

O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E O ACESSO AO TRATAMENTO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

THE RIGHT TO HEALTH OF THE INCARCERATED POPULATION AND ACCESS TO TREATMENT FOR PEOPLE LIVING WITH HIV IN THE BRAZILIAN PRISON SYSTEM

Milene Cristina Villasanti¹
Caio Eduardo Costa Cazelat²
Alex Fiori da Silva³

RESUMO: O trabalho tem como objetivo analisar a prevalência do vírus da imunodeficiência humana em ambientes prisionais e as políticas de saúde pública direcionadas ao manejo da infecção nessa população. Além da análise epidemiológica, examina a efetivação do direito à saúde no sistema prisional brasileiro, considerando o marco normativo, as políticas públicas e as condições estruturais que impactam esse direito fundamental. A pesquisa, de natureza exploratória e descritiva, foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica com recorte temporal de 2021 a 2025. Identificaram-se os principais fatores de risco que contribuem para a alta incidência do HIV entre pessoas privadas de liberdade, como superlotação, carência de recursos e violência, bem como as barreiras que dificultam o acesso a serviços e medicamentos. Observou-se que, apesar de políticas estruturadas como a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, a efetivação do direito à saúde ainda enfrenta entraves. Conclui-se que a superlotação, a precariedade das estruturas e a insuficiência das ações intersetoriais entre os poderes públicos comprometem a

¹ Pós-graduada em Gestão em Saúde pela Universidade de Integração Latino-Americana. Pós-graduada em Enfermagem Urgência e Emergência pela FAVENI. Graduada em Enfermagem - Bacharel e Licenciatura pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE. Graduanda em Direito pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Agente administrativo do quadro de estatutários na Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu - Secretaria de Saúde.

² Doutor em Direito pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade Cesumar (Unicesumar). Especialista em Docência com ênfase na Educação Inclusiva pelo Instituto Federal de Minas Gerais (IFMG). Bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Professor efetivo de Direito e Coordenador de Extensão no Campus Arcos, do Instituto Federal de Minas Gerais (IFMG). Editor da Revista Direito e Sexualidade e da Revista Conversas Civilísticas.

³ Docente Adjunto de Microbiologia e Imunologia na Universidade do Estado de Minas Gerais. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), com período sanduíche na Universidade do Porto (UPorto), Portugal. Mestre em Ciências da Saúde pela UEM. Bacharel em Farmácia pelo Centro Universitário Ingá (Uningá). Desenvolve atividades de pesquisa em Microbiologia, com foco em patógenos de origem alimentar, biofilmes microbianos e formas alternativas de controle microbiano.

implementação plena das políticas de saúde, mantendo o ciclo de vulnerabilidade e a alta prevalência do HIV.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde; HIV; Políticas públicas; População privada de liberdade; Saúde prisional.

1

ABSTRACT: This study aims to analyze the prevalence of the human immunodeficiency virus in prison environments and the public health policies aimed at managing the infection within this population. In addition to the epidemiological analysis, it examines the realization of the right to health within the Brazilian prison system, considering the legal framework, public policies, and structural conditions that affect this fundamental right. The research, exploratory and descriptive in nature, was conducted through a bibliographic review covering the period from 2021 to 2025. The main risk factors contributing to the high incidence of HIV among incarcerated individuals were identified, such as overcrowding, lack of resources, and violence, as well as barriers that hinder access to health services and medications. It was observed that, despite structured policies such as the 1988 Federal Constitution and the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty, the implementation of the right to health still faces obstacles. It is concluded that overcrowding, poor infrastructure, and insufficient intersectoral actions among public authorities compromise the full implementation of health policies, perpetuating the cycle of vulnerability and high HIV prevalence.

KEYWORDS: Right to health; HIV; Public policies; Incarcerated population; Prison health.

