um ou dois ou três crimes que eu cometi, tô pagando

aqui então, tenho mais é que sofrer mesmo, tô sendo compensado por uma coisa boa que eu fiz não, fiz coisa ruim então o que eu tenho é isso mesmo” (OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2009).

Outra situação que também permeia esse discurso, é quando o sujeito se culpa e refere uma sequência de atos auto punitivos por ter HIV/Aids, como não querer comer, se cortar, tentar suicídio, não querer se cuidar mais. Estes atos distinguem-se totalmente dos sintomas que a doença apresenta, conscientemente conhecidos pelos sujeitos, como na frase: “Eu não tô assim por causa da AIDS, tô assim por que eu tô me fazendo, eu tô me destruindo”.

Os sentimentos de raiva podem estar relacionados a culpa sentida pelo indivíduo por ter contraído uma doença caracterizada por ser evitável, processo esse que é, muitas vezes, resultando de comportamento sexual desprotegido (BEZERRA ET AL, 2015)

Destaca-se a nota de repúdio quando o discurso aponta a forma como estes sujeitos se apresentam enquanto portadores do vírus, a exemplo da frase: “[...] eu tô com meu corpo cheio de bicho por dentro, meu sangue não presta mais pra nada, eu não valho mais pra nada...”. Este discurso refere um grande dissabor diante da situação, que fará o sujeito encarar a situação para o resto da vida, equiparando este acontecimento como um mal supremo, como na frase: “Acho que o que tinha que acontecer na minha vida já aconteceu, tudo de mal já aconteceu na minha vida, ser portadora de um...”.

5.10 REIVINDICAÇÕES SISTEMÁTICAS, ORGANIZACIONAIS E EM SAÚDE

Neste eixo temático serão apresentadas as reivindicações dos reclusos perante o sistema, organização institucional e sobre a saúde, sendo estas: acompanhamento dos exames, transporte, negligência, condições estruturais, ausência de suporte psicológico, tratamento na comunidade, discriminação profissional e insuficiência alimentar.

Eu to esperando o resultado faz dias já, eles não passam pra ninguém, to com dificuldade só pra mim pegar o resultado, da carga viral né. Última vez que que fiz exame tem quase 1 ano já. Tem o resultado lá, só que eles não passam, no mínimo eles estão esperando marcar outro exame pra mim ir lá de novo, pro médico de lá me falar. Já fiz uma carga viral, só que eu não sei o resultado, se melhorou, se ficou do mesmo jeito né. Isso faz quase um ano já. Você ta tomando o remédio, pra saber se ta te ajudando né, é isso aí que me preocupa. Vou ser bem sincera com a senhora, até agora só chega a caixinha do remédio e só, tirou meu sangue aqui, faz um mês e pouco que foi feita a coleta de sangue, não sei como ta a carga viral, não sei nada. Tem 1 ano que eu fui na minha primeira consulta, era pra mim ter feito um CD4, ter lido minha carga viral, mas esses exames a gente não têm acesso a eles. Se eu não to enganado eu acho que o pedido do exame foi em

2016 mas até agora eu não fiz. Em 90 em 90 dias eles falam que vão vir aqui, aí fica 5 meses, 6 meses, 7 meses, sem ninguém pra trazer sua carga viral, da o remédio que você não vê. Só que você não sabe se a carga sua tá alta, tá baixa, a imunidade tá alta, se tá baixa né, e é assim. Minha dificuldade maior mesmo era essa só isso mesmo, de saber o resultado do exame.

Figura 37 – DSC sobre acompanhamento dos exames

Na figura 37 o discurso é marcado pela insatisfação em relação ao acompanhamento dos exames de carga viral e T CD4+, principais marcadores laboratoriais para indicação e monitorização do tratamento antirretroviral. A insatisfação é apontada pela falta de acesso e espera do resultado, revelando que a espera pode chegar até 1 ano, somada a falta de periodicidade das consultas médicas, o que gera instabilidade na confiança sobre a eficácia do medicamento, uma vez que não há um acompanhamento da evolução de melhora ou piora doença. Ferreira et al (2012) afirmam que as preocupações com o futuro estão intimamente ligadas à percepção em saúde dos sujeitos com HIV através do acompanhamento da carga viral e CD4.

Põe eu de escolta, as vezes fala e não vai. Porque eu não posso ir lá, e eu dependo de alguém me levar e dois mil e seiscentos presos que tão na fila da escolta, difícil conseguir. Já teve vezes, de marcar, e duas vezes eu não ir. Tem vezes de eu ir lá, e chegou, passou do horário, e eu ter que fazer isso aí sei que dia. Eu tinha uma escolta agora para eu ver minha carga viral, até agora nada, fiz uma coleta acho que foi em novembro e até agora não veio e eu tenho interesse em saber como tá minha saúde. Vai fazer um ano acho, que eu to tomando remédio. E é direito, direito da gente, obrigação da casa pra cá. Escolta, pra ir no SAE. Já desci 3 vezes do raio, pra chegar lá na hora H e a escolta não veio, que não sei o que, volta pra trás... Tô esperando de novo, de novo, tomando medicamento. Aí eu fiz lá no outro lugar lá na rua, eu esqueci o nome do lugar, aí eu fiz de novo, foi a última vez que eu fui. Aí esses tempos marcaram uma consulta só que daí foi errado né, levaram para outro lugar, a gente não fez, a gente voltou para trás de novo. Eu já tirei noção porque eu fui pro convívio lá você pede eles não leva, não leva. Porque a senhora sabe, que hoje em dia, pra conseguir na rua aí, nos postos de saúde, essas coisas aí, você morre e não consegue. Porque você tipo assim, você na rua Isabella, se você passar mal, você sabe que tem que ir no médico, se acontecer alguma coisa, você tem o acesso aquilo, agora já num lugar desse aqui não, a primeira palavra que fala do preso já é... Você tá preso, você tá limitado com as coisas, eu não posso sair daqui e ir lá no SAE, se eu tivesse na rua já tinha ido no SAE aqui, tá teria feito o que fosse possível fazer.... Eu tinha acesso, coisa que aqui eu não tenho, porque? Porque eu estou privado da liberdade, dependo de uma escolta pra me levar no SAE, eu dependo de descer meu nome aqui pro atendimento, eu dependo do agente me deixar ir lá na saúde, entendeu? Na rua é ruim mais aqui é pior um pouquinho,

por causa do descaso né, sistema falido, não é só o sistema carcerário não é o sistema como um todo Brasil inteiro.

Figura 38 – DSC sobre transporte

No quadro 38 são pontuadas algumas limitações no transporte e acompanhamento dos internos aos atendimentos em saúde na comunidade, uma vez que é necessário atendimento especializado em infectologia para os casos de HIV/Aids e a instituição penal não possui pactuação com este serviço dentro da unidade. Logo as consultas de monitoramento e acompanhamento em saúde destes indivíduos necessitam do serviço externo de escolta de transporte para atendimento no SAE (Serviço de Atendimento Especializado) oferecido pelo SUS (Serviço Único de saúde). Como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) – tem como um dos objetivos garantir o acesso aos programas de saúde específicos, esses serviços são garantidos por lei a estes indivíduos (BRASIL, 2014b).

É referido no discurso algumas limitações ocasionadas pelo serviço de escolta, tais como: fila de espera, uma vez que este serviço atende mais de dois mil e seiscentos internos, a escolta passar do horário de atendimento e erros de percurso. Além disso, enuncia-se uma série de “dependências” para conseguir este tipo de serviço, como: pedido de atendimento em saúde, feito da cela, através do qual outros presos recolhem o pedido escrito em um papel para levar no setor de saúde; liberação do agente penitenciário para atendimento no setor de saúde entre outras circunstâncias regadas de descaso, como descrito no discurso: “Na rua é ruim, mas aqui é pior um pouquinho por causa do descaso né”.

