



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE ESTUDOS EM DIREITO E SOCIEDADE
FACULDADE DE DIREITO

JORDANNA SANTOS PEREIRA

**DILEMAS DA SAÚDE E DIGNIDADE: DESAFIOS DO SUS, CONTROLE DO HIV E
INTERFACES COMPLEXAS NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO**

Marabá

2023

JORDANNA SANTOS PEREIRA

**DILEMAS DA SAÚDE E DIGNIDADE: DESAFIOS DO SUS, CONTROLE DO HIV E
INTERFACES COMPLEXAS NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de
Direito da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
(UNIFESSPA), como parte dos requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Orientador (a): Prof.^a Ma^a Sara Brigida Farias Ferreira

Marabá

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Biblioteca Setorial Josineide da Silva Tavares

P436s Pereira, Jordanna Santos
Dilemas da saúde e dignidade: desafios do SUS, controle do HIV e interfaces complexas no sistema carcerário brasileiro / Jordanna Santos Pereira. — 2023.
70 f.

Orientador(a): Sara Brígida Farias Ferreira.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Campus Universitário de Marabá, Instituto de Estudos em Direito e Sociedade, Faculdade de Direito, Curso de Bacharelado em Direito, Marabá, 2023.

1. Prisões - Brasil. 2. Política de saúde. 3. Pessoas HIV-positivo - Cuidado e tratamento. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Assistência médica – Prisões. I. Ferreira, Sara Brígida Farias, orient. II. Título.

CDDir: 4. ed.: 341.582

Elaborado por Nádia Lopes Serrão – CRB-2/575

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Direito da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará como requisito à obtenção de título a Bacharel em Direito, pela seguinte banca examinadora:

Data de aprovação: Marabá/PA, 05 de dezembro de 2023.

Banca examinadora:

Prof.^a Ma.^a. Sara Brígida Farias Ferreira (Orientadora)

Prof.^o Dr. Roberto Leonardo da Silva Ramos (Examinador)

Prof.^a Dr.^a. Rejane Pessoa de Lima (Examinador)

Marabá
2023

“Guia-me pelas veredas da justiça,
por amor do seu nome.”
Salmos 23:3

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, pela felicidade em alcançar meu maior sonho, a graduação no curso de Direito. Agradeço também a Ele por todas as bênçãos durante a minha trajetória acadêmica, que permitiram a conclusão desta graduação.

Quero agradecer a minha família, em especial, a minha mãe, Jerly, e aos meus irmãos, Henryque, Davi e Isabela, por serem minha base e me apoiarem incondicionalmente durante toda essa jornada. Ao meu pai, João Augusto, que não está mais conosco, mas que estaria muito feliz com essa conquista.

As minhas avós, Maria Luiza e Maria Do Carmo, pelo amor e por sempre me encorajarem a seguir meu sonho.

Aos meus amigos desde os tempos de escola, Matheus, Liandra e Ana Carolina. Obrigada pelo privilégio de tê-los por perto por tantos anos, nossa amizade tem um espaço especial no meu coração. Aos amigos da faculdade, Fábio, Jonatha, Adriel, Flávia e Sarah, agradeço por todas as risadas, pelo encorajamento e pela parceria, dia após dia. Foi um prazer partilhar tantas memórias felizes nesses cinco anos com vocês.

Gostaria de agradecer à minha orientadora Sara Brígida, por toda a paciência, cuidado e direcionamento durante a elaboração deste trabalho. Sua disciplina de Execução Penal inspirou a temática desta monografia e despertou minha paixão pelo Direito Penal.

Sou muito grata a todas as amigas que pude cultivar durante os anos que trabalhei no SAE/CTA de Marabá. Obrigada a todos os colegas que compartilharam tanto conhecimento comigo, ao acompanhá-los na execução de seu trabalho na área da saúde, pude ter um melhor entendimento da importância da efetivação desse direito e pude ver na prática como, através de um trabalho bem realizado, é possível mudar a vida das pessoas. Levarei esses ensinamentos comigo para sempre. Em especial agradeço a Danusa, Annie, Jonas, Juliana, Glauciane, Adriana e Poliana, por todo carinho e palavras de incentivo, enquanto eu dividia a minha jornada entre o trabalho e a faculdade.

Aos amigos que fiz no Procon, que conquistaram meu coração, agradeço pela honra de ter estado ao lado de vocês exercendo nosso ofício. Obrigada por todas as gargalhadas, conselhos e por sempre acreditarem em mim. Aprendi com vocês como ser uma profissional melhor e como abrir meu coração para novas pessoas e, em troca, conheci seres humanos maravilhosos. Em especial, agradeço a Anne, Emilly, Paula, Maísa, Luana, Ana Flávia, Sabyrna, Athos e Welton. Estarei torcendo por cada um de vocês e sempre lembrarei, com um sorriso no rosto, de tudo aquilo que vivemos juntos.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as condições de saúde pública dos apenados brasileiros em relação ao vírus HIV. Embora o Brasil possua um programa de combate à AIDS reconhecido internacionalmente, inclusive pela Organização das Nações Unidas, este desafio ainda afeta vários setores da sociedade. Pretende-se destacar os avanços e aprofundar as problemáticas provenientes dos cárceres, para que, em uma segunda perspectiva, seja realizado um estudo sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/Sida) no interior das instituições penitenciárias do Brasil, investigando as possíveis causas para a disseminação do vírus HIV, responsável direto por essa incurável condição. Nesse contexto, a abordagem da presente monografia teve como base doutrinas, artigos científicos e pesquisas estatísticas. Dessa forma, é possível estabelecer a existência de legislação que designa direitos na área da saúde para todos os privados de liberdade, porém existem grandes falhas na execução desses direitos que colocam em risco a saúde, em especial, daqueles que vivem com HIV.

Palavras-Chave: SUS, HIV, Sistema Prisional Brasileiro

ABSTRACT

This work aims to analyze the public health conditions of Brazilian prisoners in relation to the HIV virus. Although Brazil has an internationally recognized AIDS program, including by the United Nations, this challenge still affects several sectors of society. The aim is to highlight the advances and deepen the problems arising from prisons, so that, from a second perspective, a study can be carried out on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS/AIDS) within penitentiary institutions in Brazil, investigating the possible causes for the spread of the HIV virus, directly responsible for this incurable condition. In this context, the approach of this monograph was based on doctrines, scientific articles and statistical research. Thus, it is possible to establish the existence of legislation that designates rights in the area of health for all those deprived of liberty, however there are major flaws in the implementation of these rights that put the health at risk, especially of those living with HIV.

Keywords: SUS, HIV, Brazilian Prison System

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AZT	Zidovudina
CDP Belém	Centro de Detenção Provisória Belém
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GGB	Grupo Gay da Bahia
HIV	Vírus Da Imunodeficiência Humana
HSB	Homens Que Fazem Sexo Com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LEP	Lei de Execução Penal
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PCDT	Protocolo Clínico em Diretrizes Terapêuticas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

FIGURAS

Figura 1 – Doenças transmissíveis no sistema prisional estadual em cela física no Brasil	50
Figura 2 – Doenças transmissíveis no sistema prisional estadual em cela física no Pará	50
Figura 3 – Doenças transmissíveis no sistema prisional estadual em cela física em Marabá	51

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Indivíduos com 18 anos ou mais que fizeram uso de algum serviço da Atenção Primária à Saúde nos seis meses anteriores à data da entrevista, em mil pessoas	19
Gráfico 2 - Indivíduos com 18 anos ou mais que fizeram uso de algum serviço da Atenção Primária de Saúde, nos seis meses antes da data da entrevista (Mil pessoas)	20
Gráfico 3 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais por ano de diagnóstico	32
Gráfico 4 - Taxa de incidência de AIDS	34
Gráfico 5 - Indivíduos com 18 anos ou mais que disseram ter recebido um diagnóstico médico de infecção sexualmente transmissível nos últimos 12 meses, segmentados por gênero	40
Gráfico 6 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados por ano de diagnóstico	41
Gráfico 7 – Orçamento ano a ano em R\$	42
Gráfico 8 - Principais doenças transmissíveis no sistema prisional	49
Gráfico 9 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto	50

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 SAÚDE E DIGNIDADE HUMANA: DESAFIOS E LIMITAÇÕES NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
2.1 A saúde como direito constitucional	15
2.2 O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes	16
2.3 Limitações e Desafios a Enfrentar na Consolidação do Sus.....	22
3. EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL: CONTROLE, PREVENÇÃO E DESAFIOS NA ERA ATUAL.....	28
3.1 Controle e prevenção da disseminação do vírus	29
3.2 Casos por todo o Brasil	32
3.3 Políticas federais	Erro! Indicador não definido.
3.4 O HIV e o Estigma.....	36
3.5 HIV na atualidade	38
4. INTERFACES COMPLEXAS: HIV NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO - SAÚDE, LEI PENAL, E DESAFIOS JURÍDICOS	45
4.1 Saúde e Lei De Execução Penal	46
4.2 A vulnerabilidade ao vírus.....	49
4.3 Os Meios de Disseminação	Erro! Indicador não definido.
4.4 O Início do Tratamento Dentro dos Presídios	56
4.5 Jurisprudências Envolvendo HIV e Execução Penal	58
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.64

INTRODUÇÃO

Conforme informações do Ministério da Saúde, de 1980 até junho de 2022, foram registrados 1.088.536 casos de HIV (Vírus Da Imunodeficiência Humana) no Brasil. Observando esses dados estatísticos, destaca-se que parte dessa significativa parcela de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) encontra-se reclusa em estabelecimentos penitenciários do país.

A fragilidade do sistema carcerário nacional propaga a epidemia pelos corredores das prisões, colocando em perigo toda a população carcerária, bem como os colaboradores dessas unidades. Na obra distante, mas ainda relevante, do médico paulistano Dráuzio Varella, "Estação Carandiru", ele aborda essa problemática que assola as penitenciárias em todo o território brasileiro.

No seu livro, o especialista em doenças infecciosas destaca o deplorável estado sanitário das casas de detenção, a falta de informação entre os reclusos, o elevado uso de substâncias injetáveis e a prática desorganizada de relações sexuais como fatores determinantes para a propagação do vírus no interior das prisões brasileiras.

A Lei nº 7.210/1984 (Lei de Execução Penal), em seu art. 41, inciso VII, assegura como direito do preso o acesso à saúde, detalhando a assistência à saúde em seu art. 14, que engloba atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Em contrapartida, é necessário citar que as enfermidades representaram 61% das 1.119 mortes registradas no país no primeiro semestre de 2017. O Brasil tinha, na época, 24.633 presos diagnosticados com doenças transmitidas ou agravadas nas celas, 7.211 deles com HIV (Bottari; Pontes; Cariello, 2019). Assim, além dos presos que adquiriram o vírus fora dos muros da prisão, também é elevado o número de contaminações dentro dos estabelecimentos prisionais.

Diante disso, a justificativa deste trabalho reside na necessidade de abordar a discordância entre os direitos estabelecidos na Lei de Execução Penal e a realidade efetiva do sistema prisional brasileiro, chamando atenção para as condições precárias a que são submetidos os reclusos.

Este estudo busca analisar as condições de saúde a que são submetidos os detentos encarcerados no território brasileiro, os quais buscam, ao cumprir suas penas, a reabilitação social dos erros passados. No entanto, acabam se tornando vítimas do poder estatal, que os priva das condições básicas de saúde no ambiente penal.

Ao evidenciar essa realidade, é crucial destacar os degradantes estabelecimentos carcerários integrantes do sistema penal brasileiro, a superlotação que resulta na aglomeração de pessoas em pequenos espaços físicos de concreto. Esses ambientes carecem de condições

básicas de higiene, sendo a insalubridade um fator de risco para a saúde dos presos saudáveis e prejudicando ainda mais os enfermos.

Esta monografia foi dividida em três capítulos. O primeiro inicia abordando os conceitos de saúde e dignidade humana, e como essas noções influenciaram no desenvolvimento da Constituição Federal de 1988. Por conseguinte, também conduzem à promulgação da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e à criação do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes. O segundo capítulo foca na epidemia do HIV, desde a primeira notificação até os primeiros casos no Brasil e a subsequente disseminação por todo o país, bem como os mecanismos surgidos para o controle e prevenção do vírus. Por fim, o último capítulo discute os direitos das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e o tratamento do HIV dentro do sistema prisional brasileiro.

Para a elaboração desta monografia, foi empregada a revisão bibliográfica, incorporando a Lei Orgânica da Saúde, a Lei de Execução Penal, assim como obras de autores que também trataram do tema, através de livros e artigos científicos.

2 SAÚDE E DIGNIDADE HUMANA: DESAFIOS E LIMITAÇÕES NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No panorama contemporâneo, a saúde é reconhecida como um dos pilares fundamentais para a concretização da dignidade humana, sendo consagrada como direito constitucional em diversas legislações ao redor do mundo. No contexto brasileiro, a Carta Magna de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, lançando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este, por sua vez, é concebido como um modelo que busca garantir o acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde, pautado por princípios norteadores e diretrizes específicas.

No entanto, a trajetória para a efetivação plena desses preceitos não se dá de forma linear. A definição do SUS enfrenta desafios complexos, que vão desde limitações orçamentárias até questões estruturais e organizacionais. Este capítulo aborda a interseção entre a saúde e a dignidade humana, explorando o papel crucial que o direito à saúde desempenha na promoção de uma vida digna para todos os cidadãos.

Além disso, serão detalhados os contornos do Sistema Único de Saúde, suas diretrizes e princípios orientadores, para, posteriormente, destacar as limitações e os desafios que se apresentam no caminho rumo à plena consolidação do SUS. A compreensão desses elementos revela-se essencial para a formulação de estratégias e políticas que visam fortalecer e aprimorar continuamente o sistema de saúde brasileiro, garantindo, assim, a efetividade do direito à saúde e a garantia da dignidade humana.

Para Schwartz (2003, p. 43) a saúde pode ser definida como "um processo sistêmico que visa a prevenção e o tratamento de doenças", paralelamente visa também a melhor qualidade de vida possível através da "avaliação da realidade de cada indivíduo", tendo como "pré-requisito de eficácia a possibilidade de o mesmo indivíduo ter acesso aos meios necessários ao seu particular estado de bem-estar".

Nesse sentido, destaca-se o tópico da dignidade da pessoa humana, que Moraes (2013) descreve como um valor referente à pessoa e que se manifesta individualmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida, além do respeito pelos demais.

Qualificado pela doutrina pátria como direito de segunda dimensão, exige para seu implemento uma atuação ativa do poder público por meio de prestações positivas e materiais que podem ser legitimamente reivindicadas pelos cidadãos e, inclusive, por estrangeiros residentes no país. Por ser um direito fundamental, é necessário que ele alcance a eficácia e a

efetividade máximas, configurando-se também como um requisito fundamental para a dignidade humana (Silva, 2008).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, reconheceu a saúde como um direito intrínseco de cada indivíduo e como um princípio social a ser buscado por toda a humanidade. Este direito visa garantir as circunstâncias de felicidade e de progresso psicológico e social, relacionando-se imediatamente ao direito à vida, quer seja como uma condição essencial para sua preservação, quer seja como um componente integrado à sua excelência (UNICEF, 2023).

2.1 A saúde como direito constitucional

A Constituição Cidadã, promulgada em 5 de outubro de 1988, tornou-se o principal símbolo do processo de redemocratização nacional. Após 21 anos de regime militar, a sociedade brasileira recebia uma Constituição que assegurava diversos avanços, sobretudo nas questões relacionadas aos direitos sociais.

Foi responsável por inaugurar um novo arcabouço jurídico-institucional no país, com ampliação das liberdades civis e os direitos e garantias individuais. A nova Carta consagrou cláusulas transformadoras com o objetivo de alterar relações econômicas, políticas e sociais, concedendo direito de voto aos analfabetos e aos jovens de 16 a 17 anos. Estabeleceu também novos direitos trabalhistas, como redução da jornada semanal de 48 para 44 horas, seguro-desemprego e férias remuneradas acrescidas de um terço do salário (São Paulo, 2023).

Isso foi resultado de uma ampla mobilização social, a qual teve participação ativa no processo de elaboração da Constituição, através da atuação de associações, comitês pró-participação popular, plenários de ativistas e sindicatos.

Incorporando ampla gama de direitos sociais, a Constituição brasileira de 1988 consagrou o direito à saúde nos artigos 6º:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Brasil, 1988).

Para garantir a máxima eficácia e efetividade, a própria Carta Magna determina meios que garantam este direito, através da criação de um orçamento específico para o financiamento da seguridade social, incluindo a saúde, com recursos provenientes da União, dos estados e do Distrito Federal.

A União destinou R\$ 155 bilhões à área da saúde. Em comparação com os anos de 2020 e 2021, observou-se uma redução nos gastos nessa esfera, atribuível à redução dos impactos da pandemia. No ano de 2022, foi alocado um montante de R\$ 12 bilhões para despesas relacionadas ao enfrentamento da covid-19 na área da saúde, segundo o Tribunal de Contas da União (Brasil, 2022).

Dos recursos federais repassados aos entes subnacionais, R\$ 73 bilhões foram direcionados aos municípios brasileiros, enquanto R\$ 23 bilhões foram destinados aos estados e ao Distrito Federal. A Constituição Federal estabelece o valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, fixando em R\$ 140 bilhões para o ano de 2022, um patamar que foi atingido pela União no referido exercício (Brasil, 2022).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde –, discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, elucidando os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim com as funções da União, dos Estados e dos Municípios (Brasil, 1990). A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990).

Essas leis concedem ao município maior responsabilidade na realização de ações de saúde, em consonância com o processo de descentralização em vigência desde a 8ª Conferência de Saúde, representando um paralelo ao padrão ditatorial existente naquela época.

2.2 O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes

A criação do SUS e de suas diretrizes permitiu a identificação e resolução de certas problemáticas na área da saúde, por exemplo, o nível federal do governo foi responsável por criar uma centralização da pauta, o que negligenciava as características únicas de cada região, pois apenas um núcleo guiava as ações, sem distinção, por todo o país (Arretche, 2000).

A pesquisadora Marta Arretche definiu a descentralização subsequente como “forma de transferência de recursos e delegação de funções entre os níveis de governo”. Passa a vigorar o entendimento que a municipalização beneficia a coordenação dos serviços de saúde, definindo o atendimento conforme as necessidades específicas de cada localidade (Arretche, 2000).

Essa diretriz é colocada em prática por meio do financiamento proveniente das três esferas do governo e efetivação dos serviços através dos municípios. Segundo Arretche (2000), durante a década de 1990, essa cessão dos recursos e responsabilidades para esfera municipal

teve grande aprovação entre os municípios, que possuíam interesse em aumentar a renda orçamentária de suas receitas, o que se tornou perceptível pelo fato de que, em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde.