1 INTRODUÇÃO

O HIV é uma infecção sexualmente transmissível (IST) e um importante problema de saúde pública, tendo em vista suas consequências e impactos mundiais, sendo o responsável por uma deterioração progressiva do sistema imunológico e dessa forma torna o indivíduo por ele contaminado suscetível a infecções oportunistas desde que não submetido a tratamentos eficazes e contínuos.

Certas populações globais, frequentemente caracterizadas pela vulnerabilidade enfrentam dificuldades e limitações sociais que interferem em suas condições de saúde, bem como o acesso a serviços essenciais e com isso a contemplação de seus direitos, são exemplos as pessoas em situação de rua, pessoas pretas, indígenas, pessoas pertencentes a comunidade LGBTQIAPN+ (lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais,

não binários e outras identidades), trabalhadores (as) sexuais e pessoas privadas de liberdade são mais afetadas pelo HIV. Essas populações enfrentam barreiras substanciais no acesso a serviços de saúde, um problema que é particularmente agudo no âmbito prisional.

Em ambiente prisional, fatores como superlotação, uso de drogas, ausência de preservativos, bem como o restrito acesso a serviços médicos especializados aumentam a vulnerabilidade ao HIV e a outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Apesar dessas limitações, o cárcere pode se tornar um espaço estratégico de cuidado, desde que o Estado exerça efetivamente sua responsabilidade de organizar, financiar e monitorar ações de saúde, garantindo o fornecimento de medicamentos, o manejo de comorbidades e a oferta de terapias antirretrovirais e de prevenção, em cumprimento ao direito fundamental à saúde.

Diante disso, a discussão extrapola o campo epidemiológico e adquire dimensão jurídica ao tratar da efetivação do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (CF/88) e regulamentado por políticas públicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). As unidades prisionais configuram um dos maiores desafios da saúde pública, apresentando prevalência de HIV muito superior à da população geral. Assim, o estudo analisa essa realidade e as políticas existentes para o controle da infecção, identificando os principais entraves estruturais e institucionais à implementação das ações de prevenção e tratamento.

Para guiar a presente pesquisa, apresenta-se a seguinte pergunta-problema: como se concretiza o direito à saúde das pessoas vivendo com HIV no sistema prisional brasileiro diante das limitações estruturais e administrativas do Estado? A escolha do tema se justifica pela sua relevância social, pois há uma necessidade de compreender as desigualdades no acesso à saúde entre grupos vulneráveis e contribuir para o debate sobre a efetividade dos direitos fundamentais no sistema prisional, especialmente no que tange à garantia da dignidade humana e ao combate à disseminação de doenças infecciosas.

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de revisão bibliográfica,

delineado pelos pesquisadores Mazzotti e Gewandsznajder, de caráter exploratório e descritivo, com o objetivo de analisar a prevalência do HIV em ambientes prisionais e as políticas públicas de saúde relacionadas ao tema. Para a coleta de dados, foram consultadas bases eletrônicas como SciELO, LILACS, PubMed e Google Scholar, utilizando descritores em português e inglês, tais como: “HIV”, “saúde prisional”, “população privada de liberdade”, “políticas públicas de saúde” e “direito à saúde”.

O recorte temporal adotado foi de 2021 a 2025, contemplando publicações recentes que dialogam com a realidade nacional e internacional. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos científicos, dissertações, teses e documentos oficiais que abordassem diretamente a temática do HIV em ambiente prisional; como critérios de exclusão, descartaram-se materiais sem relação direta com o tema ou publicados fora do período definido. Após a seleção, os textos foram submetidos a análise qualitativa temática, organizados em eixos de discussão que possibilitaram identificar os principais fatores de risco, barreiras de acesso aos serviços de saúde e as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas direcionadas à população carcerária.