No Brasil, o atendimento em saúde à População Privada de Liberdade, está previsto na Lei de Execução Penal Brasileira (Lei nº 7.210/1984), no Título II, Capítulo II, art. 14, que dispõe que “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”, e “Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento”. A Lei de Execução Penal está em consonância com a Lei nº 8.080/1990, (conhecida como Lei do Sistema Único de Saúde), que dispõe no Título I, artigo 2, que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Que aqui no presídio, tudo é dificultoso né, olha minha situação aí, se deixar morre aí, senão eu pra correr atrás, pra tirar dali, pra abrir aqui, se não deixa ai, morre. Se depender da casa, nois não recebe nada. Desde aquele dia eu to tossindo, a gente pede atendimento e nada, a coisa aqui é de outro mundo né. Aqui você não tem tratamento não, não tem.... Única coisa que tá pagando em dia é esse medicamento, única, pra falar assim dos direitos que a gente tem, referente a situação e o tratamento, é a única que hoje é em dia aqui é o remédio, o restante não tem tratamento nenhum, não tem tratamento nenhum. Oh, tava aí com baixo peso esses dias, desnutrido, não dão uma assistência nem nada, sabe o que é nada? Se você passasse mal na rua era na hora que chamava a viatura pré-disposto que levava você na UPA. Já mudava toda a situação, infelizmente né. Aqui se você passa mal, você morre, você entendeu? Eu não quero nada, só o que de direito da gente, entendeu.... Então, as vezes eu posso até sofrer represália por causa disso aqui, mas tratamento aqui pra HIV.... Não é só pra HIV não. A gente que tem, que é portador do vírus HIV, soropositivo. Às vezes a gente foca só no HIV. Não é só HIV não. E as vezes a gente foca só no HIV, mas vai que surge um outro probleminha ali no corpo da gente e você ta só focado no HIV e você não vê. Agora quando você tem um tratamento um acesso contínuo é mais fácil, você vai chegar lá no médico, você não vai ter mais aquela dificuldade com HIV, então se por exemplo você chega lá as vezes, sua mão incha, você sabe que na parte do HIV ta bem, mas como você tem acesso ao médico, não eu vou aproveitar o momento e mostrar pra ele a minha mão, então, fica mais fácil né... Você vê ai, tem muita gente morrendo ai, a mercê deles, aqui não tem tratamento pra doença nenhuma... Aqui se você passa mal, você vai pro céu, não tem nem como ser internado. Só que não tem, aqui não tem, quem tem direito as coisas não tem. Então é cabuloso, a gente que tem esse tipo de doença num lugar desse aqui, você é tratado como um lixo, você é tratado como um lixo, porque assistência é nenhuma, nenhuma, nenhuma... Se você passar mal dentro da cela é melhor, qualquer coisa alguém te acode você ali. Isabella se eu fosse falar pra você da realidade que a gente tem, na nossa doença, pra o que precisa é a mesma coisa que, era melhor eu contar aqui a história da chapeuzinho vermelho pra você, um conto de fada, então, a gente não exige nenhum tratamento não, eu mesmo não peço muito tratamento, peço só o que é garantido pra gente, se seguisse só o que é garantido pra gente determinado por lei já não precisava fazer mais nada. Não adianta eu querer falar pra você um conto de fadas, uma coisa que não vai acontecer, eu também não sou bobo, então era só os direitos da gente mesmo, se as coisas fossem como a gente tem direito, você ter um atendimento periódico com médico, acompanhamento periódico, infectologista, você ter um acompanhamento psiquiátrico, que é um psicólogo e psiquiatra e o processo contínuo que é o medicamento, uma alimentação que é garantido por lei. E com a condição que a casa te da, a tendência é você morrer, que é melhor. Que a casa aqui eu vou falar pra senhora, aqui a condição é precária, não dão nada. Você acha que tem saúde aqui, você chega vai pra saúde e tem tratamento? Não. Se tem um doente lá, se você passar mal aqui, ishe maria, sair no hospital na rua, segura em fia, você morre aqui. Eu mesmo já passei mal aqui, porque eu não falo pra ninguém, passar mal eu passo todo dia, é dor de cabeça, tontura, eu tenho meus problemas aqui e eu não falo nada pra ninguém, porque se não vão falar pra todo mundo meus problemas, não adianta falar pra você aqui que eu to ruim, eles não vão resolver nada, eles te dão um soro. Então, aqui, o tratamento aqui pra mim é a mesma coisa de não ter tratamento, só tomo os meus remédios. Já teve alguns problemas com

atraso de medicação aqui na PED, igual setembro mesmo eu fiquei por 18 a 20 dias atrasou para chegar minha medicação.

Figura 39 – DSC sobre negligência

Na figura 39 o discurso transcorre através das nuances da insatisfação que os internos apresentam quando mencionam sobre a falta de assistência à saúde incluindo a ausência dos direitos básicos ao privado de liberdade com HIV/Aids, como o não acompanhamento médico especializado, a falta do apoio psicológico e auxílio alimentar.

É mencionada diversas vezes no discurso a desassistência equiparada a morte, como nas frases: “Aqui se você passa mal, você morre entendeu?”, “Aqui se você passa mal você vai para o céu, não tem nem como ser internado.” E “A condição que a casa te dá, a tendência é você morrer, que é melhor”; expressando a representação social feita pelos internos em relação ao atendimento em saúde no sistema prisional. Este discurso se potencializa quando é relatada a ausência de atendimento de urgência, referindo assim que é mais resolutivo o socorro dentro das celas.

Também é mencionado no discurso o fato do atendimento médico ser focado apenas na doença do indivíduo, não o enxergando como um todo, sendo desconsiderado o princípio da integralidade no atendimento, um dos princípios do SUS, que procura atender aos sujeitos em todas as suas necessidades e não na soma das partes. Esse discurso fica bem presente na fala: “[...] mas tratamento aqui pra HIV.... Não é só pra HIV não. A gente que tem, que é portador do vírus HIV, soropositivo. Às vezes a gente foca só no HIV. Não é só HIV não. E as vezes a gente foca só no HIV, mas vai que surge um outro probleminha ali no corpo da gente e você tá só focado no HIV e você não vê.”

Podemos ressaltar neste contexto a dificuldade da execução dos princípios básicos garantidos pela PNAISP a esta população, princípios que tem por objetivo alcançar a equidade destes sujeitos, tendo como virtude reconhecer suas diferenças e singularidades, e a prática da integralidade da atenção à saúde, através da qual o indivíduo não é visto apenas como a soma de suas partes, mas deve ser compreendido em sua totalidade (MATTOS, 2009; BRASIL, 2014b).

Podemos perceber no discurso a necessidade que este grupo apresenta em obter um tratamento mais abrangente, que não se limite apenas na entrega dos medicamentos, referindo ainda não terem tratamento efetivo para nenhuma outra situação ou doença, como

na frase: “ Então, aqui, o tratamento aqui pra mim é a mesma coisa de não ter tratamento, só tomo os meus remédios”. Tentativas de reivindicação e mudanças são mencionadas, porém sem sucesso, quando no discurso os internos afirmam que não adianta reclamar, tendo a instalação de soro como a única resposta da instituição.

Me levaram pra forte, fiquei cinco dias na forte, dormindo no chão mesmo, sem coberta, sem nada, atendimento nenhum, na realidade você não tem atendimento, adequado né, da situação que a gente se encontra. Acho que foi os cinco dias que eu fiquei lá na forte, dormi no chão. A gente ta dormindo oh, eu que tenho esses problemas não posso ta dormindo no chão, e eu durmo no chão, durmo no chão sem nada, tem meu colchão, meu colchão todos os dias tem que pôr no sol porque amanhece molhado, e hoje que choveu? Ai aquele cheiro forte na cela, porque o colchão molhado fede né, é assim a rotina da gente dentro desse presídio, não tem estrutura pra segurar tudo esses presos aqui, é desse jeito. O espaço aqui é muito pouco, até pra você se movimentar, fazer um pouco de exercício, a gente tem um horário de sol que dá ali duas horas e meia, duas horas e quarenta e o espaço é pequeno pra gente, pra você conseguir se exercitar. Você fica muito tempo parado, sentado, sem uma cama, no chão essa é a maior dificuldade física pra gente.

Figura 40 – DSC sobre condições estruturais

Na figura 40 são expostas algumas das condições estruturais que os internos com HIV/Aids vivenciam. Primeiramente é mencionado no discurso as condições de confinamento em cela disciplinar, destinada para o cumprimento de faltas graves ou subversão de ordem disciplinar interna. Observa-se no discurso a repetição do enunciado que afirma as condições precárias de acomodação e atendimento das necessidades básicas.

Em relação ao espaço físico das celas menciona-se a dificuldade de movimentação e realização de exercícios físicos, a impossibilidade do controle da umidade, o que acarreta em um espaço insalubre devido ao mofo, trazendo maus odores e desconforto. Também é mencionado o horário de duas horas e meia de banho de sol, resultando em excessivo tempo ocioso sem atividades elaborais.

Situações precárias de confinamento como as que foram mencionadas nos discursos relacionadas a estrutura, higiene, alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de atenção à saúde contribuem para a ampliação das vulnerabilidades da população carcerária a inúmeros agravos, aumentando assim as taxas de morbidade e mortalidade (UNODOC, 2012).