Certas cidades no Brasil dependem dessa transferência de recursos financeiros para o funcionamento integral do setor de saúde dentro dos limites do município e, dessa forma, atender plenamente seus moradores. Esse fator demonstra a importância da regionalização, pois ela possibilita que os cidadãos possam receber um atendimento de qualidade em locais próximos a suas residências.

Esse seria o objetivo principal da descentralização, uma redistribuição de poder e responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre as esferas governamentais, considerando que a proximidade geográfica permitiria uma melhor compreensão das necessidades da área. O município tem o dever de desenvolver ações de saúde direcionadas a sua população e para isso, necessita ser capaz de executar funções administrativas, técnicas e financeiras.

Porém, esse propósito é prejudicado por má administração financeira, pois parte dos valores não é direcionada à área da saúde, prejudicando o desenvolvimento do setor e de seus profissionais. Tendo em vista esse fator, é necessário priorizar o tópico da gestão eficaz, e, por conseguinte, do direcionamento adequado de capital, fornecendo, assim, os meios necessários para efetivação dos direitos expressos no ordenamento jurídico brasileiro.

Nesse processo, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que definiram competências, responsabilidades e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as condições de gestão no SUS (Viana et al., 2002).

De acordo com Viana e colaboradores (2002), as análises sobre o processo recente de descentralização apontam, na área social, e, em específico, na saúde, a tendência das variáveis microinstitucionais (poderes locais) terem respondido de forma mais direta pelo (in)sucesso de determinadas políticas, evidenciando um grau de autonomia da gestão local. A diretriz de universalidade se refere a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão conforme estabelecido pelo Art. 196 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa diretriz garante a todos o acesso a serviços públicos de saúde independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é um direito do cidadão e um dever do Governo. A equidade foca na diminuição das desigualdades. Afinal, apesar de todos terem direito a esses serviços, cada pessoa possui uma realidade diferente, portanto, tem demandas diversas. Existe então a responsabilidade de garantir a todos os brasileiros, em igualdade de condições, o acesso pleno aos serviços ofertados pelo sistema.

Sendo assim, as ações irão priorizar locais com maior carência, atravessando barreiras sociais e geográficas, para que todos possam ser atendidos, independentemente do local onde residem. Todos são iguais dentro desse sistema e terão suas carências sanadas conforme o que o SUS pode oferecer.

Os serviços são geograficamente posicionados de maneira a atender uma população pré-definida, através de uma organização complexa, que utiliza critérios epidemiológicos. Essa diretriz é chamada de regionalização e foca na habilidade de ofertar assistência a uma certa localidade em sua totalidade e utilizando todos os meios tecnológicos à disposição, solucionando de fato as problemáticas (Viana et al., 2002).

A estrutura de serviços, disposta de maneira hierárquica e geograficamente definida, possibilita uma compreensão ampliada do estado de saúde da população da região específica, facilitando intervenções de cuidados ambulatoriais e hospitalares, em qualquer grau de complexidade.

O acesso da população à rede deve ocorrer através dos serviços de atenção primária, que precisam estar capacitados para atender e solucionar as principais necessidades que requerem assistência médica. Os demais casos devem ser encaminhados para os serviços de tecnologia mais avançada. Essas abordagens contribuem para a abrangência da assistência, juntamente com o controle e a eficiência dos recursos no sistema de saúde (Viana et al., 2002).

Outra diretriz do SUS é a resolubilidade, determinando que quando existe uma pessoa procurando atendimento ou quando ocorre uma questão que envolve um coletivo na área da saúde, o serviço apropriado esteja habilitado a abordá-lo e solucioná-lo dentro dos limites de sua capacidade; e, caso não possa oferecer a assistência necessária, encaminhe-o para um nível de complexidade superior.

A estrutura de serviços do SUS precisa ser configurada de maneira regional e com uma hierarquia, possibilitando uma compreensão mais ampla das questões de saúde que afetam a população de uma região específica. Isso promove atividades de monitoramento epidemiológico, sanitário, controle de vetores, promoção da saúde, juntamente com os serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os graus de dificuldade (Viana, 2002).

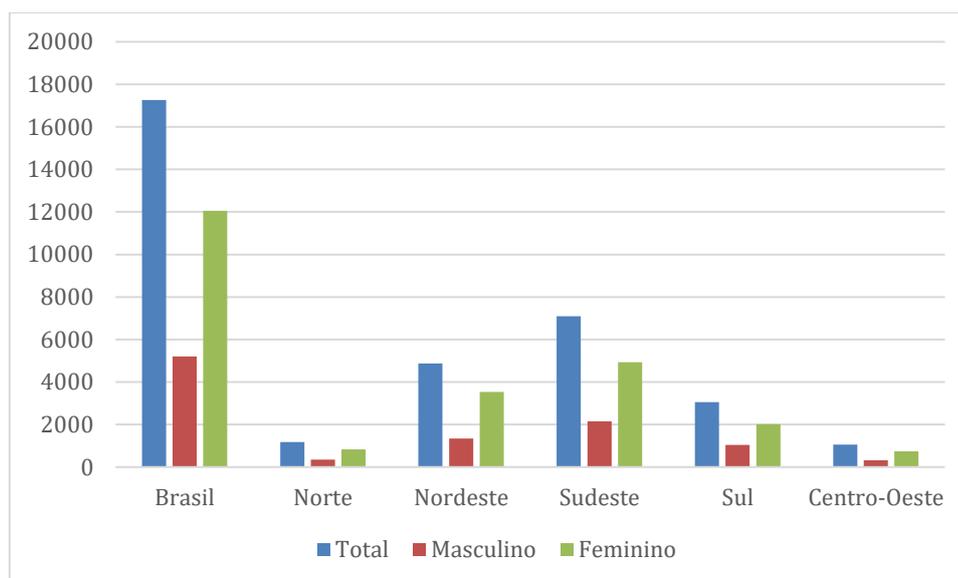
O próximo gráfico apresenta o número de pessoas de 18 anos ou mais que utilizaram algum serviço de Atenção Primária de Saúde nos últimos seis meses anteriores à pesquisa do IBGE realizada em 2019, e fornece informações relevantes sobre o acesso e a utilização desses serviços no Brasil e suas grandes regiões no mesmo ano.

Notavelmente, o total de pessoas beneficiadas em todo o país atingiu a marca de 17.260.556, destacando a abrangência desses serviços. Ao desmembrar os dados por região, observamos variações significativas. O Sudeste lidera em termos absolutos, com 7.097.010 pessoas atendidas, enquanto o Norte registra 1.172.221 pessoas.

A diferenciação por gênero também é relevante, revelando que, no âmbito nacional, as mulheres apresentam uma frequência maior de utilização, com 12.056.650 em comparação com 5.203.907 homens. Essa disparidade é consistente em todas as regiões.

Esses dados, provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (2019), são uma base útil para a avaliação do acesso aos serviços de Atenção Primária de Saúde no país. Uma análise mais aprofundada desses números pode orientar políticas públicas e práticas de saúde, atualizando a cobertura e a eficácia desses serviços essenciais para a população brasileira.

Gráfico 1 - Indivíduos com 18 anos ou mais que fizeram uso de algum serviço da Atenção Primária à Saúde nos seis meses anteriores à data da entrevista, em mil pessoas



Fonte: IBGE, 2019. Elaborado pela Autora.

A Tabela 7648, publicada pelo IBGE (2019), apresenta dados importantes sobre o uso dos serviços de Atenção Primária à Saúde por pessoas com 18 anos ou mais nos últimos seis meses antes da entrevista, destacando o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde, conforme

o motivo principal da busca por atendimento de saúde. Aqui estão algumas observações: O número total de pessoas no território nacional que utilizaram serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil foi de 17.260.556 mil. A procura por atendimento de saúde foi motivada principalmente por questões relacionadas a doenças ou outros problemas de saúde, representando a maioria dos casos.

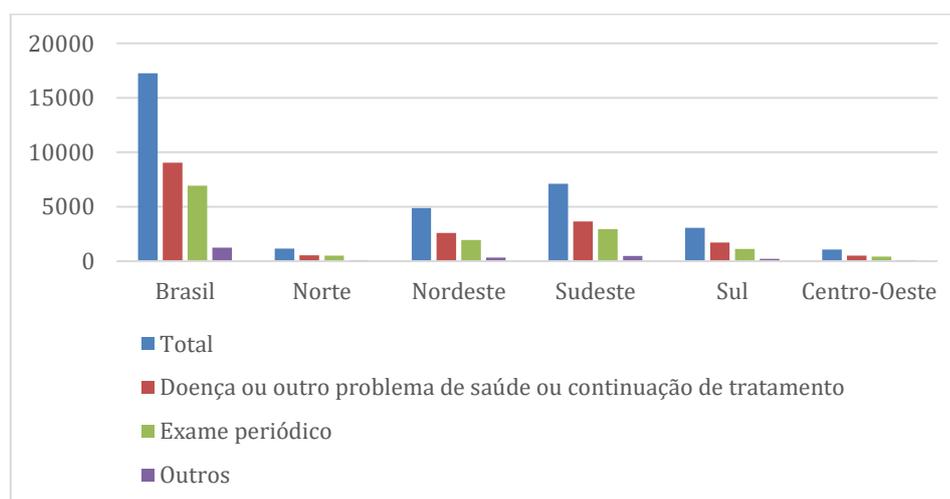
A região Norte teve 1.172.221 milhões de pessoas utilizando serviços de Atenção Primária à Saúde, com a maioria buscando atendimento devido a doenças ou problemas de saúde. No Nordeste, 4.869.701 mil pessoas procuram atendimento, com predominância de casos relacionados a doenças ou outros problemas de saúde. Na região Sudeste, 7.097,01 mil pessoas utilizam esses serviços, sendo a maioria motivada por doenças ou outros problemas de saúde. saúde.

No Sul, 3.061.248 mil pessoas buscaram atendimento, com destaque para casos relacionados a doenças ou problemas de saúde. A região Centro-Oeste teve 1.060.375 mil pessoas utilizando serviços, sendo a maioria motivada por doenças ou outros problemas de saúde.

A tabela destaca que a procura por atendimento devido a doenças ou outros problemas de saúde é o motivo predominante em todas as regiões. Esses dados são cruciais para compreender as demandas específicas de saúde de cada região e orientar estratégias de atendimento na Atenção Primária à Saúde.

Sendo assim, foi transformada no gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Indivíduos com 18 anos ou mais que fizeram uso de algum serviço da Atenção Primária de Saúde, nos seis meses antes da data da entrevista (Mil pessoas)



Fonte: IBGE, 2019. Elaborado pela Autora.

A participação dos cidadãos no SUS é a asseguarção constitucional de que a população, através de suas organizações representativas, estará envolvida no desenvolvimento e avaliação das políticas de saúde e na supervisão de sua implementação, em todas as esferas, do âmbito federal ao regional. Esta participação é efetivada por intermédio dos órgãos de saúde que detêm autoridade para tomar decisões, de forma contínua, com uma composição representativa de toda a comunidade.

Sua estrutura deve ser equilibrada, com metade de seus integrantes representando os beneficiários, enquanto a outra metade representa o conjunto que inclui o governo, profissionais de saúde e fornecedores privados de serviços.

Os órgãos consultivos devem ser estabelecidos por regulamentação do âmbito governamental respectivo, na qual são especificados os membros do conselho e outras diretrizes para seu funcionamento. Além disso, deve-se incluir no processo participativo a obrigação das instituições de fornecer as informações e expertise necessárias para que a comunidade possa tomar posição em relação às questões de saúde pertinentes.

Outros meios de envolvimento incluem as Convenções de Saúde, que constituem encontros com a inclusão de diversos setores da sociedade, destinados a apresentar diretrizes, analisar o estado da saúde e contribuir para a formulação da política de saúde.

Esses eventos ocorrem de maneira regular em todos os níveis de governo, representando os órgãos decisórios mais elevados. É responsabilidade das organizações disponibilizar os dados e competências essenciais para que a comunidade possa manifestar sua opinião sobre assuntos relacionados à sua saúde (Vasconcelos; Pasche, 2006).

O SUS também tem como diretriz o atendimento integral e, por isso, as medidas para promover, proteger e reabilitar a saúde não podem ser divididas, portanto, os serviços de saúde devem aplicar na realidade o conceito de que se cada indivíduo é uma unidade indivisível e parte de uma comunidade, as iniciativas de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser segmentadas.

Além disso, as unidades de atendimento de saúde, com seus diferentes níveis de complexidade, compõem um sistema que é capaz de oferecer assistência de forma integral. Paralelamente, o princípio da integralidade requer a coordenação da saúde com outras políticas públicas, garantindo uma abordagem interdisciplinar entre as diferentes áreas que afetam a saúde e a qualidade de vida das pessoas (Vasconcelos; Pasche, 2006).

Para organizar o SUS com base nos princípios doutrinários mencionados e levando em consideração a noção de seguridade social e interesse público, existem diretrizes que orientam o processo, efetivamente representando maneiras de concretizar o SUS na prática.

A coordenação das ações está relacionada com a continuidade da assistência e o cuidado aos usuários em diferentes estágios, algo que deve ser regulado pelas unidades de prestação de serviços de saúde. No entanto, essa integração frequentemente não ocorre devido à falta de comprometimento daqueles que trabalham na área, obstáculos impostos pelas unidades de saúde e várias outras razões que resultam na população não recebendo a devida atenção, continuidade no tratamento e conhecimento de seus direitos.

A garantia dos direitos dos cidadãos está intrinsecamente ligada à democracia participativa, onde os indivíduos têm influência na definição e execução das políticas de saúde (Vasconcelos; Pasche, 2006). A participação da comunidade na gestão do SUS, por meio do controle social, é respaldada pela Lei 8.142 de 1990 (Brasil, 1990b) e envolve a representação dos usuários no processo de tomada de decisões relacionadas à saúde, seja nas Unidades de Saúde, nos Conselhos de Saúde ou nas Conferências de Saúde que ocorrem regularmente em todas as esferas governamentais.

O Sistema Único de Saúde, como responsável por iniciativas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, possui uma estrutura legislativa abrangente para um sistema de saúde nacional. Entretanto, em um país com dimensões territoriais vastas como o Brasil, que enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos e políticos, juntamente com diversas disparidades, implementar efetivamente o SUS se torna uma tarefa complexa. Há inúmeras questões a serem abordadas, começando pela qualidade de vida dos cidadãos.

Segundo a definição abrangente de saúde da Organização Mundial de Saúde, "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença", englobando aspectos como ocupação, recreação, instrução, habitação, higiene, entre outros (1946). Embora este conceito seja frequentemente visto como uma aspiração irreal, já que algum grau de doença pode coexistir com o estado de saúde, é crucial reconhecer a influência dos fatores socioeconômicos no processo saúde-enfermidade. Portanto, é fundamental estabelecer uma conexão entre o setor da saúde e diversas outras áreas para efetivamente alcançar o estado de saúde desejado e de direito.

2.3 Limitações e Desafios a Enfrentar na Consolidação do Sus

Pode-se afirmar que o SUS enfrenta um dilema entre o que está estabelecido por escrito e o que é efetivamente executado. A desconfiança da população brasileira em relação a um sistema de saúde universal leva muitos indivíduos a buscar serviços, planos de saúde ou seguradoras privadas, resultando em custos elevados, especialmente para a parcela mais idosa

da população, que é a que mais precisa, devido ao aumento da expectativa de vida e aos problemas de saúde associados à terceira idade. Esse fenômeno é evidenciado pela considerável quantidade de solicitações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) relacionadas ao aumento das mensalidades dos planos de saúde (Brasil, 2007).

No entanto, o sistema de saúde suplementar desempenha um papel crucial em um país com desigualdades sociais acentuadas, como o Brasil, onde a distribuição de renda é altamente desigual. Isso torna necessário o uso do setor privado por parte daqueles que têm recursos, especialmente porque o sistema privado tem estabelecido parcerias mais amplas com o SUS, complementando a oferta de serviços devido à carência de determinados atendimentos na esfera pública.

A participação do setor privado no SUS é mais notável na atenção hospitalar e na prestação de serviços especializados de alto custo e avançada tecnologia, que o sistema público não pôde disponibilizar devido a limitações de investimento (Vasconcelos; Pasche, 2006).

O SUS enfrenta desafios constantes devido à sua complexidade, às diferenças regionais, à fragmentação das políticas de saúde, à necessidade de aprimoramento da gestão e controle social, bem como à organização de uma rede de ações e serviços de saúde com hierarquização e regionalização.

A dificuldade dos gestores em promover a integração entre estados, municípios e as redes de assistência estatais com os serviços de alcance nacional resultou em problemas de acesso e comprometeu a universalidade e integralidade do sistema (Vasconcelos, 2005).

O desafio enfrentado pelos administradores em facilitar a conexão entre estados, municípios e as redes de assistência estatais com os serviços de âmbito nacional tem resultado em obstáculos para o acesso aos serviços e na limitação da universalidade e integralidade (Vasconcelos, 2005). Isso significa que muitos usuários não conseguem desfrutar do seu direito universal à saúde.

A presença de gestores mais interessados em campanhas políticas eleitorais do que na saúde dos cidadãos resulta em falhas significativas no sistema, prejudicando principalmente a população. Nesse contexto, uma gestão aprimorada implica em uma alocação financeira mais eficiente para o setor, com uma distribuição equitativa de recursos, melhor utilização desses investimentos, remuneração mais justa para os profissionais de saúde e a possível construção de vínculos profissionais mais sólidos. Atualmente, esses laços são frequentemente precários, o que leva à desmotivação e ao desânimo entre os funcionários.

Além disso, a precarização das condições de trabalho descontenta os profissionais de saúde que, por diversas razões, não recebem salários adequados, não têm segurança no emprego

nem direitos trabalhistas. Essa situação pode resultar em uma falta de comprometimento com a comunidade, minando a construção de vínculos sólidos entre os profissionais e os usuários, algo que é enfatizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Em vez disso, surge uma relação desprovida de realidade entre empregador e empregado, caracterizada por uma mentalidade do tipo "você finge que me paga e eu finjo que trabalho".

A ESF, como uma reorganização da Atenção Básica, desempenha um papel essencial no SUS, sendo responsável por este nível de assistência e pela referência dos casos que requerem tratamento de média e alta complexidade para os níveis de atenção secundária e terciária.