2 O HIV E SUAS CARACTERÍSTICAS GERAIS

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico que acomete o sistema imunológico causando a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), atingindo inicialmente as células T CD4⁺ invadindo-as e integrando seu material genético ao da célula hospedeira, replicando-se para potencializar a infecção em outros linfócitos, a progressiva depleção das células T CD4⁺ bem como de macrófagos e células dendríticas resultam na supressão do sistema de defesa do organismo, tornando-o vulnerável a outras infecções oportunistas de natureza viral, bacteriana ou fúngica (Souza; Feza; Vitorazo, 2021).

⁴ Os linfócitos fazem parte do sistema imunológico humano que reconhecem e eliminam antígenos estranhos e formam a memória imunológica, os linfócitos T são derivados do timo e o seu subtipo as células TCD4⁺ desempenham uma função de ativação das células do sistema imune inato, e outras do sistema de defesa do organismo, bem como desempenham uma função necessária na supressão da reação imune (Luckherram, *et. al*, 2012).

A infecção pelo HIV diminui o número de linfócitos T CD4+ por meio de diversos mecanismos, um deles é a apoptose, ou morte programada de células que não foram diretamente infectadas, outro mecanismo é a morte viral direta de células infectadas, além do próprio organismo que contribui para a perda das células, pois os linfócitos citotóxicos T CD8+ identificam e destroem as células T CD4+ infectadas, a contagem dessas células cai a um nível crítico, comprometendo a imunidade do indivíduo (Neto, *et. al*, 2021).

Há três vias de transmissão possíveis, grande parte dos novos casos é por meio de contatos sexuais sem o uso correto do preservativo, sendo ela vaginal, anal ou oral, e por isso é considerada uma IST, no entanto, sua transmissão também é possível por via sanguínea com o contato tanto com o sangue como seus hemoderivados, sendo transmitido principalmente por compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados e também pela via vertical, ou seja, de mãe soropositiva para filho durante a gestação parto ou amamentação sem o devido tratamento e precauções, entender os meios de transmissão é o primeiro passo para realizar políticas públicas de prevenção da contaminação viral (Teixeira *et. al*, 2022).

Ainda que o conhecimento sobre os mecanismos de transmissão e prevenção seja amplamente difundido, as condições socioeconômicas e institucionais influenciam diretamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade, como as pessoas privadas de liberdade.

Segundo Neto *et. al* (2021), a infecção pelo HIV apresenta evolução clínica dividida em fases sucessivas. A fase aguda ocorre entre a primeira e a terceira semana após a infecção, caracterizando-se por sintomas inespecíficos, como febre, faringite, mialgia e linfadenopatia. Nesse período há intensa replicação viral e queda transitória dos linfócitos T CD4+, o que eleva o risco de transmissão. Em seguida, inicia-se a fase de latência clínica, geralmente assintomática e de longa duração, caracterizada por discreta redução progressiva das células T CD4+ e por eventuais infecções leves ou reativações de doenças pré-existentes.

A fase avançada corresponde à Aids, quando a imunossupressão se torna acentuada e o organismo passa a apresentar infecções oportunistas e neoplasias

(Silva *et. al*, 2023). Entre as doenças mais associadas estão tuberculose pulmonar, neurotoxoplasmose, sarcoma de Kaposi e câncer do colo do útero. Sem tratamento adequado, a contagem de linfócitos T CD4+ pode cair abaixo de 200 células/mm³, definindo o diagnóstico de Aids (Silva; Vitorino; Marquez, 2022). O tratamento antiretroviral (TARV) é, portanto, indispensável para restaurar a função imunológica, reduzir a carga viral e evitar a progressão da doença (Bernardes; Bonani; Soares, 2024).

Além das implicações clínicas os portadores de HIV sofrem com um estigma que está enraizado desde o momento da descoberta da patologia, a sorofobia, denominação do preconceito e discriminação contra pessoas soropositivas ao HIV é reforçada pela marginalização dessa população (Joaquim *et. al*, 2024).