E a gente que precisa ter acompanhamento psicológico, a gente não tem, nunca me chamaram pra ir numa psicóloga. Então eu acho assim, mas tem certas coisas também, certo apoio profissional, eles poderiam ajudar no tratamento, no apoio psicológico, a parte profissional, um acompanhamento, mas nivelado da parte da saúde em relação a tratamento, acompanhamento, você ter mais um acesso mais ao médico. Esse lugar não auxilia você em nada, eu já pedi atendimento pro psicólogo, pra psiquiatra, pra qualquer um e desisti de atendimento aqui deles, já desisti de atendimento aqui. Auxiliar no que? Que você manda pegar um trem ai, eles fazem de conta que não ta nem ai com você. Psicólogo? Demora anos pra te atender. Psicólogo aqui na casa é só pra ganhar o dinheiro da gente. E porque aqui dentro a gente não tem um acompanhamento né, lá na rua você vai num psicólogo, você tem um acompanhamento do próprio SAE, ou então você vai numa psicóloga particular. Aqui a gente não tem então, tem hora que a gente precisa de alguém para desabafar, para conversar...É muita coisa, é muita turbulência que passa, tal, então as vezes até o psicológico afeta na sua imunidade, no seu exame, pode dar alguma alteração em virtude de tudo isso, porque aqui a gente ta sujeito a tudo, é um local que, a questão da insalubridade, é fácil de você ver sua imunidade despencar, onde você corre o risco de pegar uma tuberculose né, de você pegar uma pneumonia, uma gripe.

Figura 41 – DSC sobre ausência de suporte psicológico

Na figura 41 é referido no discurso a necessidade de suporte psicológico, uma vez que os internos com HIV/Aids necessitam da contribuição de profissionais que possam minimizar as iniciativas de discriminação, preconceito, abandono do tratamento e tantas outras demandas competentes ao ambiente carcerário.

As pessoas que vivem com HIV estão mais suscetíveis a sofrerem preconceitos, rejeições familiares e dos grupos sociais, neste contexto os grupos relativos ao ambiente prisional. Além do constrangimento devido a fácil identificação de sua sorologia e desrespeito aos seus direitos, outras situações podem levar a um sofrimento psíquico, não necessariamente um transtorno mental, mas casos que necessitam de atendimento profissional especializado em saúde mental como psicólogos e psiquiatras. As demandas emocionais são tão importantes quando os sintomas físicos e precisam ser acolhidas por todos os profissionais de saúde numa perspectiva de atendimento humanizado e integral (BRASIL, 2017).

Que as vezes eu tenho essa dificuldade aqui dentro, agora lá fora não vou ter essa dificuldade, vou estar acompanhando, eu tenho uma condição financeira boa, eu posso pagar um plano de saúde, um médico particular, pra me informar certinho sobre as alterações. Eu indo embora pra rua vai ser mais pra mim melhor, vai ser isso aí, por causa

desse privilégio de poder fazer, eu mesmo ir lá, e olhar os resultados né. Na rua é eu que vou ter que procurar, minha medicação, eu que vou ter que ir atrás pra saber como é que tá a carga viral, então vai ser minha espontaneidade em saber como que tá minha saúde. A dificuldade pra gente aqui, para quem interno, aqui na penitenciária, mais é o tratamento mesmo, na rua a gente tem um acesso mais fácil para um atendimento. Não sei se é o lugar que me deixou assim, ou a própria doença, tratamento que não oferece a qualidade que eu tinha de tratamento na rua. Então, eu queria muito fazer meu tratamento na rua, você nem imagina como que queria fazer meu tratamento na rua. Eu queria saber se o mesmo tratamento que eu to tendo aqui, eu posso ter outro diferente, mais evoluído lá na rua, se eu posso ter um tratamento a mais. E esses 4 anos que eu to aqui, não consegui mais ficar aquela situação que tava na rua que era o abaixo do índice ou da limítrofe, alguma coisa assim, ou então não detectado. Só que infelizmente depois que veio pra cá, não consegui manter, é mais complicado aqui pra gente né. Ela falou assim, vai ser difícil a gente regularizar, deixar igual tava lá na rua porque a gente sabe que é uma série de fatores né, a questão da alimentação, o ambiente que não é propício e tudo mais, tal. É muita coisa, é muita turbulência que passa, tal, então as vezes até o psicológico afeta na sua imunidade, no seu exame, pode dar alguma alteração em virtude de tudo isso, porque aqui a gente tá sujeito a tudo, é um local que, a questão da insalubridade, é fácil de você ver sua imunidade despencar, onde você corre o risco de pegar uma tuberculose né, de você pegar uma pneumonia, uma gripe. A alimentação, não sei se a senhora já viu, mas não é das melhores aqui dentro também, então...Correr atrás de fazer todo meu tratamento certinho lá na rua, voltar a tentar a ser o que eu era antes, na questão do meu tratamento, voltar a como tava antes, não como tá agora né. Porque de uns dois anos pra cá, não está legal, tá meio assim né.

Figura 42 – DSC sobre tratamento na comunidade

Na figura 42 foram evidenciadas algumas diferenças do tratamento para HIV/Aids existente entre a instituição penal e a comunidade. Os internos relatam que na comunidade existe uma possibilidade maior de acompanhamento no tratamento, uma vez que a locomoção deixa de ser limitada e o atendimento médico torna-se mais acessível, podendo o sujeito em liberdade, exercer sua responsabilidade e autocuidado junto aos serviços de saúde disponíveis na comunidade. Os mesmos referem que os tratamentos na instituição penal não evoluem e não possuem a mesma qualidade que os serviços ofertados comunidade.

Este fato pode estar relacionado com a evidência de que encarceramento piora a qualidade de vida do sujeito, uma vez que o mesmo se encontra em um ambiente insalubre, de superlotação, alimentação desprovida dos nutrientes necessários, sob o risco de contaminação por outras doenças, além do abalo psicológico de estar em um local com alto

índice de periculosidade, como mencionado na frase: “Porque aqui a gente ta sujeito a tudo...”.

Observa-se que o discurso também apontar o fato dos internos afirmarem que a condição financeira agrega na melhora da qualidade do tratamento, uma vez que estes mencionam a possibilidade de acessar um plano de saúde e realizar acompanhamento médico particular.

Aí demorou 45 dias me chamaram lá e falaram que tava com o vírus da AIDS. Aí o médico falou diz que deu positivo né. Só isso, não explicou nada. Só é duro com a gente, já fala que não tem cura, que tem que tomar o remédio e tal. Aí a enfermeira veio e me falou, até ela tava abalada mais do que eu. Eles me deram a notícia assim de qualquer jeito, confesso que fiquei um pouco em pânico sabe, fiquei chocado... O médico, disse que eu ia ter no máximo mais 5 anos de vida...A psicóloga me deu a notícia assim de qualquer jeito, eu não consegui nem chegar em casa, eu só chorava. Aí falaram, você não ta surpreso? Eu falei: “Não. Minha mulher morreu de AIDS, a 1 ano e pouco atrás, quase 2 anos atrás ela morreu de AIDS”, “Ah então você sabia, e não fez nada em pleno século 21?”. Eles quando vem fazer a coleta de sangue, não explica nada, não fala de quanto tempo que é. Acho que não tem como saber, nunca me falaram nada entendeu. Porque desde quando eu descobri isso ai não me explicaram, não falaram nada pra mim, só chegaram lá me isolaram no quarto, no hospital lá, não deixaram eu sair, falar com ninguém. Eles nunca falam o que que é, só me chamam no raio lá, eu venho, mete a seringa tira o sangue e pronto, acabou. Poderia explicar então pra gente, olha o doutor ta dando esse remédio, essa medicação sua porque...? Porque ta acontecendo assim, assim, assim e assado. Eu to a quase 4 anos que eu tomo esse mesmo, nunca nem.... Tinha que acompanhar, não é verdade? Porque ir lá é fácil, enfia uma agulha aqui e tchau, daqui 6 meses volto, boa tarde senta aqui.... Não abre, não fala óh, ta acontecendo isso, você não pode ta fazendo isso, ou tratar a gordura no sangue, sua imunidade ta alta ou ta baixa, eles não explicam isso. É preso, preso, preso. É tudo muito rápido. Chega lá, dão o remédio, acham é que bicho. Eles deveriam tomar vergonha na cara, fazer o tratamento de quem tem essa doença com um pouco mais de atenção. Não sei, tirei o sangue, não sei pro que que é, não me informa né, se me falassem eu saberia o que dizer agora. Se você chega aqui e fala que você ta doente, eles te dão um xarope, uma vitamina, vitamina de comprimido olha lá se não tiver vencido. Aí vem pra enfermaria eles querem te dar injeção, te dar soro, aí erra sua veia umas dez vezes pra acertar uma, ai erra minha veia uma, duas, três vezes... já falo pra moça, olha você fura aqui, minha veia é facilzinho de achar. Pra você conseguir um atendimento com essa mulher aqui, você tem que implorar, eu to com dois dentes pra arrumar tem mais de meses, tem que implorar atendimento, então eu nem imploro, porque se eu for numa gaiola pedir atendimento e eles falar o que eu não gosto eu já vou desacatar, porque eu não to preso por... eu não vivo batendo em ninguém, fazendo mal pra eles, fiz errado de roubar o que é dos outros, mas isso aí faz é tempo. Meu pé ta ficando preto. Eu fui falar pra um enfermeiro aqui, ele falou: Eu também não mandei você tirar o gesso rapaz, agora você vai sarar assim. Ta preteando tudinho, daí pega uma trombose no pé tem que amputar. Era pra ter uma cadeira de rodas aqui pra eu andar, eles não deu, aí eu tive que ficar pulando com aquele gesso... já não me deram uma cadeira, uma muleta pra eu andar, eu também não

vou ficar carregando quase 15 kg de gesso no meu pé não. O enfermeiro falou pra mim: “Eu não mandei você tirar, agora você vai ficar assim, vai sarar assim, seu pé vai sarar torto”. Ta ganhando pra trabalhar e tratar a gente assim né. Ai no outro dia pediram pra eu sair dali, falei não to tendo atendimento mesmo, manda eu lá pro raio logo. Pelo menos no raio lá o chefe da moral, sentiu dor, ele já pega remédio, tudo, leva pra gente. Eu to com meu pé quebrado, olha ai como que ta meu pé, eu não ia conseguir andar normal mais, dói, ta tudo preto, tem que fazer um raio x pra ver se ta colando, se ficou torto.