Entretanto, em muitos municípios do Brasil, a ESF não opera de maneira completa e equitativa, devido a uma série de fatores, entre os quais podemos destacar: a contratação de profissionais que não se encaixam no perfil necessário para essa área de atuação; a precarização das condições de trabalho; e uma administração ineficiente de gestores que pressionam os profissionais a realizarem ações principalmente curativas, com o objetivo de atender um grande número de pessoas, o que pode ser usado como um trunfo na política local, especialmente durante as campanhas eleitorais.

Essas ações ainda são valorizadas pela população em geral, que historicamente recebeu cuidados de saúde de maneira predominantemente curativa. Portanto, muitas pessoas ainda não compreendem o verdadeiro significado da saúde como um estado de bem-estar biopsicossocial, garantido por meio de ações de prevenção e promoção da saúde.

Nessa ótica, a formação dos profissionais de saúde é um componente crítico que precisa ser constantemente reavaliado, visando evitar situações em que os profissionais não estejam preparados para o trabalho coletivo, integrado e interdisciplinar, aspectos essenciais para a construção do SUS desejado.

De acordo com Amâncio Filho (2004), é imperativo estabelecer um processo educacional que conecte a formação profissional com as necessidades e demandas da sociedade, como estratégia para o desenvolvimento econômico, social e cultural.

Essa conexão deve ser estabelecida desde o período da graduação ou da formação técnica e se estender ao longo da carreira dos profissionais, por meio de estratégias de educação continuada. Atualmente, algumas universidades estão passando por mudanças significativas nos currículos dos cursos de saúde, com a maioria dessas alterações fortemente relacionadas ao SUS.

Além disso, o Ministério da Saúde está investindo em âmbito nacional na educação continuada, inclusive por meio da educação à distância, a fim de reduzir a lacuna entre a

academia e os serviços de saúde, superar limitações na busca por conhecimentos complementares que aprimorem o desempenho profissional, principalmente na área de gestão (Costa, 2007).

Além da gestão, é preciso aprimorar a capacitação do controle social, abrangendo as diversas atividades que as forças sociais empreendem para influenciar a formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas e serviços de saúde (Gamarra Júnior, 2006).

Nesse contexto, Gamarra Júnior (2006) destaca como desafios a serem superados na esfera do controle social problemas relacionados à formação dos conselheiros, à dificuldade dos cidadãos em acessar informações do sistema, ao não cumprimento das deliberações dos conselhos por parte dos gestores, à falta de conhecimento generalizado entre a população sobre seus direitos como fiscalizadores do SUS, entre outros obstáculos. Desse modo, é fundamental aprimorar a capacitação dos conselhos de saúde, expandindo sua atuação em locais onde já existem e estabelecendo-os em áreas que ainda não possuem essas instâncias.

As várias limitações enfrentadas pelo SUS merecem ser amplamente reconhecidas, de forma a incentivar a busca por alternativas e soluções sólidas. Como Campos (2007) sugere, isso pode ser alcançado através de um movimento em prol de políticas sociais e redistribuição de renda, destacando o SUS perante a sociedade como uma reforma social significativa que impacta o bem-estar e a proteção social, além de um desempenho efetivo capaz de aprimorar as condições de saúde e sanitárias das pessoas. Esse é, sem dúvida, o maior desafio relacionado ao SUS.

As mudanças pelas quais o SUS está passando representam desafios significativos para os gestores em todas as esferas de governo. A criação do Pacto pela Saúde, a ênfase na regionalização solidária e cooperativa, a implementação da Política Nacional de Humanização, entre outras ações, visa superar as principais barreiras do sistema.

Em 2006, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, que introduziu a noção de gestão pública baseada em resultados e responsabilidade sanitária. Esse pacto aprofundou a descentralização para os estados e municípios, por meio de um acordo entre as diferentes esferas de governo, articulando-se em três dimensões principais: o Pacto em Defesa do SUS, representando um movimento social de apoio ao SUS; o Pacto pela Vida, reforçando a ênfase na gestão pública com foco em resultados e priorizando a saúde do idoso, a redução da mortalidade infantil e materna, o controle de doenças emergentes e endemias, a redução das vítimas de câncer de colo de útero e de mama, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Primária; e o Pacto de Gestão, que estabelece responsabilidades mais claras para cada esfera federativa, promovendo uma regionalização integrada das ações e serviços de saúde (Brasil, 2007; Brasil, 2006).

O Pacto pela Saúde representa um compromisso público voltado para superar os desafios enfrentados pelo SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Ele envolve um conjunto de reformas institucionais do SUS, acordado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover mudanças nos processos e instrumentos de gestão, visando aprimorar a eficiência e a qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (Rodrigues, 2006).

A descentralização e regionalização da saúde no Brasil têm sido uma proposta em vigor desde a Constituição Federal de 1988, que atribuiu autonomia aos três níveis de governo. No entanto, os desafios na implementação dessas diretrizes levaram à necessidade de estabelecer mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação para facilitar as ações intergovernamentais no setor de saúde (Brasil, 1988).

A gestão descentralizada da saúde ainda enfrenta o desafio de superar a fragmentação das estruturas municipais, que muitas vezes estão organizadas de forma estanque, resultando em desigualdades na qualidade e no acesso aos serviços, o que prejudica a legitimidade do sistema de saúde (Brasil, 2006).

Atualmente, a operacionalização dessas diretrizes está caminhando em direção à implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que visa definir o desenho final do processo de pactuação entre os gestores, identificando e reconhecendo as Regiões de Saúde. Isso envolve ações de construção e reconstrução com o objetivo de potencializar as ações de saúde em nível regional (Brasil, 2006). O PDR é uma iniciativa que tem sido liderada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, mas enfrenta desafios de implementação devido à complexidade envolvida no processo de regionalização, incluindo a necessidade de coordenar entre municípios e estados, lidar com a alocação de recursos financeiros, definir as formas de acesso dos usuários aos serviços de saúde e estabelecer processos de gestão em nível local e regional.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde é vista como uma abordagem favorável para enfrentar os desafios na saúde. Ela busca ampliar o acesso aos serviços e produtos de saúde com qualidade, promover a corresponsabilização de trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gestão e atenção, apoiar a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a promoção da saúde e o desenvolvimento de indivíduos (Brasil, 2008).

Portanto, o SUS é compreendido como uma política em constante evolução, direcionada para a promoção efetiva da saúde da população brasileira por meio dos princípios da

universalidade, integralidade e equidade. O sistema está comprometido em superar os desafios que surgiram ao longo de seus 20 anos de existência.

3. EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL: CONTROLE, PREVENÇÃO E DESAFIOS NA ERA ATUAL

A epidemia do HIV representa um desafio global persistente, impactando vidas em todo o mundo e, de maneira significativa, no Brasil. Este capítulo explora a complexidade do cenário nacional, abordando estratégias de controle e prevenção da propagação do vírus, a amplitude dos casos em território brasileiro, as políticas inovadoras pelo Programa Nacional de AIDS e a influência das políticas federais. Além disso, destacaremos a interseção entre o HIV e o estigma, analisando como essa dinâmica se reflete na contemporaneidade, refletida de maneira precisa nas estatísticas atuais. Este exame busca compreender a dinâmica multifacetada da epidemia, e forneceu reflexões cruciais para abordagens práticas e abrangentes no enfrentamento do HIV no contexto brasileiro.

Em 1981, nos Estados Unidos, houve a primeira notificação oficial de casos de AIDS (Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida). Envolveu indivíduos do sexo masculino com séria deficiência imunológica e infecção pelo citomegalovírus, um vírus pertencente à família do herpes que provoca infecções em pessoas com sistema imunológico comprometido (Kaur, 2021)

Inicialmente, a epidemia impactou com maior intensidade a comunidade homossexual. A doença foi então denominada de forma coloquial como "síndrome de comprometimento gay". Um ano depois, foi relatado o primeiro caso em hemofílicos, que são pacientes que necessitam de múltiplas transfusões sanguíneas ao longo de suas vidas (Campana, 2019).

No Brasil, o primeiro registro ocorreu em 1983, no Estado de São Paulo. Envolveu um jovem com orientação homossexual, que apresentou sintomas como febre, perda de peso e linfonodos inchados pelo corpo. Ele foi inicialmente diagnosticado com tuberculose disseminada.

Durante o 2º Congresso Brasileiro de Infectologia no mesmo ano, esses casos e outros semelhantes foram relatados. Nesse evento, Albert Sabin, renomado pesquisador na área de vacinas, defendeu a proibição da doação de sangue por homossexuais, com a ameaça de punição em caso de desobediência. Alguns especialistas ainda acreditavam que essa doença não se tornaria epidêmica no Brasil, presumindo que esses acontecimentos estariam restritos aos Estados Unidos. Somente no segundo semestre de 1983, o vírus foi identificado como o agente causal da AIDS (Trombini, 2022).

No início da epidemia, os movimentos sociais LGBTQ+ estavam passando por um período de desintegração. Em 1981, o renomado jornal da comunidade gay, *Lampião de*

Esquina, foi encerrado. Em 1983, uma crise política levou à divisão do Somos, que foi o primeiro movimento social significativo da comunidade homossexual no eixo Rio-São Paulo. Em um contexto em que se propagava que a epidemia estava afetando predominantemente a população homossexual, a falta inicial desses movimentos para colaborar na criação de um plano de ação para combater a epidemia era problemática (Campana, 2019).

3.1 Controle e prevenção da disseminação do vírus

Desde o primeiro caso, houve debates, entre os funcionários da saúde, sobre considerar a AIDS um problema de saúde pública. Muitos profissionais alertaram para a experiência dos Estados Unidos, onde o número de casos estava crescendo de maneira exponencial. No entanto, para o Ministério da Saúde, os números iniciais de casos eram relativamente baixos, e havia outras doenças que eram consideradas de maior preocupação, como malária, leptospirose, desnutrição infantil e febre tifoide. Por isso, inicialmente, o Ministério da Saúde não implementou medidas específicas para o controle e prevenção do vírus.

Em São Paulo, a primeira cidade brasileira a diagnosticar um caso de AIDS em 1983, um grupo de homossexuais começou a pressionar a criação de um serviço de atendimento à síndrome na Escola Paulista de Medicina. João Yunes, que era secretário de Saúde na época, atendeu ao pedido e estabeleceu o serviço. Isso marcou o início de uma abordagem sistemática para investigar casos de AIDS, incluindo a criação de fichas de investigação epidemiológica, programas de vigilância, grupos de apoio, instalações para internação de pacientes e atendimento ambulatorial. O controle e prevenção da disseminação da AIDS tornaram-se vitais à medida que a epidemia se desenvolvia (França, 2008).

A Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde deu início a investigações em âmbito estadual e coordenou atividades em todo o Estado. O Serviço de Elucidação Diagnóstica se tornou o ponto de referência para o atendimento ambulatorial, com uma equipe multidisciplinar.

Para casos que requeriam internação, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas foi designado como centro de referência para casos de AIDS. A partir desse ponto e ao longo da consolidação do programa nacional, o instituto desempenhou um papel crucial na capacitação de profissionais de saúde em todo o país, acumulando um conhecimento significativo sobre a doença desde o início (França, 2008).

Houve implementação de várias estratégias, incluindo: campanhas educacionais para informar o público sobre a transmissão, prevenção e riscos associados à AIDS: uso de

preservativos foi incentivado como uma medida eficaz para prevenir a transmissão sexual do vírus; programas de testagem do HIV e aconselhamento foram desenvolvidos para identificar os casos e oferecer suporte aos indivíduos infectados (Campana, 2019).

Da mesma maneira, a pesquisa contínua foi fundamental para entender o vírus e desenvolver tratamentos antirretrovirais mais eficazes que permitiram melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essas ações combinadas ajudaram a controlar a epidemia de AIDS e reduzir sua disseminação.

Adicionalmente, uma linha telefônica foi alocada para esclarecer perguntas. Este é o Disque-AIDS, uma iniciativa pioneira que mais tarde foi adotada por outras localidades no Brasil. Em 1983, o primeiro programa de AIDS de caráter público no Brasil foi estabelecido, e serviria de modelo para outros estados (Brasil, 2017)

No estado do Rio Grande do Sul, em contraposição a outros estados, a Divisão de Dermatologia Sanitária possuía uma considerável bagagem na esfera das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), além da hanseníase, que era o ponto central da atuação para controle naquele período. A Divisão liderou iniciativas pioneiras de educação sobre as ISTs.

Desde o surgimento do primeiro caso de AIDS no estado, a doença foi integrada em panfletos e materiais educativos. Em 1984, o programa foi iniciado no Rio Grande do Sul, inspirado no modelo paulista, que já estava em funcionamento havia um ano e apresentava resultados positivos (Barros, 2018).

Em 1985, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul alocou uma ala para o tratamento de pacientes com AIDS. Os profissionais que prestavam assistência a esses pacientes enfrentavam estigmatização por parte de outros profissionais de saúde. A falta de compreensão sobre a causa da doença gerava apreensão em muitos, enquanto despertava o interesse e a curiosidade de outros.

Em 1986, o Serviço de Dermatologia Sanitária organizou o "I Congresso Brasileiro de DST" em conjunto com o "I Encontro Latino-americano de AIDS" em Canela. Esse congresso impulsionou a criação do Programa Nacional de AIDS. Um curso de capacitação para gerentes de programas de IST foi oferecido, e na época, o curso adotou o slogan do então presidente José Sarney, "tudo pelo social", para criar o tema do curso: "tudo pelo sexual" (Moraes, 2019).

O sucesso da capacitação levou o Ministério da Saúde a divulgar o material educativo não apenas no país, mas também no Panamá. As práticas bem-sucedidas fizeram do Rio Grande do Sul uma nova referência para as políticas públicas de combate à AIDS.

No Rio de Janeiro, a ênfase inicial foi na investigação científica. Enquanto São Paulo e o Rio Grande do Sul focavam na investigação de casos, assistência e prevenção, no Rio de Janeiro, houve uma maior concentração de investimento na pesquisa laboratorial e na ciência. Em 1982, um projeto liderado por Bernardo Galvão, pesquisador do centro de imunologia de doenças parasitárias da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), começou a estudar o padrão de resposta imune à doença (Moura, 2005).

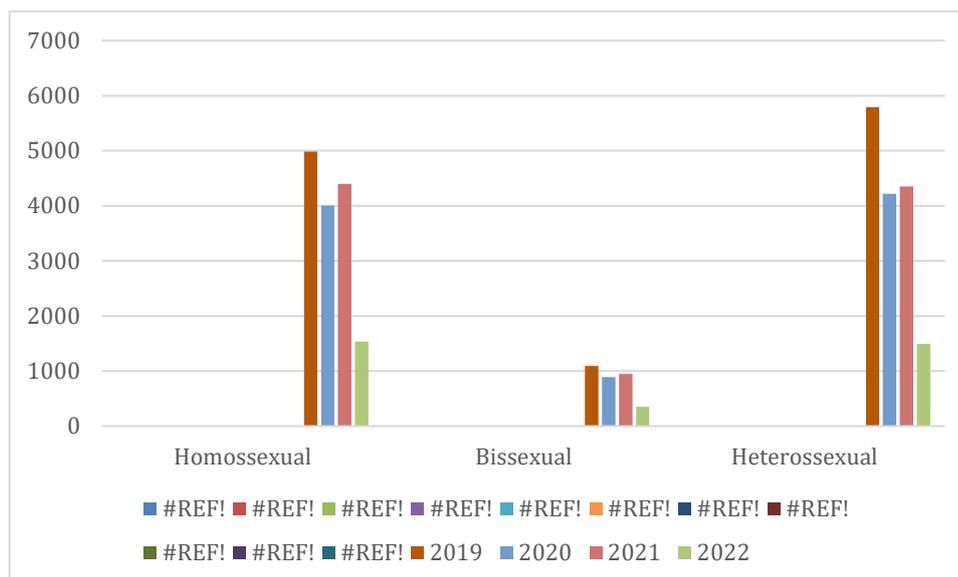
Na época, não havia recursos institucionais disponíveis, e muitas vezes reagentes destinados a outras pesquisas eram desviados pelo pesquisador para aprofundar o entendimento dessa nova doença, que ainda não era considerada um problema relevante pelas autoridades. Somente em 1985, com Sérgio Arouca como presidente da Fiocruz, a AIDS passou a ser uma prioridade de saúde pública para a fundação (Moura, 2005).

Foi então criado o Programa Institucional da Fiocruz, que abrangeu assistência, pesquisa e ações de educação e prevenção. Durante esse período, Peggy Pereira, uma mulher inglesa e ex-chefe do Laboratório de Saúde Pública de Londres, desempenhou um papel significativo. Ela recebeu de Robert Gallo amostras de células infectadas pelo vírus e, ao retornar ao Brasil com seu marido, Hélio Gelli Pereira, virologista, trouxe essas amostras escondidas em sua bagagem. Isso permitiu ao pesquisador Bernardo Galvão aprofundar sua compreensão das células infectadas e desenvolver testes de imunofluorescência, que se tornaram um método diagnóstico da doença. Esse teste diagnóstico passou a ser usado na triagem sanguínea dos bancos de sangue brasileiros (Moura, 2005).

No Rio de Janeiro, ao contrário de São Paulo, onde o movimento homossexual pressionou o poder público para a implementação de medidas de controle da AIDS, os profissionais de saúde foram ao encontro dessa população. Eles buscaram estabelecimentos frequentados por gays, como bares e saunas, para realizar ações educativas e preventivas (Campana, 2019).

A comunidade LGBTQIA+ recebeu bem essas ações, e logo se estabeleceu uma parceria entre o Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde e a comunidade. Foram realizadas reuniões noturnas para orientar a comunidade sobre prevenção e assistência.

Gráfico 3 - Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais por ano de diagnóstico



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2023. Elaborado pela Autora.

O gráfico acima demonstra que a AIDS não é uma exclusividade homossexual, porém os números mostram uma predominância, em determinados períodos temporais, entre os heterossexuais.

Nesse contexto, também se destacou o movimento dos hemofílicos, liderado por o sociólogo Herbert de Souza, que lutou pela melhoria na qualidade dos bancos de sangue. Herbert, irmão de Henfil, contraiu o vírus devido a transfusões de sangue e desempenhou um papel expressivo na luta contra a AIDS e, posteriormente, na luta contra a fome no Brasil (Veiga, 2022).