Figura 43 – DSC sobre discriminação profissional

No discurso da figura 43 os relatos versam sobre a abordagem profissional mediante a comunicação do diagnóstico positivo para HIV, a falta de informação sobre os procedimentos e atendimentos em saúde, a discriminação e a ausência de insumos e equipamentos ambulatoriais; o que causa grande consternação nos internos que utilizam esses serviços, referindo muitas das vezes recorrer aos chefes de cela para a resolução dos seus problemas em saúde.

A comunicação do diagnóstico de HIV gera impacto, por se tratar de uma doença crônica e intimamente relacionada a exposição da sexualidade, o que exige tato profissional para lidar com situações consideradas delicadas como esta, logo o discurso é marcado pelo relato da desconsideração em relação a maneira como os profissionais que realizaram essa abordagem, uma vez que fica nítida a indignação dos internos quando é narrado: “Aí o médico falou diz que deu positivo né. Só isso, não explicou nada. Só é duro com a gente, já fala que não tem cura, que tem que tomar o remédio e tal” e “Eles me deram a notícia assim de qualquer jeito, confesso que fiquei um pouco em pânico sabe, fiquei chocado”.

Para Brasil (2009), os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas que vivem com HIV devem estabelecer uma política de revelação diagnóstica, a qual faz parte da atenção à saúde dos sujeitos doentes. É importante a inclusão do tema nas discussões das equipes multiprofissionais para diminuir os prejuízos ligados à não revelação diagnóstica e fazer com que esse processo não ocorra de forma tão traumatizante.

Estas falas são acompanhadas de relatos sobre a falta de informação no momento do diagnóstico, o que gera angústia nos internos em relação aos procedimentos de acompanhamento sorológico e medicamentoso, como descrito: “O médico falou diz que deu positivo né. Só isso, não explicou nada. Só é duro com a gente, já fala que não tem cura, que tem que tomar o remédio e tal.” e “Eles nunca falam o que que é, só me chamam no raio lá, eu venho, mete a seringa tira o sangue e pronto, acabou.”. Isso tudo é somado aos relatos de

discriminação os quais os sujeitos da pesquisa enfrentam pelo fato de serem presidiários. Eles entendem que essa condição faz com que recebam atendimento demasiadamente rápido, o que desconsidera a sua condição humana, daí afirmarem “serem tratados igual bicho”.

Só o leite que acabou né, pararam. Fruta, pararam, e o alimento da cadeia não é aquele alimento, não sei se a senhora já viu, Deus que me perdoe, mas não vale nada, sal não existe né. A senhora não vai comer não. Então a gente pega, a visita da gente traz, a minha mulher, os outros companheiros de cela traz alho, traz tudo que você pensar de tempero né na visita, daí quando ela chega nois faz ela de novo, porque do jeito que ela vem você não come ela não. Uns que comem porque não tem condição né, não tem uma visita, tem que comer na marra. É muito pouco, dei uma emagrecida, eu como muito mal. A hora que tem de pagar o almoço, até que pode pagar, paga, mas mesmo assim vem azedo, com coisa faltando.... Aqui não alimenta bem, não tem alimentação adequada, o básico que tem que ter a gente não tem, só dão o remédio. Às vezes, a comida mesmo aqui é paga 3 e meia 4 horas da tarde, perto da janta, se você comer 3 e meia 4 horas da tarde quando da 7 horas da noite você ta azul de fome, ai que que eu faço direto assim, eu guardo a minha cascuda para eu comer 7, 7 e meia da noite, porque sempre quando eu vou comer, o que eu tenho que fazer, tenho que jogar o feijão fora, porque ele já ta azedo, ai eu como só o arroz e a mistura, então eu já como pouco e quando eu como tudo aquilo dali, quando eu consigo comer, entendeu?. A comida vem azeda ontem chegou era 5 horas da tarde, a comida foi 5 horas da tarde, você sem comer nada. Eles estão comendo a comida deles, é diferenciada da nossa, eles não tão nem aí pra você, te manda comida azeda, estragada e você que se dane. É muita carne de porco, é muito salame, é muita salsicha. Não consigo me alimentar direito, porque a alimentação aqui é precária, muito ruim, tem que estar com muita fome pra comer a comida daqui. O sistema penitenciário também não oferece, coisas que a gente precisa o sistema não oferece, principalmente a questão da alimentação, entendeu? Comida aqui, não sei como que ta a comida hoje, porque eu não cheguei perto dela... Mas ontem... se a senhora, se desse essa comida pra senhora... Pra quem fala que paga ai tantos mil para cada "cascuda" para cada comida pra cada preso, aquilo ali, se você pagar 10 reais na rua, você mete a mão na cara do cara, vai achar que ta te roubando. A alimentação, não ajuda com nada, a gente não tem direito a sopa... O leite em pó eu não sei o que eles estão fazendo com o leite em pó que falaram que era pra dar pra mim, não dão. Eu queria pelo menos um leite de vez em quando pra tomar pra parar essa dor de estomago, já era bom já, uma alimentação diferente, uma fruta, mas não vem. Eu pedi no dia que eu passei no médico na sexta-feira para que mudasse essa alimentação durante alguns dias, mudar para uma sopa, até hoje não foi essa alimentação, desde outubro do ano passado que a gente não recebe uma fruta na cela. Esses dias atrás, pagaram meu coquetel e não pagaram o leite, que o leite tem quase 5 meses que não paga o leite, pagaram meu coquetel e não pagaram o leite ai eu recusei de pegar o coquetel entendeu, ai foi um papel pra eu assinar, era falta grave, se eu não recebesse o medicamento eu ia pegar mais um ano preso, ai eu tive que receber, infelizmente eu tive que receber. Porque eu acho no meu ponto de vista que pelo menos os soropositivo, de quem tuberculose, quem tem uma doença, a alimentação tinha que ser diferenciada, tinha que ter mais um cuidado, porque o que a gente sofre mais aqui é com a alimentação, porque a gente toma um medicamento muito forte, muito pesado, ai você come essa comida que não tem um tempero, não tem um óleo, não tem um sal, não tem nada, entendeu? Da gente que somos isso aí né, somos doente, pessoa especial, o cuidado é a mais que dos outros, as

vezes falam aí o cuidado é igual para todos, não é não, as pessoas que é doente, tem que ter mais cuidado, aqui não tem, aqui eu sou soropositivo eles não pagam uma dieta, não pagam uma fruta. Aqui dentro pelo que eu ouvi falar do apoio a doença aqui dentro aqui, a casa tinha que dar uma fruta por dia, não sei, se é uma fruta por dia ou alguma coisa assim, como já faz tempo que falta leite. Quero ir embora daqui levar uma vida melhor, porque a gente não come direito né, se eu pudesse comer melhor. Eu acho que prejudica a gente não ter um alimento adequando aqui dentro. Assim pelo menos pra gente se manter assim, ficar pelo menos, tentar ficar firme e forte aqui dentro. Mas como não é ruim pra eles é ruim pra gente, não tem nada demais assim, uma fruta. Queria uma alimentação melhor, mas fazer o que?

Figura 44 – DSC sobre insuficiência alimentar

Na figura 44 são relatadas as situações em que os internos se encontram vulneráveis frente à disposição da alimentação, uma vez que eles a consideram insuficiente, inadequada e majoritariamente precária. São relatados atraso nos horários de refeição, por vezes a comida encontrar-se fora das condições de consumo ou incompleta. Machado e Guimarães (2014) relatam que a alimentação no ambiente prisional além de precária, é distribuída entre os presos de forma desigual, atitude que instala, na maioria das vezes, o preconceito e discriminação.

Outra situação relatada foi o corte na distribuição do leite e da fruta, complementação alimentar destinado aos internos imunologicamente comprometidos. Os internos ainda referem que os medicamentos de HIV são muito fortes, causando dores de estômago, justificando assim a necessidade da complementação alimentar, além de outros cuidados negligenciados.

5.11 PERCEPÇÕES SOBRE MORTE E COINFEÇÕES

Neste eixo serão demonstradas as representações sociais sobre a concepção de morte e coinfeções.

Mata rápido ou não? Tem que ser realista né. Eu não entendo nada disso aí, pra mim tudo vai morrer, vai matar. Nossa eu achei que ia morrer na outra semana já. O que mais me levou mesmo a fazer isso daí foi a vontade de viver mesmo. Agora que to vivo, tem que se cuidar. Eu quero viver né, se viver.... Às vezes bate aquele pensamento poxa eu acho que vou morrer mais cedo que alguém. Eu sei que eu to condenado já. Ah é muito ruim em você não se sente confortável, que sabe que está com uma doença que você pode morrer se você não se cuidar, por mais que você está ali, já era, não tem mais como voltar para trás, você tem que fazer é se cuidar, se tratar logo né. Eu queria saber com quantos anos, que ela começa pá mesmo prejudicar a gente se a gente não fazer o tratamento, que

tipo eu acho que tenho a 12 anos que eu to positivo né. E o que eu sei também é que mata né, queira ou não. Você olha pra o remédio você tem que tomar aquilo ali, se você não tomar, você pode morrer. Eu não entendo nada, não sei o que essa doença pode me fazer mais, se é de morrer. Se aqui a gente não morrer de outra coisa, se não pegar uma tuberculose e morrer. Eu sei que é uma doença que mata. É porque dá na cabeça da gente, ah eu vou morrer de AIDS. E de repente, é ir parar num hospital e ficar internado, chegar naquela fase terminal. Então eu acho que tipo assim, é um dos maiores medos que eu tenho, eu espero não precisar passar por isso, mas a gente também não sabe o dia de amanhã. E as vezes eu tenho essa preocupação, "Ah será que eu vou estar lá", porque a gente fica pensando assim, vai acontecer tal coisa comigo, a qualquer momento, a qualquer momento. Tomara que daqui uns 10, 15 anos eu esteja bem, eu esteja firme. Não adianta a pessoa colocar na cabeça aí que você vai morrer, todo mundo vai morrer um dia, tendo ou não tendo. Então eu não fico deixando pôr na cabeça, que vai morrer.... Ela não mata, o que mata é a falta de cuidado, se você não cuidar, você tem que cuidar, você pega uma gripe, pega alguma coisinha né, você acaba no buraco né, mas ele falou que não é uma doença também de exagero, que vai morrer e não sei o que, disso não morre, hoje não mata mais.... Eu como não tô tomando o tratamento né, eu tenho muito pouco tempo de vida. Qualquer gripezinha, qualquer sintomazinho que você tiver já é motivo de ficar mais fraca ainda e levar até a morte né. Comecei a chorar, falei não vou tomar mais meus remédios não, vou jogar tudo no banheiro e dar descarga esses trem já que eu vou morrer, vou morrer logo, bom que eu morro mais rápido. Como a gente fala aqui, a partir do momento que você pega, você vive 10 anos, 8 anos, as vezes até mais a gente aguenta ali né, já to perto já, peguei isso ai em 2013 pra 2023 to perto. Porque agora eu to nesse lugar aqui mas já é abandonado de tudo né, tem vezes que eu penso em abandonar tudo, esses exames, deixar... Se morrer morreu.

Figura 45 – DSC sobre discurso de morte

Na figura 45 o discurso é marcado pela aproximação da condição de ter HIV/Aids com a morte, uma vez que a doença tem um potencial incapacitante quando não tratada. A falta de informação conflui diretamente na reprodução deste discurso, uma vez que o índice de mortalidade do HIV é relativamente baixo comparado à outras doenças crônicas. Os discursos trazem o questionamento sobre a expectativa de vida, sendo mencionada a preocupação com morte iminente e o medo da aquisição de doenças oportunistas.

Bezerra et al (2015) apontou que o termo morte foi o mais evocado em sua análise sobre representações sociais entre pessoas com HIV, inferindo a ideia conectada ao vírus em seus primórdios, quando a doença não possuía tratamento e os indivíduos acometidos evoluíam para os estágios graves e para a morte rapidamente. O estudo de Peñaloza-Garcia et al (2013) apontou que 90% dos entrevistados com HIV mencionaram o medo frente a morte.

Foi observado no estudo de Teixeira e Silva (2008), corroborando assim com o discurso mencionado, a manifestação do medo da morte como um ponto motivador para o tratamento antirretroviral entre pessoas com HIV/Aids, sob convicção de que tomar o medicamento é a única maneira possível de salvar a vida, associando o tratamento com o desejo de viver. E em contraposição ao que foi discutido, também é observado o usufruto da aproximação da morte como algo vantajoso, minimizador de danos, sob a justificativa do acesso a morte rápida, veículo de uma doença que a proporciona esse fim quando não tratada.

Culbert (2014) analisa esse comportamento em sua pesquisa quando os sujeitos mencionam o desejo de querer morrer, intimamente relacionado ao fato do sujeito não conseguir/querer lidar ou enfrentar o diagnóstico.

Eu usava muita droga e peguei uma infecção no pulmão ai deu tuberculose, ai foi onde eu fiquei internado, quase morri, fui parar na UTI, foi quando eu descobri que tava com HIV, tuberculose, sífilis, ai eu comecei a me tratar né, ai desde então eu melhorei. Acho que foi os cinco dias que eu fiquei lá na forte, dormi no chão. Desde aquele dia eu to tossindo sem catarro, seca, a gente pede atendimento e nada, a coisa aqui é de outro mundo né. Já tive sífilis duas vezes já, fiz tratamento aqui e na rua. Pneumonia, foi em 2016, fiquei internado com pneumonia. Só que hoje tem as consequências né, meu pulmão dói muito, sinto muita falta de ar, porque eu não fiz, não tratei. Fiquei internado umas 5 vezes. Duas era pneumonia, nos dois pulmões, uma era começo de tuberculose com herpes zoster com meio mundo de coisa, doença oportunista que eles falam, duas, três doenças oportunistas diferentes uma da outra. Fique no centro especializado, eu sou de Goiânia, fiquei no HDT lá, hospital de doença tropical lá. As 3 vezes que eu fiquei, fiquei de cadeira de rodas, fiquei lá. Tava tomando medicamento e usando droga, cocaína. Essas manchas iniciaram mais ou menos a uma semana ou um pouco mais, é... Sinto muita coceira também entre as pernas, direto sai umas, tipo umas espinhas no meu pé, direto, eu estouro ela as vezes dói pra estourar, mas eu estouro elas ai fica seca um, dois, três dias e já sai outro, tipo assim, seca uma sai outra, seca uma sai outra, não para. Furúnculo mesmo é direto no meu corpo, só na minha barriga saiu mais de 10, só que sai um eu estouro e seca ai fica dois, três dias seco e sai outro. Já tive TB, tive tuberculose duas vezes, em 2008 lá na máxima e tive tuberculose aqui também em 2013, começo de 2014. Só que eu não fiz o tratamento certo, o tratamento tinha que fazer 6 meses, eu não fiz o tratamento, eu fiz só quatro meses, ai fiz um exame de escarro, outro exame de escarro ai constou que eu já não tinha mais nada, ai ta lá o medicamento, não pagaram mais medicamento pra mim. O que me preocupa mais é meu escarro, porque tem vez que quando eu tusso, eu escarro um catarro que parece que tem cinza de cigarro, não sei porque... Às vezes pode ser porque eu fumo, não sei... Também já fiquei internado por cauda de uma doença de HIV, quando sua imunidade está baixa, fiquei internado 30 dias lá em Campo Grande, fiquei internado lá no Hospital Rosa Maria Pedrossian, comecei a vomitar tudinho o fígado pra fora, cirrose, um monte de doença, ai eu fui parar lá no hospital, na UTI, fiquei 3 meses internado por causa do HIV, minha imunidade estava baixa por causa do HIV, tinha aumentado minha HIV e outras doenças de HIV lá. Outras doenças tem o nome de AIDS né.

Figura 46 – DSC sobre coinfeção

Na figura 46 são apresentadas algumas das situações em que as coinfeções são manifestadas nos internos que convivem com HIV. A coinfeção é entendida quando o mesmo hospedeiro abriga mais de um microrganismo patogênico simultaneamente. A manifestação destas coinfeções está relacionada com o declínio imunológico, muitas vezes associado pela falha medicamentosa ou abandono do tratamento, como exposto no discurso (SILVA et al, 2017).