3.2 Casos por todo o Brasil

A epidemia de AIDS começou a se espalhar por todo o país durante os anos de 1983 a 1985, com casos registrados em praticamente todas as capitais. Após São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul iniciarem suas ações iniciais, outros estados como Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Ceará e Pará também buscaram meios de atender às necessidades dos pacientes com AIDS. Em Minas Gerais, a Comissão Institucional de AIDS foi criada em 1984 para combater a epidemia no estado (Brasil, 2003)

Na Universidade Federal de Minas Gerais, uma ala de internação chamada "Serviço de Imunodeficiência" foi estabelecida para pacientes com AIDS, apesar da resistência da direção da instituição, que questionava a preparação de seus profissionais para lidar com esses casos. Somente em 1987, um programa estadual efetivo de combate à AIDS foi consolidado, com base nas experiências bem-sucedidas dos gaúchos (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Na Bahia, desde o início das primeiras políticas públicas, houve uma colaboração entre os movimentos sociais e a secretaria de saúde. A parceria com o Grupo Gay da Bahia (GGB) foi fundamental para o desenvolvimento de ações educativas, campanhas de prevenção e o estabelecimento de contato com a comunidade gay local. No Pará, a pressão de responsáveis pelos hemocentros levou o governo a criar um serviço específico para o tratamento da AIDS (Campana, 2019).

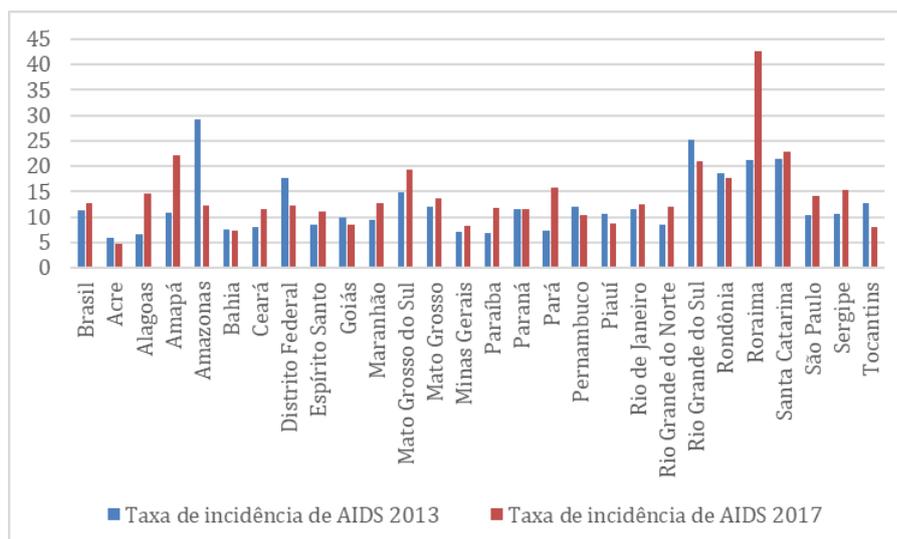
Em outros estados, especialmente na região Nordeste, programas estaduais começaram a ser planejados com base nas experiências anteriores. Além disso, foi iniciado um intercâmbio de profissionais para treinamento em centros considerados como referência. Em grande parte desses estados, os movimentos da comunidade homossexual não tiveram uma participação significativa inicialmente.

Nos dias atuais, a taxa de incidência de AIDS em diferentes estados brasileiros entre 2013 e 2017 revelam um panorama complexo e variado da situação da doença no país. Observa-se uma oscilação nas taxas de incidência ao longo desses anos, com alguns estados apresentando aumento significativo, enquanto outros registraram reduções ou manutenção relativamente estáveis (Brasil, 2022).

Por exemplo, estados como Amapá, Roraima e Rio Grande do Sul mostram aumentos expressivos entre 2013 e 2017, diminuindo um possível desafio na contenção da propagação do vírus HIV nesses locais. Em contrapartida, algumas unidades federativas, como Acre, Alagoas e Paraíba, apresentam uma redução nas taxas de incidência, indicando possíveis estratégias bem sucedidas de prevenção e controle da doença (Brasil, 2022).

Esses números destacam a importância da implementação de políticas públicas de saúde específicas e direcionadas para cada região, considerando as diferentes realidades e necessidades locais para combater a propagação do HIV/AIDS de maneira eficaz. A análise desses dados territorializados é fundamental para direcionar recursos e ações preventivas de forma mais direcionada e eficiente.

Gráfico 4 - Taxa de incidência de AIDS



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022. Elaborado pela Autora

3.3 Políticas federais

Os primeiros passos do Programa Nacional de AIDS foram dados após a morte de Tancredo Neves, quando José Sarney assumiu a presidência da República. Ele nomeou o médico Carlos Santana como Ministro da Saúde e atribuiu à sanitarista Fabíola Nunes Aguiar a liderança da Secretaria Nacional de Programas Especiais, que incluía a Divisão de Dermatologia Sanitária, responsável na época pela hanseníase e IST's (Barros, 2018).

Nessa ocasião, a Divisão de Dermatologia Sanitária realizou a primeira reunião sobre AIDS do ministério, onde foi criada uma ficha de notificação para investigação epidemiológica. Na televisão, foi ao ar uma campanha com o jogador e médico Sócrates como porta-voz, que ficou conhecida como a "campanha do Sócrates" (Barros, 2018).

Ainda em 1985, o Ministério da Saúde estabeleceu suas diretrizes gerais sobre a AIDS. São Paulo foi escolhido como referência nacional devido à sua experiência pioneira no tratamento de casos e implementação de medidas de controle. Normas relacionadas à vigilância epidemiológica, manejo clínico e biossegurança foram desenvolvidas pela primeira vez (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Em 1986, o Programa Nacional de AIDS foi transferido para o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), onde se encontra até hoje. O INI assumiu a coordenação nacional do programa e realizou uma série de ações, incluindo o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a expansão da assistência aos pacientes com HIV/AIDS e o desenvolvimento de pesquisas na área. O programa se tornou

referência nacional e internacional no combate à AIDS, contribuindo para a prevenção, o tratamento e o controle da epidemia no Brasil (Cotrim, 2021).

Vale ressaltar que a luta contra a AIDS envolveu o trabalho de muitos profissionais dedicados, tanto da área da saúde como de outros setores, além do engajamento de movimentos sociais, ONGs e da comunidade em geral. A epidemia de AIDS representou um desafio significativo para o Brasil, mas também demonstrou a capacidade do país em enfrentar e controlar uma doença complexa, graças ao esforço conjunto de muitas pessoas e instituições

A consolidação das políticas federais de combate à AIDS teve início com a criação de um setor exclusivo para lidar com a doença, o que permitiu a estruturação de um programa nacional. Após o Congresso de Canela, a Comissão Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais foi estabelecida (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Essa comissão era composta por representantes do movimento social homossexual e de AIDS, universidades, membros das secretarias estaduais de saúde, membros das igrejas presbiteriana e católica, bem como indivíduos de diversos ministérios. Embora tivesse um papel consultivo, a comissão desempenhou um papel importante na definição de estratégias e no início do controle social na formação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Teodorescu; Teixeira, 2015).

O primeiro núcleo do Programa Nacional de AIDS foi formado por Lair Guerra, o epidemiologista Euclides de Castilho, o sanitarista Pedro Chequer e a bióloga da dermatologia sanitária Miriam Franchini. A partir desse ponto, iniciou-se uma tentativa de parceria com os estados para compartilhar experiências, com ênfase em São Paulo e Rio Grande do Sul (Barros, 2018).

Além disso, foram realizadas viagens por todo o país para capacitar profissionais e auxiliar na estruturação de programas de combate à AIDS. Em 1986, o antigo Programa Mundial de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS) alocou uma verba de 500 mil dólares anuais para o enfrentamento da epidemia no Brasil. Isso proporcionou à equipe mais recursos e possibilitou o crescimento do programa.

Em 1989, o Programa Previna foi criado, mas recebeu críticas por não adotar uma abordagem adequada de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, além de não ser suficientemente enfático na promoção do uso de preservativos (Brasil, 2022).

A partir do início de 1988, a zidovudina, o primeiro antirretroviral, tornou-se disponível para compra. O Ministério da Saúde optou por não adquirir o medicamento, argumentando que os recursos destinados ao tratamento deveriam ser provenientes do Ministério da Previdência. Como resultado, alguns estados iniciaram processos de compra independentes. Somente em

1991, a primeira compra de antirretrovirais foi efetuada por meio do Ministério da Previdência. Além da zidovudina (AZT), outros medicamentos como a didanosina e tratamentos para infecções oportunistas foram adquiridos. (Brasil, 1999)

Em 1992, o Banco Mundial concedeu um empréstimo ao Brasil para o combate à AIDS. Um dos requisitos para esse empréstimo era a descentralização das ações para estados e municípios, o que desempenhou um papel crucial na consolidação dos programas de combate à AIDS em nível local.

Após a segunda gestão de Lair Guerra, em 1996, Pedro Chequer assumiu a liderança do Programa Nacional de AIDS. Sua gestão se destacou pela eficácia na comunicação com a sociedade civil, a imprensa e os movimentos sociais. Durante o seu mandato, houve pressão para a produção nacional de medicamentos, após a Conferência Internacional de AIDS em Vancouver ter divulgado o sucesso da associação de três medicamentos no controle da replicação viral (Barros, 2018).

Pedro Chequer autorizou a produção de medicamentos para AIDS por meio de Farmanguinhos, a Fundação Oswaldo Cruz, para aqueles medicamentos cujas patentes já haviam sido quebradas. Isso deu início a um dos maiores programas de assistência farmacêutica para AIDS do mundo, com a disponibilização de medicamentos de última geração até hoje para os pacientes por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4 O HIV e o Estigma

Desde o primeiro relato oficial da doença pelos Estados Unidos, a AIDS foi inicialmente apelidada de "síndrome de comprometimento gay". A partir desse momento, um discurso moral e preconceituoso foi fortemente associado à comunidade gay e continua a persistir. A AIDS levou a Organização Mundial de Saúde a estigmatizar a “promiscuidade”, e a homossexualidade foi listada na Classificação Internacional de Doenças. A imprensa, o poder público e até mesmo alguns profissionais de saúde adotaram atitudes moralistas e estigmatizantes em relação à população LGBTQIA+ (Trombini, 2022).

Santos (2018) destaca que nos primeiros casos de HIV, havia pouca compreensão sobre a infecção naquela época, e a síndrome estava associada à morte. Isso contribuiu para a disseminação do estigma e preconceito direcionados aos grupos de homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Esses grupos foram diretamente ligados à doença, e o medo da infecção permeou suas relações sociais.

Denise Jodelet (2002), em seu estudo sobre as Representações Sociais da AIDS, observou que, no início da epidemia, as representações da doença estavam enraizadas em dois paradigmas principais: um de natureza moral e outro de natureza biológica. O estigma e o preconceito em relação à doença estavam relacionados ao aspecto moral, sendo percebidos como um castigo divino e uma consequência de comportamentos considerados imorais. Portanto, as representações associadas ao conceito de grupos de risco continuam a alimentar o estigma e o preconceito, mesmo diante das mudanças no tratamento e nas características da epidemia ao longo do tempo.

Inicialmente, a imprensa realizou uma campanha intensa de estigmatização da população homossexual após a divulgação dos primeiros casos de AIDS. Muitas revistas atribuíram a infecção unicamente aos gays. Por exemplo, a revista *IstoÉ* ficou marcada negativamente pela população homossexual ao descrever a AIDS como a "peste gay" e a "praga gay". Além disso, diversos veículos de comunicação rotularam a AIDS como o "câncer gay", reforçando a ideia de que a doença estava ligada a valores morais e comportamentos na sociedade (Trombini, 2022).

Nos hospitais que inicialmente começaram a tratar da doença, muitas vezes os profissionais de saúde foram os primeiros a recusar atendimento, pois não compreendiam a natureza da doença. Iniciativas de criação de alas para pacientes com AIDS em muitos centros de saúde foram criticadas por médicos e diretores hospitalares (Trombini, 2022).

Abordar a AIDS na década de 1980 significava lidar com o preconceito, a exclusão de um segmento populacional e a imposição de valores e costumes moralizadores. Estar envolvido com essa questão implicava enfrentar diariamente perguntas e ações ofensivas e preconceituosas. Somente com a confirmação de casos de AIDS decorrentes de transfusões de sangue é que essa estigmatização diminuiu. No entanto, até hoje, a população gay é erroneamente associada à AIDS e continua a sofrer preconceito e estigma devido a essa associação.

Ao longo de quase 40 anos, o Brasil, por meio de mulheres e homens corajosos e dedicados, de movimentos sociais autênticos e eventos marcantes, de ONGs que criticaram vigorosamente visões moralistas no combate à epidemia, construiu um modelo de atenção ao indivíduo com HIV/AIDS que é referência mundial. A luta contra a AIDS é, acima de tudo, uma luta pelos direitos humanos.

3.5 HIV na atualidade

A epidemia do HIV/AIDS que começou nos anos 80 resultou em esforços significativos para combater o vírus e prevenir o aumento no número de pessoas afetadas. No entanto, ainda há muitas pessoas infectadas, e nos últimos anos, esse número tem aumentado.

De acordo com os dados da UnAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA), as estatísticas globais sobre o HIV mostram que até o final de 2019, havia aproximadamente 38 milhões de pessoas em todo o mundo vivendo com o HIV, com 25,4 milhões delas tendo acesso à terapia antirretroviral. No mesmo ano, ocorreram 1,7 milhão de novas infecções por HIV, elevando o total de pessoas infectadas pelo HIV desde o início da epidemia para cerca de 75,7 milhões, com 32,7 milhões de mortes relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2021)

O Relatório da UnAIDS também destaca uma redução de 40% no número de novas infecções por HIV no Brasil desde o pico em 1998. Além disso, as mortes relacionadas à AIDS diminuíram em mais de 60% desde o pico em 2004. Embora haja progresso, é imprescindível continuar os esforços de prevenção, tratamento e conscientização para combater essa epidemia (UNAIDS, 2021).

Ao longo dos anos, o perfil da epidemia de HIV/AIDS tem se diversificado, o que cria novos desafios em relação às ações de prevenção. Essa mudança no perfil da epidemia também afetou o conceito de "grupos de risco", que passou a ser considerado como "populações vulneráveis" ao HIV/AIDS. Portanto, uma pessoa vulnerável não está relacionada apenas à possibilidade de adoecimento individual, mas também ao coletivo, considerando o sujeito como um todo e levando em conta os fatores de risco, bem como as questões sociais, econômicas e culturais que a colocaram em uma situação de vulnerabilidade em relação ao HIV/AIDS (Soares, 2017).

Com relação à condição socioeconômica, é importante destacar que tanto homens quanto mulheres podem se envolver na prostituição devido a oportunidades econômicas limitadas, onde o sexo pode ser uma moeda de troca para obter dinheiro ou até mesmo uma maneira de facilitar o acesso a drogas que alimentam algum vício. O uso de drogas também é um fator de risco importante em relação ao HIV/AIDS (Soares, 2017).

Com relação ao aspecto cultural, a falta de informações devido à baixa escolaridade também se apresenta como um fator de vulnerabilidade para o HIV/AIDS. A ausência do uso de preservativos nas relações sexuais frequentemente está relacionada à cultura do machismo,

bem como a questões de gênero, tornando as mulheres também vulneráveis à infecção (Brasil, 2023).

Tabela 1 - Casos de AIDS notificados no SINAN, segundo nível de escolaridade por ano de diagnóstico

Escolaridade	2019	2020	2021	2022
Analfabeto	441	253	290	95
Fundamental incompleto	4.638	3.190	3.141	1.071
Fundamental completo	3.062	2.310	2.463	867
Médio completo	5.478	4.444	4.822	1.775
Superior completo	1.814	1.521	1.678	562
Ignorado ou não se aplica	5.304	4.136	4.495	1.682

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2023. Adaptado pela Autora.

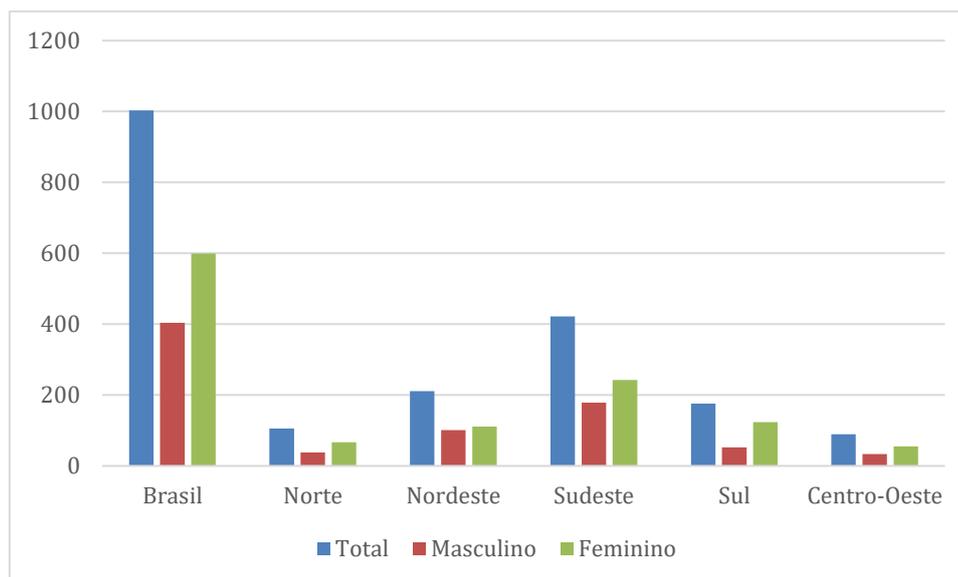
Dados do Ministério da Saúde indicam que a prevalência do HIV/AIDS na população em geral é de 0,4%, enquanto a prevalência em populações vulneráveis, como usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e mulheres profissionais do sexo, pode ser significativamente mais alta, com estimativas de 5,9%, 10,5% e 4,9%, respectivamente (Brasil, 2021).

O próximo gráfico mostra dados que fornecem informações sobre a prevalência de pessoas de 18 anos ou mais que relatam ter recebido um diagnóstico médico de IST nos últimos 12 meses, categorizados por região e gênero. No Brasil, o total de pessoas que relataram um diagnóstico médico de IST nos últimos 12 meses foi de 1003,37 mil. A distribuição de gênero mostra que mais mulheres (599.476 mil) receberam o diagnóstico em comparação com os homens (403.895 mil) (IBGE, 2019).

A região Norte teve 105.335 mil pessoas relatando um diagnóstico de IST nos últimos 12 meses. A maioria dos casos foi relatada por mulheres (67.182 mil), em comparação com os homens (38.153 mil). A região Nordeste teve a maior quantidade de casos, com 211.307 mil pessoas relatando um diagnóstico de IST. O número de mulheres (110.624 mil) foi superior ao número de homens (100.683 mil).

O Sudeste apresentou 421.404 mil casos, sendo a região com o maior número de casos. Novamente, as mulheres (242.825 mil) relatando mais casos do que os homens (178.579 mil), conforme o IBGE (2019).