Três situações potencializadoras do adoecimento são identificadas no discurso, uma quando o interno refere a manifestação das coinfeções na descoberta do HIV, sugerindo assim o desconhecimento da doença, outra como consequência de tratamentos não finalizados e por fim, a correlação direta com o uso de drogas.

As coinfeções majoritariamente referidas são: tuberculose, sífilis, pneumonia, herpes zoster, cirrose entre outras doenças que os internos desconheciam. Evidencia-se que a maioria destas doenças são contraídas repetidas vezes, como no caso de tuberculose e sífilis, por tratamentos não finalizados. Também é mencionado outras instabilidades na saúde ocasionadas por tosse, processos alérgicos e furunculose, muito comum entre os internos, devida a insalubridade das celas de convívio coletivo.

As coinfeções comumente identificadas em pessoas com HIV incluem a Hepatite B, Hepatite C e Tuberculose, outras doenças sexualmente transmissíveis podem ser identificadas quando se associa a não prevenção pelo uso do preservativo (SILVA et al, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso à saúde no ambiente prisional brasileiro desde seus primórdios permeou um contexto desafiador, devido às péssimas condições de confinamento, insalubridade, falta de higiene, superlotação e uso abusivo de drogas, condições estas que facilitam o desencadeamento de doenças e agravos de ordem física e psicológica.

O tensionamento deste contexto torna-se ainda maior ao discutir o acometimento de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/Aids neste grupo, doença causada por um

distúrbio imunológico intimamente relacionado com representações estigmatizantes, discriminatórias e preconceituosas, que ficam ainda mais evidentes no contexto prisional.

O presente estudo identificou as principais representações sociais sobre HIV/Aids entre homens privados de liberdade de um estabelecimento penal de regime fechado de segurança máxima do município de Dourados/MS. A interpretação destas representações permitiu que as autoras do projeto de pesquisa adentrassem em um espaço que revelou as fragilidades, traumas, histórias de vida, reivindicações e a carência de assistência das quais os sujeitos da pesquisa são vítimas.

Ao conhecer as representações sociais destes sujeitos sobre HIV/Aids, também foi possível se aproximar de suas necessidades, elemento crucial para a produção de práticas educativas que viabilizem de fato uma intervenção significativa. Posterior a esta pesquisa foi desenvolvida uma produção técnica na modalidade de tecnologia educacional, que teve como objetivo nortear a prática dos enfermeiros na assistência de privados de liberdade com HIV/Aids em transição para comunidade.

REFERÊNCIAS

ADMS, L.; KENDALL, S.; SMITH, A. et al. HIV risk behaviors of male and female jail inmates prior to incarceration and one year post-release. *Journ AIDS and Behavior*. V. 17, n.8, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21779954>. Acesso em 07 de outubro de 2017.

AGOSTINI, R.; MAKSUD, I.; FRANCO, T. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 496-509, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200496. Acesso em 04 abr. 2020.

ALTHOFF, A. L; ZELENEV, A; MEYER, J. P; et al. Correlates of retention in HIV care after release from jail: results from a multi-site study. **AIDS Behav**, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3714328/?tool=pubmed>. Acesso em: 02 jun. 2018.

ATTILIO, J. A.; RODRIGUES, F. P.; RENOVATO, R. D. Cobertura vacinal contra hepatite B entre usuários de drogas ilícitas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100015. Acesso em 06 out. 2017.

AZBEL, L; WICKERSHAN, J.A; GRISHAEY, Y.; DVORYAK, S.; ALTICE, F. L. Burden of Infectious Diseases, Substance Use Disorders, and Mental Illness among Ukrainian Prisoners Transitioning to the Community. **PLOS One: San Francisco**, v. 8, n 3, 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0059643>. Acesso em 13 ago. 2020.

BALDIM, I. D. S. A. **Vulnerabilidade individual dos presos jovens à infecção pelo HIV/AIDS na penitenciária estadual de Maringá**. Monografia apresentada à Universidade Estadual de Maringá. 2006. Disponível em: http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/monografia_izilda.pdf.

BECKER, S.; MARCHETTI, L. E. Análise Etnográfica e Discursiva das Relações entre Estado e Mulheres Indígenas Encarceardas no Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista de Ciências Humanas**, v. 47, p. 81-89. 2013.

BELLENZANI, R.; FÁTIMA, R. Sigilo na atenção em DST/AIDS: do consultório aos processos organizacionais. **Revista Polis Psique**, v. 1, n. 3, p. 189-223, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-57281>. Acesso em 20 abr. 2020.

BEYER, C.; BARAL, S. D.; VAN GRIENSVEN, F. GOODREAU, S.M.; CHARİYALERTSA, S.; WIRZ, A. L. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. **Lancet**, n. 380, p. 367-77, 2012.

BEZERRA, E. O.; PEREIRA, M. L. D.; MARANHÃO, T. A.; MONTEIRO, P. V.; BRITO, G. C. B.; CHAVES, A. C. P.; SOUSA, A. I. B. Análise estrutural das representações sociais sobre a aids entre pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana. **Texto contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, e6200015, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200321&script=sci_arttext.

Acesso em 20 abr. 2020.

BOOKER, C. A.; FLYGARE, C. T.; SOLOMON, L.; PALL, S.W.; PUSTELL, M. R.; SIMON-LEVINE, D.; TEIXEIRA, P. A.; CRUZADO-QUINONES, J.; KLING, R. N.; FREW, P. M. SPAULDING, A. C. Linkage to HIV care for jail detainees: findings from detention to the first 30 days after release. **AIDS Behav**, v. 17, n. 2, p. 128-136, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-012-0354-3>. Acesso em: 02 jun. 2018.

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

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

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

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS: Resultados, avanços e Perspectivas. 2012.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_brasileira_enfrentamento_aids_2012.pdf. Acesso em 05 out. 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção do HIV em adultos. 2013. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Manejo-HIV-Adultos_2013.pdf. Acesso em 07 out. 2017.

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

BRASIL. Ministério da justiça. Departamento penitenciário nacional. **Relatório do Levantamento Nacional de informações penitenciárias (INFOPEN)**, 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em 06 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV: Aspectos virológicos e genética do hospedeiro.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Curso de verão. 2014.

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

BRIGNOL, S.; KERR, L.; AMORIM, L. D.; DOURADO, I. Factors associated with HIV infection among a respondent-driven sample of men who have sex with men in Salvador, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 256-271, 2016.

BRITO, A. G.; SANTELLI, I. H. S. Da sociologia do desvio à criminologia crítica: indígenas de Mato Grosso do Sul como outsiders. **Ciências Sociais Unisinos**, 2014.

BUTLER, A., YOUNG, J. T., KINNER, S. A., BORSCHMANN, R. Self-harm and suicidal behaviour among incarcerated adults in the Australian Capital Territory. **Health Justice**, v. 6, n. 13, 2018. DOI: [10.1186/s40352-018-0071-8](https://doi.org/10.1186/s40352-018-0071-8)

CAMARGO, J. P.; RUTKOSWKI, F. P.; BORBA, E. O.; NEVES, E. B. O perfil das detentas HIV positivo de uma penitenciária estadual do Paraná, Brasil. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 4, p. 369-76. 2012. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p369a376.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

CAMPILLAY, M. C.; MONÁRDEZ, M. M. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 47, p. 93-107, 2019

CASTELLANI, M. M. X.; MORETTO, M. L. T. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. **Revista da SBPH**, v. 19, n. 2, p. 24-43, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200003. Acesso em 04 abr. 2020.

CHITSAZ, E.; MEYER, J. P.; KRISHNAN, A.; SPRINGER, S. A.; MARCUS, R.; ZALLER, N.; JORDAN, A. O.; LINCOLN, T.; FLANIGAN, T. P.; PORTERFIELD, J.; ALTICE, F. L. Contribution of substance use disorders on HIV treatment outcomes and antiretroviral medication adherence among HIV-infected persons entering jail. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23673792>. Acesso em 07 out 2017.

COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A.; GOMES, A. M. T. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/Aids: possibilidades de convivência, normatividade e ressignificação. **Psicologia e Saber Social**, v. 2, n. 1, p. 1004-114, 2013.

CULBERT, G. J. Violence and the perceived risks of taking antiretroviral therapy in US jails and prisons. **Int. J. Prison Health**, v. 10, n. 2, p. 94–110. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358747/>. Acesso em 15 de abril de 2020.

CROCHÍK, J. L. **Preconceito, indivíduo e cultura**. 3ed. São Paulo: Casa do psicólogo. 2006.

CROCHÍK, J. L. **Perspectivas teóricas acerca do preconceito**. São Paulo: Casa do psicólogo. 2008.