Gráfico 5 - Indivíduos com 18 anos ou mais que disseram ter recebido um diagnóstico médico de infecção sexualmente transmissível nos últimos 12 meses, segmentados por gênero



Fonte: IBGE (2019). Elaborado pela Autora.

O aumento no número de novas infecções entre jovens também pode estar relacionado a um estilo de vida cercado de riscos e imprudência. Monteiro, Andrade e Santos (2019) acreditam que os jovens muitas vezes não possuem conhecimento suficiente sobre os métodos preventivos, o que resulta em uma falta de consciência dos riscos de contrair infecções sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV. Isso pode ser agravado pelo início precoce da vida sexual, muitas vezes associado ao uso de álcool e outras drogas ilícitas, tornando os jovens vulneráveis a comportamentos sexuais de alto risco, como relações com múltiplos parceiros e sexo desprotegido, destacando a necessidade de intervenções para promover a prevenção.

Quanto à saúde dos homens, Junior, Gomes e Nascimento (2012) destacam questões relacionadas à prevenção e disseminação do HIV/AIDS, ressaltando que os homens jovens são considerados mais vulneráveis do que os adultos. Rios (2003, apud. Junior et al., 2012) observa um aumento na incidência de HIV/AIDS entre os grupos de adolescentes e jovens.

É importante notar que os casos de infecção pelo vírus HIV têm sido mais comuns em relações sexuais homoafetivas entre homens. De acordo com Funari (2003), a transmissão sexual do HIV é responsável por uma grande parte dos casos de AIDS no Brasil. Conforme informações do Ministério da Saúde, citadas por Funari, a infecção transmitida sexualmente esteve associada a relações entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 48% dos casos (Brasil, 2021). Dentre esses casos, 63,5% relataram que foram contaminados apenas por meio de relações sexuais com outros homens.

Souza et al. (1999), citado por Funari (2003), argumenta que é necessário desenvolver modelos teóricos que ajudem a compreender o aumento da incidência de HIV/AIDS nesse

contexto, uma vez que, mesmo com informações e conhecimento disponíveis sobre a infecção, ainda existem pessoas que praticam sexo sem o uso de métodos preventivos contra o HIV.

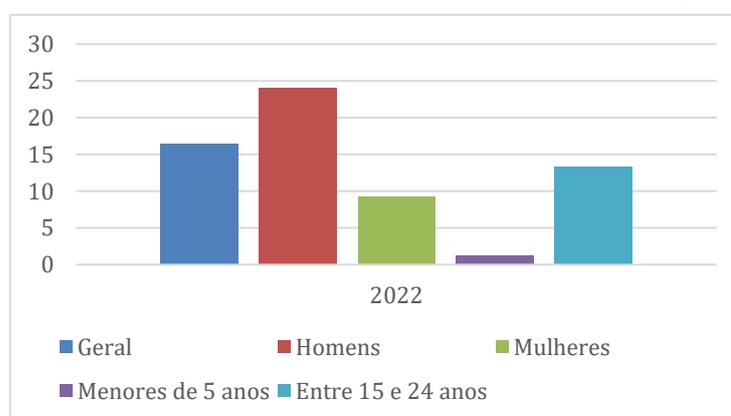
Considerando essas contribuições, é evidente a importância de estudar o enfrentamento da soropositividade ao HIV/AIDS nos tempos atuais. Esse estudo se justifica devido à sua relevância tanto do ponto de vista científico quanto social. Ele contribui para uma melhor compreensão do fenômeno atual e para a identificação de estratégias de prevenção mais eficazes. Além disso, esse conhecimento pode informar a criação de políticas públicas mais humanas e eficazes destinadas a esse grupo populacional.

Conforme dados recentes do Ministério da Saúde, a epidemia já afetou 474.273 pessoas entre 1980 e 2007, sendo este número relativo apenas aos casos notificados de pessoas que buscaram os serviços de saúde (Brasil, 2007).

A epidemia de AIDS afeta mais homens (67,2%), entretanto, um dado que ganhou destaque nos últimos anos é o aumento acelerado da infecção entre as mulheres no Brasil. Observa-se que a razão de casos por sexo (homem: mulher) vem diminuindo ao longo dos anos, passando de 15 homens para cada mulher (15,1:1) em 1986, para 15 homens para cada 10 mulheres (1,5:1) em 2005 (Brasil, 2007). Essa expansão ocorreu sem que as mulheres obtivessem visibilidade imediata e objetiva nas ações de saúde, tanto na prevenção quanto no tratamento.

O gráfico abaixo demonstra que os homens adultos são os mais atingidos pelos casos de AIDS, enquanto as crianças menores do que 5 anos são o grupo menos atingido.

Gráfico 6 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados por ano de diagnóstico



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2023. Elaborado pela Autora.

Para Gonçalves (2002), a feminização da epidemia baseia-se em três fatores básicos: houve um avanço significativo do HIV/AIDS entre as classes pobres, e as mulheres dessas classes, frequentemente, vivem em condições precárias e sem acesso ao mercado de trabalho

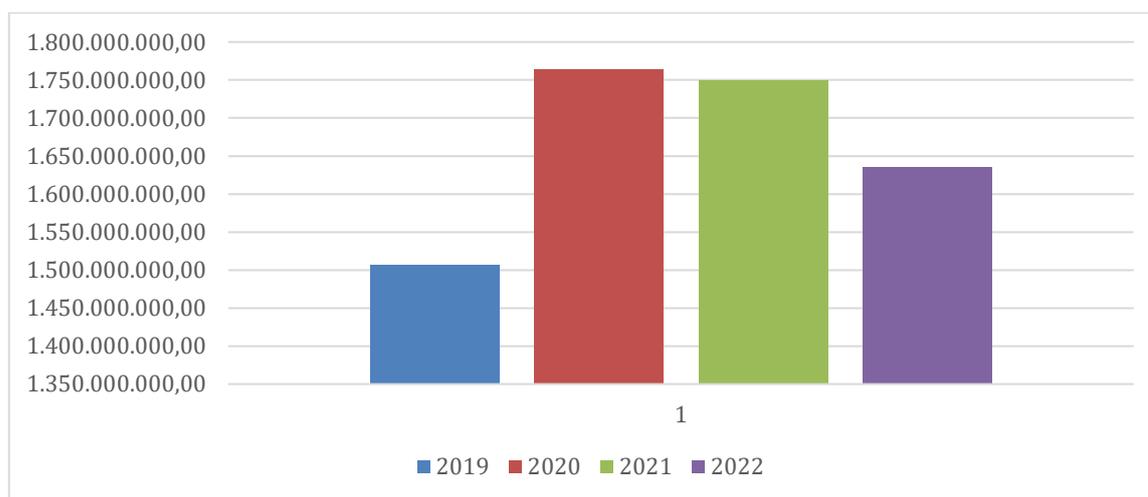
devido à baixa escolarização; há desinformação e/ou falta de credibilidade sobre a possibilidade de seu parceiro fixo poder transmitir-lhes a doença, visto que acreditam que sua relação seja monogâmica; e a constatação da difícil negociação com o companheiro, em relação ao uso do preservativo, centrada nas assimetrias de gênero.

Considerando a hierarquia do sistema de saúde pública, é pertinente enfatizar a relevância da atenção primária como incentivadora da prevenção, tratamento e cuidado assistencial, permitindo alcançar a igualdade.

Observando os orçamentos sobre investimentos para tratamento de HIV/aids, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em 2022, percebe-se uma trajetória financeira que demanda atenção e análise cuidadosa. Em 2019, tivemos um montante de R\$ 1.507.593.674,00, seguido por um aumento notável em 2020, atingindo R\$ 1.764.353.676,00. Contudo, o ano de 2021 registrou uma ligeira queda para R\$ 1.750.259.278,00, indicando uma possível estabilização ou ajuste nas prioridades orçamentárias (Brasil, 2022b).

O ano de 2022 apresentou uma diminuição mais significativa, atingindo R\$ 1.635.534.331,00. Essa redução levanta questões sobre as razões por trás dessa queda e os possíveis impactos nas áreas ou projetos que compõem o orçamento.

Gráfico 7 – Orçamento ano a ano em R\$



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2022b. Elaborado pela Autora.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como a entrada mais próxima para a população vulnerável, em contraste com os serviços especializados, como os relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS. A PrEP (profilaxia pré-exposição) foi inicialmente implementada nas capitais, mas a expansão de seu acesso tem sido uma estratégia fundamental (Brasil, 2013).

A estratégia de prevenção combinada no Brasil enfatiza a importância de abordagens diversas, tornando-se uma resposta eficaz para a epidemia de HIV e AIDS. No entanto, essa estratégia, juntamente com ações biomédicas, comportamentais e estruturais, concentra-se em medidas direcionadas aos indivíduos e grupos sociais que compõem a sociedade. É notável que métodos tradicionais, como o uso de preservativos masculinos e femininos, desempenham um papel crucial na luta contra a infecção pelo HIV (Brasil, 2017). Em contrapartida, é notável que a prevenção combinada engloba diversos métodos, incorporando dois conceitos de extrema importância para a saúde pública: equidade e vulnerabilidade.

A equidade está alinhada com os princípios do SUS e busca proporcionar tratamento de acordo com as necessidades individuais, com o objetivo de reduzir as desigualdades (SOUSA et al., 2017). Da mesma forma, a estratégia de combate à infecção pelo HIV identificou grupos prioritários que são mais vulneráveis. Estes grupos incluem profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade, usuários de álcool e outras drogas, pessoas transsexuais, gays e outros homens que fazem sexo com homens, bem como pessoas em situação de rua, a população negra, jovens e indígenas (BRASIL, 2017).

A introdução da PrEP no sistema de saúde pública do Brasil ocorreu em 25 de maio de 2017 e foi regulamentada por meio das portarias número 21 e 22 do Ministério da Saúde. Foi estabelecido um Protocolo Clínico em Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a PrEP no Sistema Único de Saúde (SUS). A incorporação dessa tecnologia no SUS permitiu a avaliação e implementação da PrEP para as pessoas que apresentam maior exposição ao risco de infecção pelo HIV, levando em consideração a qualidade da evidência disponível (Brasil, 2017).

Nesse processo, quatro desfechos foram classificados como favoráveis para a utilização da PrEP. Esses desfechos incluem a relação favorável entre risco e benefício, a aceitabilidade dos efeitos adversos do medicamento, a consideração do cenário atual da epidemia de HIV sem o uso da PrEP e a possibilidade de alteração de comportamento em relação aos riscos entre os usuários do medicamento (Brasil, 2017).

No entanto, a UnAIDS (2017) destaca que enfrentar essa situação tem sido um desafio considerando o histórico da epidemia de HIV/AIDS. Até mesmo nos serviços de saúde, a campanha "Zero Discriminação", promovida pela UNAIDS, tem como objetivo desmistificar tabus e eliminar preconceitos. Ela busca promover a tolerância, disseminar o respeito e fomentar a empatia. Além das abordagens tradicionais, como o uso de preservativos masculinos e femininos (as "camisinhas"), a campanha "Discriminação Zero" estabeleceu prioridades e estratégias de ação:

- remover barreiras legais e políticas que promovam a discriminação nos serviços de saúde;
- definir os padrões para um serviço de saúde sem discriminação;
- criar e compartilhar a base de evidências e as melhores práticas para eliminar a discriminação nos serviços de saúde;
- empoderar usuários dos serviços e a sociedade civil para que exijam serviços de saúde livres de discriminação;
- aumentar o apoio financeiro para uma força de trabalho na área da saúde livre da discriminação;
- garantir a liderança de associações de profissionais da saúde nas ações para moldar uma força de trabalho livre de discriminação;
- fortalecer os mecanismos e estruturas de acompanhamento, avaliação e prestação de contas para serviços de saúde sem discriminação (UNAIDS, 2017)

A vulnerabilidade, por outro lado, está relacionada ao conhecimento da infecção e à exposição inicial durante o período de infecção. Ela abrange dimensões individuais, sociais e programáticas no contexto da saúde e da doença, resultando em um conceito epidemiológico que se relaciona com a ocorrência de doenças. A população carcerária está entre as mais vulneráveis às IST, ao HIV e à AIDS, bem como a outras enfermidades.

Reconhecendo tal vulnerabilidade, os Ministérios da Saúde e da Justiça editaram a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ante a necessidade de se definir e implantar "ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do SUS, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional" (Brasil, 2003).

4. INTERFACES COMPLEXAS: HIV NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO - SAÚDE, LEI PENAL, E DESAFIOS JURÍDICOS

O impacto do HIV na sociedade transcende as fronteiras médicas e adentra o universo carcerário, delineando um cenário complexo onde saúde, direito e execução penal se entrelaçam. Este capítulo aborda a interseção entre o HIV e o cárcere, explorando as complexidades da vulnerabilidade ao vírus, os meios de disseminação e, crucialmente, os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde e jurídicos no contexto da Lei de Execução Penal. Ao analisar o início do tratamento dentro dos presídios, examinaremos as políticas e práticas que buscam conter a propagação do HIV e garantir o acesso adequado à saúde para a população carcerária. A discussão será enriquecida pela análise de prejudiciais que abordam questões relacionadas ao HIV no contexto da execução penal, oferecendo uma perspectiva jurídica e social abrangente sobre essa complexa realidade que confronta a saúde pública e a justiça.

Em 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids:

- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
- II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI - Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
- X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania (BRASIL, 1989).

Essa declaração equipara a AIDS, sob a perspectiva médica, a outras enfermidades; reconhecendo-a como uma pandemia global, sendo necessário um esforço coletivo internacional para contê-la. Além disso, identifica os meios de contágio do vírus e que não há um “grupo de risco”, sendo a prevenção, um fator de extrema importância para toda a população. Estabelece também que, diante desse cenário de preconceito e discriminação que cerca o tema, é preciso agir com empatia e solidariedade, respeitando os desejos dos pacientes e seu direito ao sigilo, e, assim, garantir um tratamento digno a este grupo populacional.

4.1 Saúde e Lei De Execução Penal

Vários marcos legais foram estabelecidos para garantir os direitos sociais da população prisional, incluindo a Lei de Execução Penal (LEP), criada em 1984, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) em 2003 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014 (Lermen, 2015).

A Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984) é a principal lei que organiza os direitos dos apenados no Brasil. Ela abrange o cumprimento da pena, os direitos e deveres do apenado, a aplicação de medidas punitivas, a concessão de benefícios e a regulamentação das instituições prisionais (Mallman, 2015, p. 22).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2003 desempenhou um papel fundamental ao assegurar assistência social no sistema prisional. Sua proposta principal era garantir o acesso à saúde nas unidades prisionais com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a população carcerária no sistema de saúde único.

Nesse contexto, tornou-se evidente que, embora a Constituição Federal garantisse o direito à saúde como um direito de todos, sem distinção, era necessário um esforço de individualização para a aplicação efetiva desses direitos. Isso foi essencial para garantir que a cidadania fosse efetivamente estendida a uma população que, até então, estava sendo excluída dos princípios de universalidade e igualdade que regem o Sistema Único de Saúde.

Em 2014, houve um avanço significativo nas políticas públicas voltadas para a garantia do direito à saúde da população carcerária. Enquanto o PNSSP anteriormente se limitava a fornecer assistência àqueles que estavam em estabelecimentos penitenciários, tornou-se evidente a necessidade de estender os cuidados de saúde a todas as pessoas que estavam privadas de liberdade sob a custódia do estado. Isso levou à criação do PNAISP, que tem como

objetivo atender a todas as pessoas sob a custódia do estado, cumprindo pena em penitenciárias ou em outras formas de detenção (Lermen, 2015).

A criação do programa foi necessária, dadas as circunstâncias no Brasil. O país tem uma das maiores taxas de encarceramento do mundo, como apontado em uma pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O Brasil tem a quinta maior taxa de detentos provisórios em uma comparação global, com aproximadamente 40% dos presos ainda aguardando julgamento, de acordo com um estudo de 2014 (Brasil, 2017).

Nesse contexto, torna-se inviável que a legislação se restrinja apenas às pessoas que estão fisicamente dentro das penitenciárias, uma vez que a população carcerária inclui tanto aqueles que já foram condenados quanto aqueles que estão aguardando julgamento.

Além disso, em termos de proporção, deveria ser mais simples administrar a situação referente ao direito à saúde da população carcerária em comparação com a população em geral, dado que todos estão confinados no mesmo local e o número de pessoas é menor (Dias, 2020).

Contudo, como mencionado por Natália Madureira Ferreira, existe uma aparente contradição. Teoricamente, o controle da situação de saúde dos detentos deveria ser mais eficaz e mais fácil de gerenciar do que a saúde da população fora dos presídios. No entanto, na realidade, isso nem sempre ocorre como o esperado. Superlotação, falta de recursos, escassez de profissionais de saúde qualificados e outros fatores podem dificultar a prestação adequada de cuidados de saúde aos presos, resultando em problemas de acesso à assistência médica, prevenção de doenças inadequadas e cuidados de saúde deficientes, prejudicando a saúde dos detentos (Bernardes, 2017).

Portanto, é imperativo que o Estado e as autoridades pertinentes trabalhem para superar esses desafios e garantir que a população carcerária receba cuidados de saúde adequados, respeitando seus direitos, a despeito de sua situação legal. Isso envolve a necessidade de políticas e programas específicos, para garantir que os presos tenham acesso a assistência médica de qualidade durante o período de detenção.

Assim como a população em geral, a população carcerária possui necessidades de assistência à saúde, e, de fato, apresenta necessidades mais amplas de suporte à manutenção da saúde do que o restante da população. Isso ocorre porque, além de estarem sob custódia do Estado em tempo integral, como já mencionado, o próprio ambiente prisional coloca essas pessoas em uma situação de vulnerabilidade devido às péssimas condições dos locais em que são detidas. O ambiente prisional é um dos principais fatores que contribuem para a propagação de doenças contagiosas (Machado; Guimarães, 2014). É importante superar o preconceito e o

estigma em relação a essa população, reconhecendo que todos, independentemente de sua situação legal, merecem cuidados de saúde adequados e o respeito aos seus direitos.

De fato, há uma representação moral na sociedade que influencia a forma como muitas pessoas veem aqueles que estão sob custódia do Estado. Pesquisas, como a realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que indicam que uma 60% população concorda com a frase "bandido bom é bandido morto", evidenciam o estigma e os estereótipos negativos associados aos indivíduos no sistema carcerário. Isso muitas vezes resulta em uma visão desumanizada da população carcerária, na qual seus direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde, são frequentemente desconsiderados (Datafolha, 2016).

A violação dos direitos humanos nas prisões brasileiras é uma realidade preocupante, e é responsabilidade do Estado assegurar que os indivíduos que estão sob sua custódia tenham suas necessidades básicas, incluindo assistência médica, atendidas. Promover uma visão mais humana e justa daqueles que estão em situação de encarceramento é essencial para garantir que os direitos humanos de todos sejam respeitados, independentemente de sua situação legal.

A negligência com a saúde dos indivíduos sob custódia do Estado tem implicações que vão além das paredes das prisões e afetam a saúde pública em geral. À medida que os indivíduos são liberados da prisão e retornam à sociedade, eles podem trazer consigo doenças adquiridas durante o período de encarceramento, representando um risco para a comunidade em geral. Além disso, o contato durante visitas íntimas ou de familiares nas prisões também pode contribuir para a transmissão de doenças. Isso não afeta apenas a saúde da população carcerária, mas também tem implicações para a saúde pública em todo o país (HCW, 2016).

A falta de atenção adequada à saúde dos detentos é uma questão que requer ação imediata e a consideração dos princípios da dignidade humana e dos direitos humanos. É importante que o sistema de justiça e o sistema de saúde trabalhem em conjunto para garantir que os indivíduos sob custódia tenham acesso aos cuidados de saúde, não apenas para proteger, mas também para evitar a propagação de doenças para a comunidade. A promoção de políticas que melhorem as condições de saúde e higiene nas prisões é essencial para abordar esse problema de maneira abrangente (Dias, 2020).

Dessa forma, a inadequada administração e carência de recursos para promover a saúde pública também se manifesta neste contexto, apresentando as mesmas deficiências que comumente ocorrem, seja ineficiências técnicas na gestão e execução, como a falta de medicamentos, a escassez de meios de transporte para emergências, a insuficiência de profissionais de saúde, entre outros desafios. Além disso, há a falta de interesse público na implementação de políticas eficazes e no aprimoramento das já existentes (Dias, 2020).

Neste cenário, está em jogo não apenas o direito à saúde das pessoas que necessitam, mas também o direito à saúde de uma população marginalizada tanto pela sociedade em geral quanto pelo poder público.

Vale ressaltar que, além da ampla previsão na Constituição Federal, a Lei de Execuções Penais estabelece no seu artigo 10 que é responsabilidade do Estado fornecer assistência ao detento, visando prevenir a reincidência criminal e orientar a reintegração na sociedade, sendo explicitado no inciso II o direito à saúde.

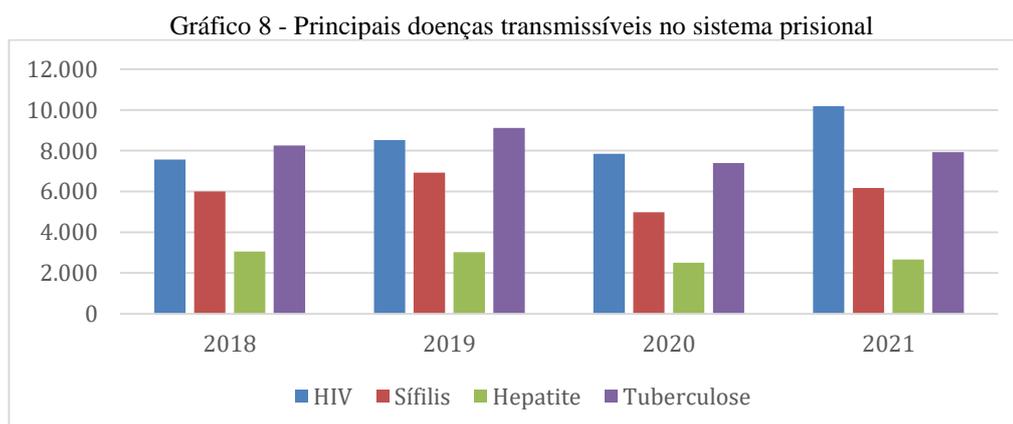
A LEP estabelece a garantia do direito à saúde no contexto prisional. No entanto, essas garantias frequentemente não são cumpridas nos estabelecimentos prisionais, requerendo intervenção no âmbito jurídico.

É fundamental compreender que os indivíduos que estão em situação prisional, em algum momento, retornarão à convivência na sociedade. A ausência da aplicação de direitos básicos relacionados à saúde e à cidadania, juntamente com a falta de condições dignas durante o período de prisão, contribui para que esses indivíduos reincidam em crimes e voltem ao sistema prisional, o que vai de encontro à política de ressocialização que deveria ser promovida. Negar direitos básicos a essas pessoas prejudica não apenas a elas, mas a toda a sociedade.

4.2 A vulnerabilidade ao vírus

O desenvolvimento de estudos e pesquisas demográficas possibilitou a determinação de grupos-chave, que, por questões comportamentais, sociais e legais, possuem maior vulnerabilidade à infecção do HIV. Isso levou a criação de estratégias específicas para estas populações.

De acordo com a Administração Penitenciária, o HIV é a doença transmissível que apresenta maior aumento no sistema prisional, conforme o gráfico abaixo:

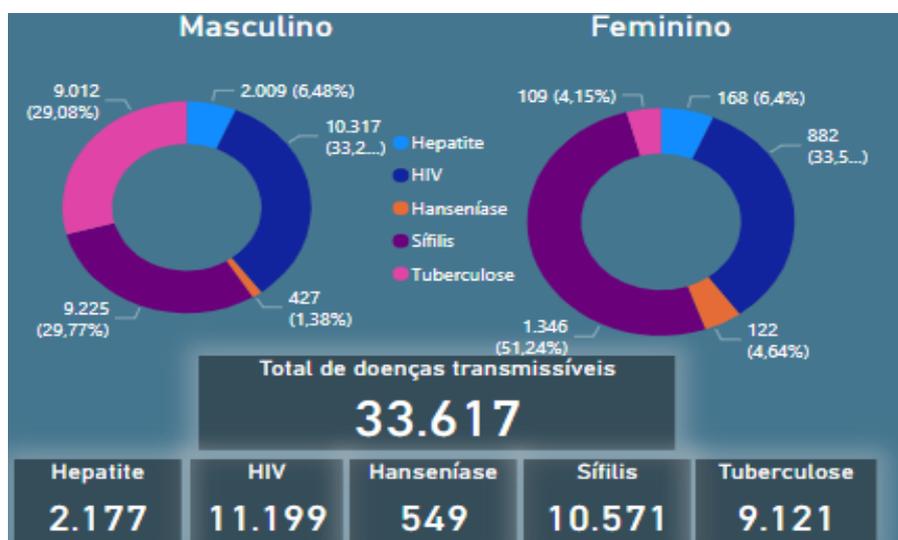


Fonte: Brasil (2022). Elaborado pela Autora.

Conforme pode ser observado acima, existiam 7.572 apenados infectados por HIV em 2018, e 10.183 em 2021. Neste mesmo ano, foram computados 6.168 casos de sífilis, 2.661 de hepatite e 7.928 de tuberculose.

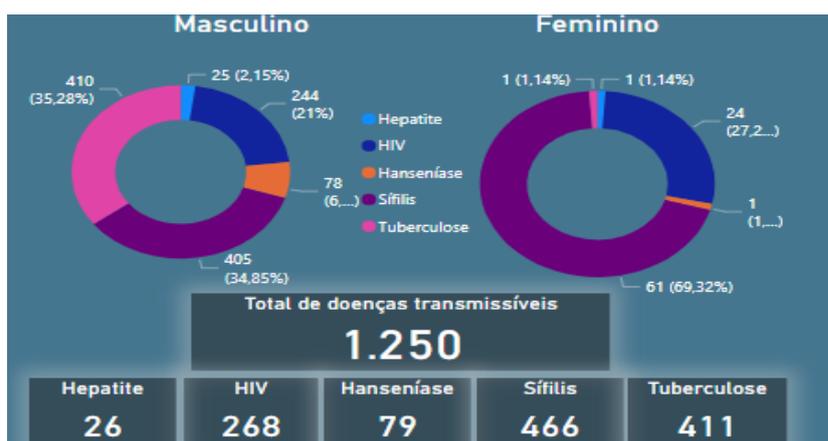
A incorporação do conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS na formulação de políticas públicas reflete um novo olhar sobre a epidemia e a criação e disseminação de um novo campo de conhecimento que abandona o conceito de "grupo de risco" - conceito que levou à estigmatização dos primeiros grupos nos quais a doença foi detectada - e supera o conceito de comportamento de risco, que culpabiliza o indivíduo. Inclusive, HIV é a doença transmissível que mais se destaca no sistema prisional. De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas Públicas, os números de janeiro a junho de 2023 são:

Figura 1 – Doenças transmissíveis no sistema prisional estadual em cela física no Brasil



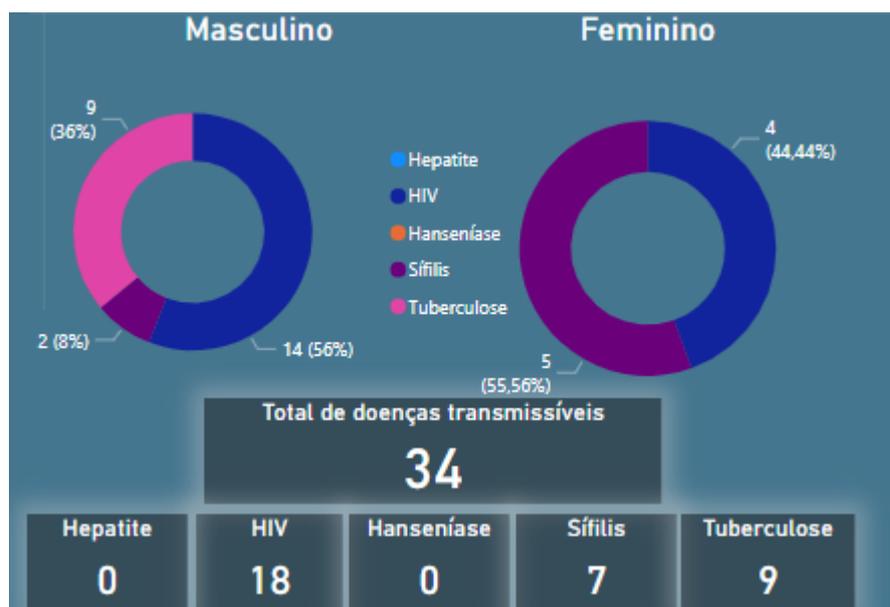
Fonte: Brasil, SISDEPEN, 2023. Adaptado pela Autora.

Figura 2 – Doenças transmissíveis no sistema prisional estadual em cela física no Pará



Fonte: Brasil, SISDEPEN, 2023. Adaptado pela Autora.

Figura 3 – Doenças transmissíveis no sistema prisional estadual em cela física em Marabá



Fonte: Brasil, SISDEPEN, 2023. Adaptado pela Autora

As figuras acima demonstram a predominância do HIV no âmbito do sistema prisional em uma escala multinível.

Para Ayres et al. (1999):

O conceito de vulnerabilidade é fundamentado nos diferentes graus e natureza da susceptibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação e quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação ao problema e com recursos para seu enfrentamento (Ayres *et al.*, 1999, 120).

Em diversos ambientes carcerários, os índices de infecção pelo HIV são elevados. Em muitas ocasiões, outras enfermidades, como a hepatite B, a hepatite C e a tuberculose, também apresentam uma prevalência muito maior dentro das prisões do que fora delas.

As instituições prisionais não configuram ambientes completamente fechados, pois diariamente entram e saem reclusos, bem como outras pessoas, incluindo o corpo penitenciário e visitantes. Muitos indivíduos ingressam no sistema prisional apenas para penas curtas, enquanto outros passam períodos mais longos, retornando à sociedade cada vez que são libertados (ONUSIDA, 2001).

A análise dos parâmetros estabelecidos pelo Programa Nacional de IST e AIDS do Ministério da Saúde evidencia a população carcerária como uma das mais vulneráveis à epidemia da AIDS e outras ISTs.

4.3 Os Meios de Disseminação

Entre os fatores gerais relevantes nas prisões que podem facilitar a disseminação do HIV incluem-se a superlotação, um contexto geral marcado por violência, tensão e medo, a carência de informações sobre o HIV e a falta de instalações sanitárias adequadas.

Os elementos específicos responsáveis pela transmissão do HIV na prisão incluem a prática de injetar drogas com agulhas e seringas compartilhadas e não esterilizadas, relações sexuais com penetração entre homens e a realização de tatuagens com equipamento compartilhado e não esterilizado (ONUSIDA, 2001).

No contexto da prevenção da transmissão sexual do HIV, a Política Nacional de AIDS no Brasil destaca o uso do preservativo como a forma mais eficiente de prevenção de ISTs e AIDS, com uma efetividade estimada de 95% quando utilizado correta e sistematicamente em todas as relações sexuais (Foltran, Levyskif, Freitas, 2009). Nas instituições prisionais masculinas, o envolvimento íntimo entre indivíduos do sexo masculino é uma ocorrência frequente. As estimativas variam consideravelmente. Um levantamento conduzido em 1993 no Rio de Janeiro indica que 73% dos detentos do sexo masculino tinham mantido relações íntimas com outros homens durante o período de encarceramento, enquanto pesquisas mais recentes realizadas na Zâmbia, Austrália e Canadá apresentaram números oscilando entre 6% e 12% (UNAIDS, 2001).

Essas relações podem ser consensuais, mas também podem ser forçadas, em diferentes graus. A violação é também uma realidade. Em algumas instituições penitenciárias, a violação é um "fenômeno frequente", por vezes manifestando-se como uma forma institucionalizada de iniciação, que pode se manifestar como agressões em grupo (OMS, 1993).

Além disso, casos de violência sexual entre os internos, muitas vezes justificados com base no crime praticado pela vítima, idade ou aparência, agravam ainda mais a vulnerabilidade dessa população carcerária. No ambiente tenso e claustrofóbico das prisões, com suas próprias normas, hierarquias, alianças e inimizades entre os reclusos, agressões, incluindo as de natureza sexual, podem ocorrer facilmente. Logo, é crucial implementar estratégias de prevenção e tratamento específicas para o contexto prisional, abordando as diversas dimensões da saúde sexual e reprodutiva nesse ambiente (Kingma, 1996).

Quanto ao uso de drogas injetáveis, cerca de 25% dos casos de AIDS no Brasil estão relacionados direta ou indiretamente ao compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas injetáveis (UDI).

O fenômeno das drogas injetáveis é comum em muitas prisões, pois muitos reclusos entram com hábitos de dependência química já bem estabelecidos, e muitos encontram maneiras de continuar usando drogas dentro do ambiente prisional. As drogas injetáveis são geralmente as preferidas (ONUSIDA, 2001). Aqueles que se injetam drogas frequentemente compartilham agulhas e seringas; enquanto introduzir esses objetos na prisão pode ser fácil, não é tão simples descartá-los ou se livrar deles.

Às vezes, chega-se até mesmo a fabricar o material de forma caseira, como transformar bicos de lapiseiras em agulhas. Em um contexto prisional típico, raramente é possível esterilizar adequadamente o material de injeção; a água por si só não é suficiente (ONUSIDA, 2001).

Compartilhar o material de injeção é uma via muito eficaz de transmissão do HIV, mais eficaz do que o contato sexual. Uma pesquisa recente realizada em uma prisão de mulheres na Baixa Saxônia, na Alemanha, mostrou que aproximadamente um terço da amostra eram usuárias de drogas injetáveis. Das mulheres que se injetavam, 4,9% viviam com HIV, em comparação com 0,5% daquelas que não usavam drogas injetáveis.

Outras populações prisionais têm registrado taxas de infecção pelo HIV muito mais elevadas. Para os reclusos usuários de drogas, a disponibilidade de tratamento (incluindo tratamento de substituição ou provisão) muitas vezes não existe ou é mínima. Aqueles que estavam em tratamento antes de serem presos podem ter a continuação do tratamento recusada.

O Programa de Redução de Danos, que inclui a troca e fornecimento de material de prevenção para UDI, é respaldado pela Portaria nº 1.028/2005 do Ministério da Saúde. Essa política busca implantar e manter um atendimento específico para os usuários de drogas, visando proteger a saúde com respeito à liberdade de escolha. Infelizmente, esses programas ainda estão sendo implantados em poucos estabelecimentos prisionais brasileiros.

A necessidade de expandir e fortalecer essas políticas de prevenção dentro do sistema prisional é evidente, a fim de proteger a saúde dos internos, reduzir a transmissão do HIV e garantir condições dignas de cuidado e prevenção. O acesso universal e constante a preservativos e programas de redução de danos é crucial para enfrentar os desafios específicos que a população carcerária enfrenta em relação à epidemia de AIDS e outras ISTs (Kingma, 1996).

A prevenção da transmissão vertical do vírus HIV, da mãe para o feto, é uma preocupação crucial na assistência à saúde materna, especialmente em contextos como o sistema prisional.

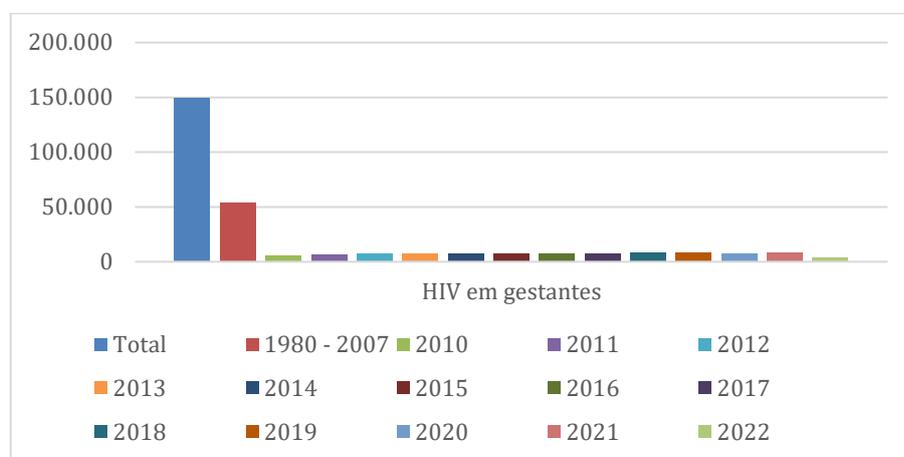
A realização do teste anti-HIV durante a gravidez é essencial, pois, em caso de resultado positivo ou reagente, a gestante pode receber tratamento adequado, contribuindo

significativamente para a redução da transmissão do vírus. Estudos científicos comprovam a eficácia de intervenções preventivas, como o uso de anti-retrovirais pela gestante, parto por cesariana eletiva, quimioprofilaxia com AZT e substituição do leite materno, na redução da transmissão vertical para níveis entre 0 e 2% (Brasil, 2006).