CUNHA, L. S. **Confiança positiva: uma questão de negociação do risco entre casais sorodiscordantes**. Dissertação de mestrado, 2018. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/index.php/17redor/17redor/paper/view/104/52>. Acesso em 20 abr. 2020.

DUCKITT, J. Psychology and prejudice: a historical analysis and integrative framework. **American Psychologist**, v. 47, p. 118-119, 1992.

DUTHÉ, G.; HAZARD, A.; KENSEY, A.; SHON, J. L. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. **Forensic Sci Int**, v. 233, n. 1-3, p. 273-7, 2013.

FAESTER, D. J.; REZNICK, O. G. Health status, sexual and drug risk, and psychosocial factors relevant to postrelease planning for HIV+ prisoners. **J Correct Health Care**, v. 19, n. 4, p. 278-292, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085688/?tool=pubmed>. Acesso em: 02 jun. 2018.

FAVRIL, L.; VANDER, L. F.; VANDEVIVER, C.; AUDENAERT, K. Suicidal ideation while incarcerated Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. **Int J Law Psychiatry**, v. 55, p. 19-28, 2017.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2012000100007&script=sci_arttext. Acesso em 04 abr. 2020.

FERREIRA JR S, FRANCISCO PMSB, NOGUEIRA PA. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 40, n. 6, p. 410–17, 2016.

FRANÇA, A. C. N.; FRANCO, D. S.; SILVA, M. A. C. Conhecimento dos presidiários sobre as DST/HIV E AIDS E Medidas de prevenção, num sistema penitenciário. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 12, n. 2, p. 13 – 18, 2000.

FREITAS, J. G.; GALVÃO, M. T. G.; ARAÚJO, M. F. M.; COSTA, E.; LIMA, I. C. V. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 720-726, 2012.

PEÑALOZA-GARCIA, M.; MORA-MERCHAN, M. A.; JAIMES-MEDINA, A. Y., QUINTERO, A. I. Percepción de la muerte en personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en situación de Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). **Revista Ciencia y Cuidado**, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/274>. Acesso em 04 abr. 2020.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

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

GOMES, R. R. F.; BATISTA, J. R.; CECCATO, M. G. B.; KERR, L. R. G. S.; GUIMARÃES, M. D. C. HIV/AIDS knowledge among men who have sex with men: applying the item response theory. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 206-215, 2014.

GHIORZI, A, da R. **Entre o dito e o não dito: da percepção á expressão comunicacional**. Florianópolis: UFSC, 2004.

HALEY, D.F; GOLIN, C.E; FAREL, C.E. et al. Multilevel challenges to engagement in HIV care after prison release: a theory-informed qualitative study comparing prisoners' perspectives before and after community reentry. **BMC Public Health**, v. 14, 2014. Disponível em: <https://search-proquest.ez51.periodicos.capes.gov.br/docview/1637244710/abstract/CEDB212C0284D88PQ/1?accountid=26645>. Acesso em: 02 jun. 2018.

HAMMETT, T. M.; DOUNAHUE, S.; LEROV, R.; MONTAGUE, B. T.; ROSEN, D. L.; SOLOMON, L.; COSTA, D.; WOHL, D.; RICH, J. D. Transitions to Care in the Community for Prison Releasees with HIV: a Qualitative Study of Facilitators and Challenges in Two States. **J. Health Urban**, v. 92, n. 4, p. 650-666, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524841/?tool=pubmed>. Acesso em 02 jun. 2018.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/aids. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 4, p. 699-708, 2011.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. W. **Dialética do esclarecimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

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

HUBER, F.; MERCERON, A.; MADEC, Y. et al. High mortality among male HIV-infected patients after prison release: ART is not enough after incarceration with HIV. **Journ Plos One** [eCollection], v. 28, n. 12, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28453525>. Acesso em 06 out. 2017.

INTERNACIONAL Labour Organization (ILO). **Manual sobre HIV/Aids para os inspetores do trabalho**, 2006.

IROH, P. A.; MAYO, N.; NIJHAWAN, A. E. The HIV Care Cascade Before, During, and After Incarceration: A Systematic Review and Data Synthesis. **American Journ Public Health**, v. 7, n. 105, p. 5-16, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25973818>. Acesso em 07 out. 2017.

JORDAN, A. O.; COHEN, L. R.; HARRIMAN, G.; TEIXEIRA, P. A.; CRUZADO-QUINONES, J. VENTERS, H. Transitional care coordination in New York City jails: facilitating linkages to care for people with HIV returning home from Rikers Island. **AIDS Behav**, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-012-0352-5>. Acesso em: 02 de junho de 2018.

KOENIG, M.; MCCLLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York (USA): Oxford University Press; 2001.

KOURROUSKI, M. F. C.; LIMA, R. A.G. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_04.pdf. Acesso em 04 abr. 2020.

LAMBIDIN, B. H.; KRAL, A. H.; COMFORT, M.; LOPEZ, A. M.; LORVIC, J. Associations of criminal justice and substance use treatment involvement with HIV/HCV testing and the HIV treatment cascade among people who use drugs in Oakland, California. **Addict Sci Clin Pract**, v. 12, n. 13, 2017.

LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T. The invisibility of heterosexuality in HIV/AIDS prevention for men. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 1, p. 143-155, 2015.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque me pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEHMAN, W. E.; ROWAN, G. A.; GREENER, J. M.; JOE, G. W.; YANG, Y.; KNIGHT, K. Evaluation of WaySafe: A Disease-Risk Reduction Curriculum for Substance-Abusing Offenders. **Journal of substance abuse treatment**, v. 58, p. 25-32, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26059002>. Acesso em 07 out. 2017.

LEMOS, C. T.; ECCO, C. Religião, sexualidade e família: o caso em que um dos parceiros é soropositivo para o HIV. **HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 12, n. 34, p. 568-588, 2014.

LOBO, A.S.; LEAL, M. A. F. Comunicação de más notícias: a revelação do diagnóstico de HIV/Aids e seus impactos psicológicos. **Atas do 8º. Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa**, v. 2, 2019, v. 2, p. 549-558, 2019. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2125>. Acesso em 13 ago. 2020.

MACGOWAN, R. J.; LIFSHAY, J.; MIZUNO, J. et al. Positive Transitions (POST): Evaluation of an HIV Prevention Intervention for HIV-Positive Persons Releasing from Correctional Facilities. **Journ AIDS and Behavior**, v. 19, n. 6, p. 1061-9, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25190222>. Acesso em 07 de outubro de 2017.

MARQUES, D. **O Gênero e o Trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das enfermeiras**. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MACHADO, N. O.; GUIMARÃES, I. S. A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**, v. 5, n.1, p. 566-581, 2014. Disponível em: <https://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ric/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/1008/Arquivo%2030.pdf>. Acesso em 4 abr. 2020.

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; PRADO, A. V. A.; CABRAL, J. R. C.; CORRÊA, C. A.; ALBUQUERQUE, M. M. B. O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral. **Enfermería Global**, v. 17, n. 49, p. 96-141, 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100096&lng=es&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 04 abr. 2020.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028. Acesso em 04 abr. 2020.

MOURA, E. C.; SANTOS, W.; NEVES, A. C. M.; GOMES, R.; SCHWARZ, E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 abr. 2020.

NUNAN, A. **Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo**. Rio de Janeiro: Caravansari, 2003.

OLIVEIRA, L. M.; OLIVEIRA, M. M. Preferência por discordância em casos de auto-depreciação: analisando conversas de pessoas com afasia. **Revista Eletrônica de Linguística**, Ano 3, n. 1, 2009. Disponível em:

<http://www.seer.ufu.br/index.php/dominiosdelinguagem/article/view/11497/6776>. Acesso em 4 abr. 2020.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B, V. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 275-283, 2010.

UNAIDS. OMS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Ending AIDS, Progress towards the 90–90–90 targets. **Global Aids Update**. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf. Acesso em: 05 out. 2017.

PADOIN, S. M. M.; ZUGE, S. S.; SANTOS, E. E. P.; PRIMEIRA, M. R.; ALDRIGHI, J. D.; PAULA, C. C. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 446-451, 2013. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300004. Acesso em 04 abr. 2020.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice**. New York, USA: The Guilford, 1997.

PERRUSI, A., FRANCH, M. CARNE COM CARNE: Gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. **Revista de Ciências Sociais - Política e Trabalho**, v. 2, n. 37, p. 179-200, 2012

PINHEIRO, C. V. Q.; MEDEIROS, N. M.. Prevention Practices of HIV / AIDS and process of subjectivation. **Physis**, v. 23, n. 2, p. 629-646, 2013.

QUEIROZ, C. A.; FORTUNA, C. M.; SILVA, E. A. Riscos para vírus da imunodeficiência humana e hepatites dos privados de liberdade. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 1, n. 8, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9928/10219>. Acesso em 06 out. 2017.