Em uma perspectiva nacional, somando casos de gestação de apenas e de mulheres em liberdade, foram notificados 4.051 casos em 2022, enquanto em 2021 foram verificados 8.323. A queda pode ser justificada pelo período da realização da tabulação dos dados, pois a pesquisa somente contemplou os casos registrados até junho de 2022. Os anos anteriores apresentam os seguintes números:

7.099 em 2013, 7.676 em 2014, 7.896 em 2015, 7.875 em 2016, 7.854 em 2017, 8.598 em 2018, 8.420 em 2019 e 8.091 em 2020.

Gráfico 9 - Gestantes infectadas pelo HIV (casos por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto



Fonte: Brasil (2022). Elaborado pela Autora.

No contexto prisional, é imperativo garantir o acesso das mulheres privadas de liberdade a tratamentos adequados, possibilitando a efetiva prevenção da transmissão vertical. O diagnóstico da infecção pelo HIV, realizado por meio de testes sanguíneos, deve ser acompanhado de um processo de aconselhamento pré e pós-teste (Brasil, 2006).

Esse suporte é essencial para que as mulheres compreendam corretamente os resultados, entendam as implicações para sua saúde e recebam orientações apropriadas para prevenir a transmissão do vírus, bem como outras ISTs, incluindo as hepatites. Dessa maneira, a implementação de políticas de saúde específicas para mulheres grávidas no sistema prisional, focadas na prevenção da transmissão vertical do HIV, é crucial para garantir a saúde materno-

infantil, promovendo uma abordagem integrada que considere as particularidades desse ambiente e as necessidades específicas das gestantes (Brasil, 2006).

O tratamento da AIDS no ambiente prisional envolve a administração de medicamentos antirretrovirais, que inibem a reprodução do HIV no sangue. Além disso, o monitoramento regular da carga viral é essencial para avaliar a eficácia do tratamento (Foltran, Levyskif, Freitas, 2009).

As doenças oportunistas, muitas vezes associadas à imunossupressão causada pelo HIV, também são tratáveis, exigindo o uso contínuo de medicamentos para o controle dessas manifestações. A parceria entre os estabelecimentos prisionais e programas de saúde é fundamental para garantir o acesso a anti-retrovirais, medicamentos para infecções oportunistas e outras ISTs (Foltran, Levyskif, Freitas, 2009).

Entre essas doenças oportunistas é possível citar a Tuberculose. Indivíduos privados de liberdade enfrentam condições adversas, como celas pouco arejadas, reduzida exposição solar e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, fatores que ampliam significativamente os casos de Tuberculose no sistema prisional. A prevalência de Tuberculose na cadeia é de 1.763/100000, 35 vezes maior ao encontrado na população livre (Vieira, 2010)

A movimentação constante de pessoas, incluindo profissionais de saúde, membros do sistema judiciário e familiares, juntamente com as transferências entre prisões e altas taxas de reincidência, também aumenta o risco para as comunidades externas. A população carcerária, representando cerca de 0,3% da população brasileira, contribuiu com 9,9% dos novos casos de tuberculose notificados em 2021 (8.637 casos em 2019), destacando-se a elevada incidência de formas resistentes, devido ao tratamento irregular e à detecção tardia neste grupo (Brasil, 2022).

As pessoas privadas de liberdade enfrentam uma suscetibilidade especial às ISTs/HIV/AIDS devido ao contexto carcerário, que expõe diversas situações de vulnerabilidade. A falta de acesso à informação, incluindo desconhecimento sobre sintomas, modos de infecção e tratamentos, é uma limitação significativa. A busca por atendimento de saúde enfrenta obstáculos, como a dependência de escolta policial e critérios subjetivos de acesso (Foltran, Levyskif, Freitas, 2009).

No que diz respeito ao exercício da sexualidade, a falta de adesão ao uso de preservativos no "parlatório" e a não disponibilização desses insumos para relações homossexuais nas celas aumentam a vulnerabilidade à IST. A ausência de informação e a dificuldade da equipe em discutir questões de saúde sexual com os internos contribuem para a não adesão a medidas preventivas (Foltran, Levyskif, Freitas, 2009).

A vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV no contexto prisional é multifacetada, abrangendo aspectos biológicos, sociais e programáticos. Biologicamente, a anatomia vaginal expõe uma extensa superfície mucosa ao sêmen, aumentando o risco de transmissão do vírus.

Socialmente, fatores como machismo e pobreza contribuem para a vulnerabilidade das mulheres. Além disso, a falta de acesso e qualidade em serviços como educação, saúde, habitação, inserção no mercado de trabalho, assistência social e lazer caracteriza a vulnerabilidade programática (Foltran, Levyskif, Freitas, 2009).

No ambiente prisional, as mulheres muitas vezes não buscam unidades de saúde por não se perceberem em situação de vulnerabilidade às IST/AIDS. A teoria de gênero destaca a socialização diferenciada de meninas e meninos, com as mulheres sendo muitas vezes proibidas de discutir sua sexualidade e conhecimento do próprio corpo desde a infância. Isso contribui para a falta de demanda por orientação preventiva, com a busca por soluções ocorrendo quando problemas já estão instalados.

4.4 O Início do Tratamento Dentro dos Presídios

Dentro desse tópico, existe uma conexão entre as questões abordadas atualmente e aquelas da década de 1980, quando os primeiros casos foram registrados no país. Afinal, muitas dessas problemáticas existem desde aquele período. Assim, através de reportagens e livros, identifica-se aquilo que mudou e aquilo que persistiu no tratamento do HIV no contexto prisional. Uma das fontes mais precisas é o livro "Estação Carandiru", de 1999, escrito pelo Dr. Dráuzio Varella. Na obra, o autor relata sua experiência como médico voluntário a partir de 1989 na Casa de Detenção de São Paulo, onde prestou atendimento em saúde, com ênfase na prevenção da AIDS.

De acordo com Varella, seu trabalho iniciou com a testagem de presos que recebiam visitas íntimas. Sem enfermeiros para realizar as coletas de sangue, teve que contar com o auxílio dos próprios detentos. Entre 1492 presos testados, 17,3% receberam diagnóstico soropositivo. Como resposta ao número tão elevado, Varella propôs campanhas educacionais, como palestras no velho cinema da penitenciária e ações de conscientização em relação ao uso de cocaína injetável, o que diminuiu a prevalência de AIDS na cadeia pelos anos seguintes (Roque, 2022).

Além disso, também teve a ideia de desenvolver uma revista em quadrinhos chamada "Vira Lata" como parte do plano de prevenção, para o qual teve apoio da Unip (Universidade

Paulista). Também defendeu a distribuição de preservativos na cadeia, após ouvir queixas de detentas travestis, das quais 78% eram PVHIV (Roque, 2022).

O desenvolvimento de uma nova geração de medicamentos, os inibidores de protease, em 1995, trouxeram novos desafios para profissionais que lidavam com pacientes de HIV/AIDS. "Foi necessário convencer a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre a importância de liberar essas drogas o mais rapidamente possível, para que elas chegassem logo aos pacientes", afirmou Varella (USC, 2017).

De acordo com o médico, o Brasil fez uma revolução no tratamento da AIDS com a distribuição gratuita de medicamentos, através do SUS. Com a liberação, a medicação também foi repassada também aos seus pacientes no Carandiru. Em 1995, os índices de HIV do presídio haviam caído para 13%. No ano 2000, se reduziram a 8%. O trabalho de Varella no Carandiru continuou até 2002, quando o presídio foi desativado e os apenados foram transferidos para outras unidades (Roque, 2022).

Em 2006, o médico iniciou seu trabalho voluntário em um presídio feminino na capital de São Paulo, o Centro de Detenção Provisória Belém (CDP Belém), que abriga 1500 presas sem assistência médica, contando apenas com três ou quatro enfermeiros, situação semelhante nos outros 42 CDPs do Estado de São Paulo. A própria população carcerária realiza uma pré-seleção com base em prioridades e/ou gravidade para determinar quem receberá atendimento. Questões simples, como solicitação de receitas ou dipirona, são tratadas pelos enfermeiros, enquanto problemas mais sérios aguardam a visita semanal do Dr. Drauzio (Sampaio, 2023).

Desde o início, observou uma organização mais eficiente na prisão feminina, evitando superlotação, algo quase inevitável nas prisões masculinas, o que impacta nas questões de saúde e na dinâmica do local. No entanto, persiste a ineficácia do governo em garantir condições básicas de saúde, diante da falta de profissionais e infraestrutura que garantam o atendimento às detentas (Sampaio, 2023).

O médico também destaca que muitas das queixas e problemas de saúde identificados são um reflexo da falta de acesso a atendimento adequado antes mesmo de adentrarem a casa penal. Ao habitarem esses locais, continuam a ter seus direitos negligenciados e ainda sim, lidam com a expectativa de que o sistema seja capaz de ressocializá-las. Nesse sentido, Mirabete expressa:

A falência de nosso sistema carcerário tem sido apontada, acertadamente, como uma das maiores mazelas do modelo repressivo brasileiro, que, hipocritamente, envia condenados para penitenciárias, com a apregoada finalidade de reabilitá-lo ao convívio social, mas já sabendo que, ao retornar à sociedade, esse indivíduo estará mais despreparado, desambientado, insensível e, provavelmente, com maior

desenvoltura para a prática de outros crimes, até mais violentos em relação ao que o conduziu ao cárcere. (MIRABETE, 2008, p.89)

Nas expressões de Assis (2007), a superlotação das celas, sua precariedade e sua insalubridade tornam as prisões num ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais aliados ainda à má alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão, fazem com que um preso que adentrou lá numa condição sadia, de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas. Esse cenário propicia uma ocorrência do vírus HIV 138 vezes maior nas cadeias do que é apurado fora das grades (Barretto, 2017).

4.5 Jurisprudências Envolvendo HIV e Execução Penal

Os julgados a seguir foram selecionados por meio do site JusBrasil, por ordem de relevância.

O presente documento refere-se a um Agravo em Execução Penal, 0807029-36.2023.8.20.0000, no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado Do Rio Grande Do Norte, interposto por Osmar Aparecido Vasconcelos das Neves, que busca a reforma de uma decisão que indeferiu seu pedido de prisão domiciliar. O agravante argumento é o tratamento do vírus HIV.

O relator, Juiz Convocado Ricardo Tinoco, após análise dos autos, destacou que não foi demonstrada a incompatibilidade do tratamento da enfermidade alegada dentro da unidade prisional. Saliencia que a polícia exigiu a comprovação não apenas do diagnóstico de uma doença, mas também da sua gravidade, para a concessão de prisão domiciliar. O relatório expõe que a decisão de indeferimento se baseou na falta de documentos que atestem a impossibilidade de tratamento na unidade prisional, considerando arriscado conceder medidas especiais, como a prisão domiciliar, sem o mínimo de prova técnica que comprove uma necessidade real.

O relator destacou que o voto agravante não preenche os requisitos para a concessão da prisão domiciliar, conforme o art. 117 da Lei de Execução Penal, que autoriza essa medida apenas para condenados em regime aberto, em situações específicas. O relator enfatizou as autoridades do STJ, que exigem a comprovação da gravidade da doença e a impossibilidade de assistência médica adequada no ambiente prisional. Destaca que o agravante, sendo PVHIV, não comprovou a necessidade de cuidados além dos que estão recebendo na unidade prisional.

O Acórdão, em consonância com o parecer da 2ª Procuradoria de Justiça, decidiu por unanimidade conhecer e negar o provimento ao Agravo em Execução, mantendo inalterada a decisão recorrida. Isso significa que a decisão de indeferimento do pedido de prisão domiciliar

permanece válida, pois não foram apresentados elementos que justificassem uma exceção à regra.

Outro julgado refere-se a um Recurso de Agravo em Execução Penal, 5539068-51.2021.8.09.0000, interposto no âmbito do TJ-GO, pela defesa do reeducando Wellington Honorato da Silva. O recurso contesta a decisão da 1ª Vara Criminal da Comarca de Morrinhos, que negou o pedido de prisão domiciliar ao reeducando.

Wellington Honorato da Silva cumpre uma pena total de 19 anos e 09 meses de reclusão em regime inicial fechado, por tráfico de drogas e posse ilegal. A alegação de defesa de que ele é PVHIV, imunossuprimido, e possui um quadro de saúde duradouro, estando sujeito a invalidez pelo INSS. Argumenta que a unidade prisional de Morrinhos enfrentou uma crise sanitária devido à pandemia de COVID-19, e a concessão de prisão domiciliar seria essencial para garantir a saúde do reeducando. O Ministério Público, em contraminuta, exigiu que o agravo fosse conhecido e desprovido, defendendo a manutenção da decisão de que negou a prisão domiciliária.

O relator do caso, o Desembargador Leandro Crispim, destacou que a Lei de Execuções Penais prevê o direito ao recolhimento em residência particular para condenados em regime aberto acometidos de doença grave. No entanto, ressalta que o Superior Tribunal de Justiça tem admitido o benefício de reeducandos em regimes fechados ou semiabertos, desde que seja demonstrada a impossibilidade de receber tratamento adequado no cárcere.

O Desembargador argumentou que não há indicação de que o quadro de saúde de Wellington Honorato da Silva exija cuidados especiais fora da prisão. Ressalta que a certidão da Unidade Prisional informa sobre a realização de exames de COVID e as medidas tomadas para presos que testaram positivo. Além disso, destaca-se que o fato de ser PVHIV não implica automaticamente a concessão de prisão domiciliar. Diante disso, o relator acolheu o parecer ministerial, conhece o agravo, mas nega-lhe o provimento, mantendo a decisão de que indeferiu a prisão domiciliar ao reeducando Wellington Honorato da Silva.

Um terceiro julgado em questão, de um Agravo em Execução Penal, nº 0030292-33.2010.8.19.0001, no qual o Ministério Público contesta a concessão de prisão domiciliária a uma condenada que prevê pena por envolvimento num crime previsto na Lei nº 11.343/06. O Ministério Público baseia a sua inconformidade no facto de a decisão não observar as disposições do artigo 117 da Lei de Execução Penal, que permite o recolhimento domiciliário para apenados cumpridos, reprimenda em regime aberto.

A condenada, portadora do vírus HIV e com sequelas irreversíveis após um acidente vascular cerebral, encontrava-se acamada, necessitando de cuidados médicos contínuos,

incluindo o uso de fraldas adicionais. O laudo médico detalha sua condição neurológica, evidenciando limitações motoras e a necessidade de cuidados constantes. A unidade prisional em questão garante a assistência necessária sem prejuízo à sua saúde.

O tribunal, ao analisar o caso, decidiu por unanimidade negar o provimento ao recurso interposto pelo Ministério Público. A decisão, fundamentada no contexto específico da condenada, considera uma grave condição de saúde e a necessidade de cuidados médicos contínuos, atestados pelo laudo médico, como justificativa para a concessão da prisão albergue domiciliar, mesmo diante da ausência do cumprimento de todas as hipóteses legais previstas para esse tipo de prisão. O caso evidenciou a delicadeza das situações em que questões de saúde impactam o cumprimento de penas, levando os tribunais a considerar, em suas decisões, não apenas os aspectos legais, mas também as condições individuais dos condenados. Uma análise médica detalhada e a garantia de cuidados adequados no ambiente domiciliar influenciaram na decisão favorável à concessão do benefício.

Destaca-se a observação do Magistrado de que, assim que para restabelecido o adequado de tornozeleiras, a apenada será intimada para a colocação do dispositivo. É ressaltado que a intimação é uma condição para a concessão do benefício, condicionando a necessidade de monitoramento eletrônico para garantir o cumprimento das condições previstas para a prisão albergue domiciliar.

A Magistrada deixou claro que qualquer desobediência ao previsto, especialmente no que diz respeito à colocação da tornozeleira, resultará na suspensão imediata ou revogação do benefício. Esse tipo de provisão é comum em decisões judiciais que concedem benefícios como prisão domiciliar, visando garantir o cumprimento rigoroso das condições previstas para a concessão desse benefício, que muitas vezes inclui o monitoramento eletrônico como medida de controle.

O voto do Desembargador Relator, ao negar provimento ao recurso, significa que o tribunal concorda com a decisão anterior de concessão da prisão domiciliar à apenada, mantendo as condições previstas pela Magistrada, inclusive a imposição da tornozeleira eletrônica quando disponível. A decisão do tribunal enfatizou a importância do cumprimento rigoroso das condições impostas para a concessão de benefícios no sistema prisional, garantindo que a liberdade condicional seja concedida de maneira responsável e sujeita a medidas de controle efetivas.

O agravo em execução penal nº 0008033-05.2020.8.27.2700, TJ-TO, em que o reeducando, PVHIV, buscou a concessão de prisão domiciliar alegando fazer parte do grupo de risco para a COVID-19, com base na Resolução nº 62/2020 do CNJ. O relator iniciou o voto

destacando que o recurso foi devidamente interposto e que o interesse recursal está presente. O pedido do agravante foi baseado na alegação de que, por ser soropositivo e cumprir pena em superlotado local, estaria em risco de contaminação pelo novo coronavírus.

O magistrado ressaltou que o cumprimento de pena em prisão domiciliar é possível apenas para condenados que cumprem pena no regime aberto, podendo ser estendido a outros regimes apenas em casos exclusivos, quando demonstrado que o estabelecimento prisional não tem condições de oferta de tratamento adequadas ao de tratamento doença grave. O relator argumentou que o artigo mencionado deve ser interpretado de forma restritiva, sendo a prisão domiciliar uma hipótese excepcional de cumprimento de pena em regime aberto. Além disso, destacou a Recomendação nº 62 do CNJ, que não possui caráter cogente e deve ser comprovada caso a caso.

O magistrado considerou que o agravante não trouxe comprovação de sua condição de vulnerabilidade à COVID-19, não apresentou relatório médico atual e não declarou que o local onde cumpre pena não adota medidas para evitar o contágio. O voto ainda mencionou as medidas impostas pela Secretaria de Cidadania e Justiça para conter a propagação do vírus nas prisões, como a suspensão de visitas, entrega específica de alimentos, atendimentos de advogados, entre outras.

O relator salienta que não há evidência de que o risco de contágio seja menor no ambiente externo. Por fim, o magistrado concluiu que a decisão atacada está em conformidade com o entendimento da Corte e dos Tribunais Superiores, mantendo a decisão de indeferimento da prisão domiciliar ao agravante. O acórdão confirma a negativa da concessão da prisão domiciliar ao reeducando soropositivo.