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

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

SEIDL, E. M. F.; RIBEIRO, T. R. A.; GALINKIN, A. L. Opinion of college students about persons with HIV/AIDS: an exploratory study about prejudice. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 103-112, 2010.

SERGE, M. **Representações Sociais: Investigação em psicologia Social**. 11 Ed – Petrópolis: Vozes, 2015. (Obra original publicada em 1978).

SILVA, A. C. L. G.; NAZARIO, N. O.; LIMA, D. C. **Atenção à saúde do homem privado de liberdade**. Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em:

http://violenciaesaude.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/06/Saude_Homem.pdf. Acesso em 06 out. 2017.

SILVA, N. K.; COUTO, M. T. Sorodiscordância para o HIV e decisão de ter filhos: entre risco e estigma social. In: HEILBORN, M. L. **Sexualidade, Reprodução e Saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2009: pp.75-96.

SILVA, S. P. C. S.; GUISANDE, T. C. C. A.; CARDOSO, A. M. Adolescentes em conflito com a lei e a vulnerabilidade para IST/HIV/AIDS: conhecimentos e vivências. **Revista Enfermagem Atenção Saúde**, v. 7, n. 2, p. 95-108, 2018.

SILVA, R. A. R.; SANTOS, W. N.; SOUZA, F. M. L. C.; SANTOS, R. S. C.; OLIVEIRA, I. X.; SILVA, H. L. L.; LIMA, D. M. Controle ineficaz da saúde em pessoas vivendo com AIDS: análise de conteúdo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100424. Acesso em 24 jul. 2020.

SILVA, L. C.; FELÍCIO, E. E. A. A.; CASSÉTTE, J. B.; SOARES, L. A.; MORAIS, R. A.; PRADO, T S.; GUIMARÃES, D. A. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/AIDS em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 821-833. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00821.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

SILVA, K. S. M.; MOURA, M. E. S.; LIMA, M. J. V.; LINO, M. R. B.; SANTOS, C. N. C. Coinfecção entre portadores de HIV. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 3, p. 9-20, 2017.

SIQUEROLO, C.; ARRUDA, T. F. Contrato de trabalho e o empregado estigmatizado. **JURIS**, v. 27, n. 1, p. 209-223, 2017.

SPAULDING, A. C.; BOOKER, C. A.; FREEMAN, S. H.; BALL, S. W. STEIN, M. S.; JORDAN, A. Q.; AHUJA, D.; SOLOMON, L.; FREW. P. M. Jails, HIV testing, and linkage to care services: an overview of the Enhance Link initiative. **AIDS Behav**, V. 17, n. 2, 2013. Disponível em: Acesso: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-012-0339-2>. Acesso em: 02 jun. 2018.

STRAZZA, L.; MASSAD, E.; AZEVEDO, R.S.; CARVALHO, H. B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 197-205, jan. 2007.

TEIXEIRA, M. G.; SILVA, G. A. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 729-36, 2008.

TEIXEIRA, P. A.; JORDAN, A. O.; ZALLER, N.; SHAH, D.; VENTERS, H. Health outcomes for HIV-infected persons released from the New York City jail system with a transitional care-coordination plan. **American Journ Public Health**, V. 2, n. 105, p. 351-7, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25521890>. Acesso em 07 out. 2017.

TIX, A. P.; FRAZIER, P. A. The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. **Journal for Consulting & Clinical Psychology**, v. 66, n. 2, p. 411-422, abr. 1998.

TOZONI, M. F. C. R. **A pesquisa-ação-participativa e a educação ambiental: uma parceria construída pela identificação teórica e metodológica**. São Paulo: Annablume, 2007.

UNODC. United Nations Office in Drugs and Crime HIV and AIDS in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers prison officers and health care providers in prison settings. New York, 2008. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV-toolkit-Dec08.pdf>. Acesso em 06 out. 2017.

WHITE, B. L.; GOLIN, C. E.; GRODESNIKY, C.A.; KIZIAH, C. N.; RIDHARDSON, A.; HUDGENS, M. G.; WOHL, D. A.; KAPLAN, A. H. Effect of directly observed antiretroviral therapy compared to self-administered antiretroviral therapy on adherence and virological outcomes among HIV-infected prisoners: a randomized controlled pilot study. **Journ AIDS and Behavior**, v. 19, n. 1, p. 128-36, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25055766>. Acesso em 06 out. 2017.

WOHL, A. R.; SCHEVETT, A. GOLIN, C. E.; WHITE, B.; MATUSZEWSKI, J.; BOWLING, M.; SMTH, P.; DUFFIN, F.; ROSEN, D.; KAPLAN, A.; EARP, J. 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. **Journal AIDS and Behavior**, v. 15, n. 2, p. 356-64, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21042930>. Acesso em 07 out. 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “HIV/Aids entre homens privados de liberdade: uma proposta de sequência didática para uma prática educativa em saúde do homem”. Estudo de autoria de Isabella Beatriz Gonçalves Lemes e Cássia Barbosa Reis.

Este estudo justifica-se pela carência de instrumentos e/ou dispositivos que entremeiam a transição de privados de liberdade com HIV/Aids para a comunidade podendo assim afetar gravemente sua continuidade do cuidado, aumentando suas chances de abandono de tratamento e comportamento de risco. No entanto o objetivo deste estudo é construir uma tecnologia educativa sobre cuidados transicionais de privados de liberdade com HIV/Aids para a equipe de enfermagem da Penitenciária Estadual de Dourados.

Sua participação consistirá em um encontro onde você será convidado a responder uma entrevista com temas sobre saúde e continuidade do cuidado realizada pelas pesquisadoras, com média de duração de 25 minutos. A sua participação ocorrerá individualmente e mediante sua autorização para serem gravadas em áudio. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsabiliza-se em apenas tornar públicos os resultados da pesquisa nos meios acadêmicos e científicos de forma consolidada sem qualquer identificação dos participantes.

Haverá a possibilidade de riscos na dimensão moral como desconforto e constrangimento ao relatar sua representação sobre a doença. Caso ocorra esse desconforto o participante poderá em qualquer momento deixar de participar da pesquisa e os pesquisadores proporcionarão assistência necessária de acordo com a dimensão envolvida. A participação neste estudo não será remunerada e não implicará em gastos para o(s) participante(s) voluntário(s), trazendo como benefício a possibilidade de implementação de uma tecnologia educacional para equipe de enfermagem da instituição construída a partir das suas necessidades, que possa de facilitar o acesso de privados de liberdade com sorologia positiva para HIV/Aids aos serviços de assistência social e de saúde na comunidade, fortalecendo assim seu autocuidado e diminuindo assim as chances de abandono do tratamento e comportamento de risco.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

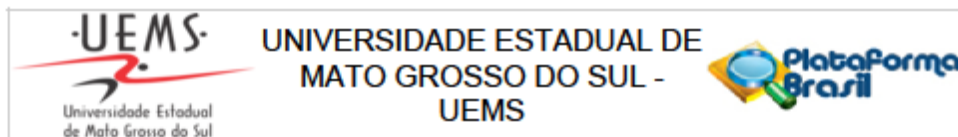
Dourados-MS, ____ de _____ de _____.

Assinatura dos (as) pesquisadores (as) responsável

Assinatura do participante

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Isabella Beatriz Gonçalves Lemes, telefone: 067 99802-0672 ou para o comitê de ética da UEMS – Endereço: Rodovia Itahum, km 12 -Jardim Aeroporto Dourados/MS. CEP: 79804-970. Telefone: 3902-2699 ou e-mail: cesh@uems.br.

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HIV/AIDS ENTRE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE: UMA PROPOSTA DE SEQUÊNCIA DIDÁTICA PARA UMA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE DO HOMEM

Pesquisador: ISABELLA BEATRIZ GONCALVES LEMES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98814718.0.0000.8030

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.964.303

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que pretende ser desenvolvido como parte do desenvolvimento de um mestrado profissional de ensino em saúde. Apresenta uma temática relevante tendo como ponto de vista tanto a área da saúde, quanto o contexto social, pois volta-se para uma população vulnerável acometida por uma importante doença infectocontagiosa que revela-se desde sua identificação sorológica na década de 80, um problema de saúde pública mundial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Construir uma tecnologia educativa sobre cuidados transicionais de privados de liberdade com HIV/Aids para a equipe de enfermagem da Penitenciária Estadual de Dourados.

Objetivos Específicos:

- . Identificar quais são as principais necessidades da população alvo acerca da continuidade do cuidado do HIV/Aids na comunidade.
- . Construir uma tecnologia educacional tendo por base as representações dos sujeitos da pesquisa.
- . Capacitar a equipe de enfermagem com a tecnologia educacional proposta.

Endereço: Rodovia Dourados Itahum - Km 12 - Cx:351
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uem.br