CONCLUSÃO

A situação do tratamento para o HIV no sistema prisional brasileiro é um desafio complexo e multifacetado que exige atenção urgente. A elevada prevalência do HIV em ambientes prisionais, juntamente com fatores como superlotação, falta de informações adequadas, e práticas de risco, destaca a necessidade de intervenções específicas e sensíveis. Para melhorar o tratamento no sistema prisional brasileiro, é crucial adotar abordagens abrangentes que incluam educação, prevenção e cuidados de saúde eficazes. A promoção da testagem voluntária e o respeito pelos direitos individuais são fundamentais.

Além disso, a implementação de programas de redução de danos, como distribuição de preservativos, agulhas esterilizadas e tratamento de substituição, pode desempenhar um papel crucial na redução das taxas de infecção. A abordagem centrada na saúde permite uma coordenação mais eficaz, garantindo que os reclusos recebam o mesmo padrão de cuidados que aqueles fora do sistema prisional.

Dentre as respostas específicas para lidar com os problemas relacionados ao uso de drogas injetáveis e às relações sexuais entre homens, destacam-se as seguintes medidas: Fornecer tratamento para os reclusos com dependência de drogas; implementar a educação entre pares, envolvendo reclusos antigos e indivíduos com histórico de dependência de drogas intravenosas; promover um acesso discreto e fácil a preservativos; facilitar a educação sobre o risco de transmissão do HIV, tanto para os reclusos quanto para os funcionários das prisões.

Muitas dos presidiários que vivem com HIV já tinham contraído a infecção fora do ambiente prisional. Muitas provêm de segmentos da sociedade que enfrentam uma carga de infecções pelo HIV acima da média. Além disso, muitos dos reclusos estão na prisão devido ao consumo ou tráfico de drogas e continuam consumindo essas substâncias no ambiente carcerário.

Independentemente de ser reconhecido ou não, as autoridades - e apesar dos esforços para evitar - em muitos países, os reclusos introduzem e consomem drogas na prisão, sendo que em todas as instituições prisionais para homens, geralmente ocorrem relações sexuais entre eles.

Negar ou negligenciar esses fatos não contribuirá para resolver o problema da contínua propagação do HIV, uma vez que ambos os comportamentos são fatores de risco para a transmissão do vírus.

Globalmente, tem havido um aumento contínuo da comorbidade nas prisões, ou seja, um crescente número de reclusos apresenta uma combinação típica de doenças como

tuberculose, hepatite C e infecção pelo HIV. Assim como na população em geral, também tem havido um aumento na incidência de tuberculose resistente a uma variedade de medicamentos.

Os reclusos frequentemente se encontram em uma posição extremamente vulnerável diante do poder das autoridades prisionais (bem como de outras figuras com autoridade, como a polícia) e suscetíveis a demandas sexuais e de outras naturezas por parte de seus companheiros de prisão, muitos dos quais possuem uma natureza violenta. Prisões frequentemente sofrem de superlotação e operam em uma dinâmica de castigo e violência, às vezes em sistemas de escravidão dentro da hierarquia prisional.

Os funcionários prisionais também correm o risco de contrair a infecção pelo HIV. Há o perigo de se acidentarem com agulhas de injeção de drogas durante inspeções rotineiras às camas e armários dos reclusos.

As elevadas taxas de prevalência do HIV, tuberculose e hepatite nas prisões devem ser motivo de grande preocupação para a comunidade em geral. A população prisional é fluida, com constantes entradas e saídas de pessoas.

Chega um momento em que a maioria dos reclusos é libertada para a comunidade, e alguns são presos e libertos várias vezes. Por razões de interesse próprio, senão por outros motivos, a comunidade e seus líderes deveriam reagir rapidamente e de maneira inteligente diante do problema do HIV nas prisões.

Como evidenciam diversas intervenções em todo o mundo ao longo da última década, há muitas ações que podem ser realizadas para reduzir a alarmante propagação do HIV nas prisões.

Assim como em outros setores da sociedade afetados pela disseminação do HIV, é crucial, em primeiro lugar, pôr fim à recusa do que está ocorrendo - neste caso, o uso de drogas injetáveis e o contato sexual. Em seguida, é necessário fornecer a informação, educação e os recursos necessários para evitar a infecção.

No caso da população prisional, há uma vantagem inicial. O fato de os reclusos constituírem uma comunidade "cativa" cria uma oportunidade excepcional para acessá-los facilmente com o propósito de oferecer educação e materiais necessários para a prevenção da infecção pelo HIV.

Em última análise, abordar o HIV no sistema prisional brasileiro requer um compromisso coletivo das autoridades, profissionais de saúde, comunidades e organizações não governamentais. A promoção da dignidade, da informação e do acesso a cuidados de qualidade é crucial para garantir que o tratamento para o HIV seja efetivo e humanitário, mesmo no contexto desafiador das prisões.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA AIDS. **Embates da sorologia: HIV/Aids continuam sob o véu do tabu entre LGBTs, destaca IG Queer.** Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/embates-da-sorologia-hiv-aids-continuam-sob-o-veu-do-tabu-entre-lgbts-destaca-ig-queer/> Acesso em: 15 de out. 2023
- AGOSTINHO, Otávio Germano; SILVA, Pedro Joel Silva da. **A Disseminação Do Vírus Hiv E A Responsabilidade Do Estado No Controle Da Epidemia Nos Presídios Do Brasil.** 2018.
- ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização.** Rio de Janeiro/São Paulo, Editora Revan/FAPESP, 2000.
- ASSIS, Rafael Damasceno de. **As prisões e o direito penitenciário no Brasil, 2007.** Disponível em: < <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3482/Asprisoes-e-odireito>
- AYRES, J. R. C. M. et al. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS.** In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do Direito Penal.** 3. Ed. Ro de Janeiro: Revan, Instituto Carioca de Criminologia, 2002.
- BARRETO, E. **Incidência de aids é 138 vezes maior nas prisões.** Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/incidencia-de-aids-138-vezes-maior-dentro-das-prisoes22166968#:~:text=A%20incid%C3%Aancia%20do%20v%C3%ADrus%20HIV,estat%C3%ADstica%20em%2052%25%20das%20cadeias>. Acesso em: 12 nov. 2023.
- BARROS, S.G. A gênese da política nacional de aids no Brasil (1981-1989). In: **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil [online].** Salvador: EDUFBA, 2018.
- BARROS, S.G. Anexo A - **Declaração dos direitos fundamentais do portador de HIV/aids.** In: **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil [online].** Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 325-327. ISBN 978-85-232-2030-3.
- BERNARDES, José Eduardo. **Superlotação dos presídios facilita proliferação de doenças, afirma médica.** Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/08/15/superlotacao-dos-presidios-facilita-proliferao-de-doencas-afirma-medica#:~:text=O%20mesmo%20estudo%20revela%20ainda,da%20Universidade%20Federal%20de%20Uberl%C3%A2ndia>. Acesso em: 20 set. 2023
- BOTTARI, Elenice; PONTES, Fernanda, CARRIELLO, Gabriel. **Dor silenciosa: As doenças na prisão matam mais do que a violência.** Disponível: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/569436/noticia.html?sequence=1&isAlloved=y> Acesso em: 23 out. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Matrizes de Consolidação, 2017.** Acesso em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/236896.html> Acesso em: 23 out. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 22, de 25 de maio de 2017. **Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** DOU, Brasília, 101 ed., seção 1, p. 73, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. ****Tbweb, SP, 2021 e Pessoal em Situação de Rua: Censo São Paulo, capital (2021). Valores populacionais considerados: PVHA (estimativa) - DCCI/SVS/MS, 2021; PPL - SISDEPEN, 2022.**

BRASIL. **A Constituição e o Supremo.** Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/constituicaosupremo/artigo.asp?abrirBase=CF&abrirArtigo=196#:~:text=Art.&text=Da%20Sa%C3%BAde,Art.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%2C%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 20 nov. 2023

BRASIL. **ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO.** Taxa de incidência de AIDS. 2022. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/acervo/biblioteca>. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS e DST.** v. 3, Ia-26asemanas epidemiológicas, jan./jun. 2006; v. 4, 27a-52a semanas epidemiológicas, jul./dez. 2006 e Ia-26a semanas epidemiológicas, jan./ jun. 2007.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Aumentam casos de HIV/aids em unidades prisionais entre 2019 e 2021, informa Depen.** 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/885359-aumentam-casos-de-hiv-aids-em-unidades-prisionais-entre-2019-e-2021-informa-depen/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988.** 23. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.

BRASIL. **Fiocruz: História.** Maria Regina Cotrim. 2021. p. 32 Disponível em: <https://www.ini.fiocruz.br/hist%C3%B3ria-0> . Acesso em: 28 de out. 2023

BRASIL. **HISTÓRIAS DA AIDS NO BRASIL 1983 – 2003.** Lindinalva Laurindo Teodorescu e Paulo Roberto Teixeira. Brasília. 2015.

BRASIL. **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1984.

BRASIL. **Mais de R\$ 6,6 bilhões foram investidos para tratamento do HIV/aids desde 2019.** 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/mais-de-r-6-6-bilhoes-foram-investidos-para-tratamento->

do-hiv-aids-desde-

2019#:~:text=No%20Brasil%2C%20727%20mil%20pessoas,o%20tratamento%20do%20HIV%20Faids. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro**, 2003, pg. 30

BRASIL. Ministério da Saúde. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis no Brasil**. Brasília, 2002. (Série Avaliação 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações para a Implementação do Programa Previne Brasil Modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde**. 2022. Secretaria de Atenção Primária à Saúde pg. 33

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros**. 2023. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação da Saúde no sistema penitenciário**, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf Acesso em: 03 nov. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/> Acesso em: 03 nov. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Populações mais vulneráveis**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/populacoes-mais-vulneraveis> Acesso em: 30 de out. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terapia anti-retroviral e Saúde Pública: um balanço da experiência brasileira / Coordenação Nacional de DST e Aids**. 1999– Pg. 34
BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília, 2007

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.777/2003**. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 1.028, de 4 de julho de 2005**. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília, 2006.

BRASIL. SISDEPEN. Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Dados Estatísticos do Sistema Penitenciário**. 2023. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYWUwMTI1MzEtNDRIOS00ZWl3LTg5ZjAtMWY1ZmE3NTEzZjc1IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Quanto a União gastou com Saúde?** 2022. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html>. Acesso em: 29 set. 2023.

CNN. **Há 40 anos, primeiros casos de Aids eram relatados nos EUA.** Harmeet Kaur, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ha-40-anos-primeiros-casos-de-aids-eram-relatados-nos-eua/>. Acesso em: 23 de set. 2023.

COELHO, Marcus Vinicius Furtado. **O Direito Constitucional, a saúde e sua evolução.** Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-10/constituicao-direito-constitucional-saude-evolucao>. Acesso em: 01 out. 2023

CORREIO BRAZILIENSE. **"Bandido bom é bandido morto", dizem 60% dos brasileiros.** 2016. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2016/11/02/interna-brasil,555729/bandido-bom-e-bandido-morto-dizem-60-dos-brasileiros.shtml> Acesso em: 30 set. 2023

DE MENEZES, Bruno Seligman, DE MENEZES, Cristiane Penning Pauli. **O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais.** Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-acesso-a-saude-no-sistema-penitenciario-a-in-observancia-da-lei-de-execucoes-penais/163533412>. Acesso em: 04 out. 2023.

DIAS, Thainara. **O Direito à Saúde da População Prisional e a Responsabilidade do Estado.** Disponível em: <<https://direitoreal.com.br/artigos/o-direito-a-saude-da-populacao-prisional-e-a-responsabilidade-do-estado>>

DW. **Made for minds.** Há 25 anos Brasil perdia Betinho, símbolo do combate à fome Edison Veiga. 2022. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/h%C3%A1-25-anos-o-brasil-perdia-betinho-s%C3%ADmbolo-do-combate-%C3%A0-fome/a-62751489>. Acesso em: 30 de out. 2023

FOLTRAN, Paula Juliana Foltran; LEVYSKIF, Ludmila W. Suaid; FREITAS, Camila dos Santos. **As ações de DST/HIV/Aids no Sistema Penitenciário do Distrito Federal: Os desafios da atuação profissional do assistente social frente aos ditames da Segurança Pública.** 2009. SER Social, Brasília, v. 11, n. 24, p. 82-105, jan./jun. 2009

FRANÇA, Martha San Juan. **Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** vol. 12, núm. 27, outubro-diciembre, 2008, pp. 919-926

GALVÃO. Bernardo. **A batalha contra a Aids e outras lutas.** 2005 <https://revistapesquisa.fapesp.br/a-batalha-contra-a-aids-e-outras-lutas/>

GAMARRA JÚNIOR, J. S. **Controle social na saúde: desafios e perspectivas.** In: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Org.). Saúde coletiva: um campo em construção. Curitiba: Ibpex, 2006. p. 149-176

GOIÁS. TJ-GO - **EP: 55390685120218090000** GOIÂNIA, Relator: Des(a). DESEMBARGADOR LEANDRO CRISPIM, 2ª Câmara Criminal, Data de Publicação: (S/R).

GUIDINI, Cristiane. **ABORDAGEM HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: conquistas e desafios. Monografia Jurídica** – (Graduação Jurídica). UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA UFSM. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf?sequence Acesso em: 02 nov. 2023

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7993>. Acesso em: 29 nov. 2023.

IG. **Embates da sorologia: HIV/Aids continuam sob o véu do tabu entre LGBTs**. 2022. Miguel Trombini. 01/12/2022. <https://queer.ig.com.br/2022-12-01/hiv-aids-ao-longo-dos-anos-lgbt.html> . Acesso em 30 out. 2023

INSTITUTO CLARO. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** Mayra Mattar Moraes. 2019. p. 28 Disponível em: <https://www.institutoclaro.org.br/educacao/para-ensinar/planos-de-aula/infecoes-sexualmente-transmissiveis-ist/> Acesso em: 25 de out. 2023

ITAJAÍ. Revista Eletrônica de Iniciação Científica. Itajaí, **Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI**. v. 5, n.1, p. 566-581, 1º Trimestre de 2014.

JODELET, Denise. **Representações sociais : um domínio em expansão**. In: As Representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

LERMEN, Helena Salgueiro; et al. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira**. Physis, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, jul./set. 2015.

LIMA, Juliana G. et al. **Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, 2022.

MACHADO, Nicaela Olímpia; GUIMARÃES, Issac Sabbá. **A Realidade do Sistema Prisional Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. MALLMANN, Bárbara Moreira. **Violação dos direitos dos apenados: uma análise do precário sistema prisional brasileiro**. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Execução penal**. 11. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, p.89, 2008.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional**. 9. ed. atualizada até a EC n.º 71/12. São Paulo: Atlas S.A., 2013.

OMS. WHO. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva, 1946.

OMS. World Health Organization. **WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva, 1993** (WHO/GPA/ DIR/93.3)

ONUSIDA. **As prisões e HIV/SIDA: Atualização Técnica da ONUSIDA**. 2001

RIO DE JANEIRO. TJ-RJ - EP: 00302923320188190001 201807600658, Relator: Des(a). ANTONIO JOSE FERREIRA CARVALHO, Data de Julgamento: 04/09/2018, SEGUNDA CÂMARA CRIMINAL, Data de Publicação: 11/09/2018.

RIO GRANDE DO NORTE. TJ-RN - **EP: 08070293620238200000**, Relator: RICARDO TINOCO DE GOES, Data de Julgamento: 07/08/2023, Câmara Criminal, Data de Publicação: 08/08/2023.

RODRIGUES, Carolina de Miranda. **Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Pacto pela Saúde 2006 visa o fortalecimento do SUS.** 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/noticia/1162#:~:text=O%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%202006,sa%C3%BAde%E2%80%9D%2C%20disse%20a%20coordenadora..> Acesso em: 29 nov. 2023.

ROQUE. Daniel Salomão. In: **Como um gibi pornô reduziu o índice de HIV entre detentos do Carandiru.** 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-63656422>. Acesso em: 23 de out. 2023;

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. **Constituição Federal completa 35 anos.** 2023. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Noticias/Noticia?codigoNoticia=95170>. Acesso em: 29 nov. 2023.

SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Claudio Pereira. **Direitos sociais fundamentos judicialização e direitos sociais em espécie.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: Efetivação em uma Perspectiva Sistêmica.** Porto Alegre. Editora do Advogado. 2001.

SOARES, L. S. da S. **Construção de um modelo de avaliação do processo de assistência farmacêutica na atenção primária: uma ênfase ao processo de cuidado.** Dissertação de Mestrado da Universidade de Brasília, 2017.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo ; COSTA, Iris do Céu Clara. **O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças.** 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2023

TOCANTINS. TJ-TO - **EP: 00080330520208272700**, Relator: JOCY GOMES DE ALMEIDA, Data de Julgamento: 07/07/2020, TURMAS DAS CAMARAS CRIMINAIS.

UCS. **“Minha geração viu a AIDS, uma doença mortal, transformar-se em uma doença controlável”.** Disponível em: <https://www.ucs.br/site/noticias/minha-geracao-viu-a-AIDS-uma-doenca-mortal-transformar-se-em-uma-doenca-controlavel/>. Acesso em: 20 set. 2023.

UNAIDS Brasil. **Prevenção Combinada.** Brasília, DF(BR): UNAIDS Brasil; 2019

UNAIDS, United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Conheça a Zero Discriminação.** 2017.

UNAIDS, **United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).** HIV-associated TB data & recommended actions. BRASIL: UNAIDS; 2021.

UNAIDS. **As prisões e HIV/SIDA:** Atualização Técnica da ONUSIDA. 2021. Disponível em: https://data.unaids.org/publications/irc-pub05/prisons-tu_pt.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **HIV/ AIDS in Prisons**. Statement to the fifty-second session of the United Nations Commission on Human Rights, Geneva, April 1996. Geneva: 1996

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 29 nov. 2023.

UOL. **DO CARANDIRU AO CDP: COMO DRAUZIO VARELLA COMEÇOU SEUS ATENDIMENTOS NAS CADEIAS**. Dafne Sampaio 2023
<https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/do-carandiru-ao-cdp-como-drauzio-varella-comecou-seus-atendimentos-nas-cadeias/amp/> . Acesso em: 15 de nov. 2023

VARELLA, Drauzio. **Estação Carandiru**. São Paulo: Ed. Companhia de Bolso, 1999.

VASCONCELOS, C. M. **Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro**. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 493-507, 2022

Vieira AA, Ribeiro SA, Siqueira AM, Galesi VNM, Santos LAR, Golub JE. **Prevalence of patients with respiratory symptoms through active case finding and diagnosis of pulmonary tuberculosis among prisoners and related predictors in a jail in the city of Carapicuíba, Brazil**. Rev Bras Epidemiol 2010; 13(4):641-650