A Aids foi reconhecida em 1981, inicialmente em homens que faziam sexo com homens (HSH) acometidos por doenças oportunistas. Em 1983, o HIV foi identificado como o agente causador da síndrome, marcando um divisor de águas na compreensão e no enfrentamento da doença (Stcanelli *et. al*, 2024). O estigma associado à homossexualidade e à infecção contribuiu para a construção de narrativas discriminatórias, refletindo-se até hoje em indicadores de saúde mental e física (Alchmin-Carvalho; Chiapetti; Nichiata, 2023).

Considerando os aspectos abordados, a infecção pelo HIV representa um desafio complexo que vai além da saúde física, englobando também o impacto social. Como visto, o vírus ataca o sistema imunológico de forma progressiva, passando por fases distintas que levam, se não tratadas, à Aids, uma condição de imunodeficiência grave. A transmissão ocorre por vias específicas, e a prevenção é o principal meio de contenção. No entanto, o combate à doença não se restringe apenas ao tratamento clínico; é fundamental o enfrentamento da sorofobia, o preconceito enraizado que marginaliza os indivíduos soropositivos.

Desse modo, a abordagem integral da questão do HIV exige não só o avanço da ciência médica, mas também um compromisso social com a educação e a empatia, visando desconstruir o estigma e garantir a dignidade e a qualidade de vida de todos.

A compreensão dos aspectos biológicos e clínicos do HIV é fundamental para contextualizar as respostas institucionais e normativas destinadas ao enfrentamento

da infecção. A dinâmica de replicação viral, as formas de transmissão e as consequências imunológicas da doença evidenciam a necessidade de políticas públicas integradas, capazes de garantir o acesso universal ao diagnóstico precoce, TARV e ao acompanhamento contínuo.

No Brasil, essas ações encontram fundamento no direito constitucional à saúde e são operacionalizadas por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu diretrizes específicas para prevenção, tratamento e controle do HIV. Assim, o conhecimento biomédico não se dissocia da estrutura jurídica e administrativa que orienta a resposta estatal, configurando o elo entre a ciência e a efetivação de direitos.

Para tanto, compreender a dinâmica clínica do HIV é necessário para se analisar como o sistema de saúde organiza as respostas institucionais ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção. A seguir, examina-se a atuação do SUS e a disponibilização da terapia antirretroviral, eixo principal das políticas públicas brasileiras.

3 O SUS E A DISPONIBILIZAÇÃO DA TARV

A organização do SUS representa um modelo de gestão pública em saúde consolidado, articulando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV de maneira coordenada. A expansão do acesso à TARV, combinada às estratégias preventivas, evidencia a capacidade técnica do sistema em manter políticas consistentes de enfrentamento à infecção. A próxima seção abordará a estrutura normativa que sustenta a oferta desses serviços e a forma como são implementados no sistema prisional.

Segundo Santos *et. al* (2025) o sistema se destaca por seus princípios de universalidade, equidade e integralidade⁵, seguindo as metas globais de saúde e demonstrando um compromisso com o bem-estar social, o funcionamento do SUS

⁵ Os princípios fundamentais que regem o SUS são fundamentos operacionais e éticos que orientam a formulação, execução e avaliação das políticas públicas, a universalidade garante o acesso a todos os cidadãos, sem qualquer distinção, a todos os serviços de saúde, a integralidade se pronuncia com o cuidado a saúde de forma contínua e em todos os níveis de complexidade e a equidade requer tratar os desiguais na medida de suas desigualdades, promovendo assim justiça social (Oliveira, *et. al*, 2025).

materializa o direito à saúde previsto no art. 196 da CF/88, segundo o qual a saúde é direito de todos e dever do Estado. Essa dimensão constitucional confere ao sistema a função de garantir o acesso equitativo aos serviços, inclusive no ambiente carcerário.

Em especial, sua atuação no combate ao HIV/Aids tem se demonstrado um exemplo de vanguarda, ao disponibilizar de forma universal e gratuita desde o diagnóstico precoce até as terapias mais avançadas, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) que tem como finalidade prevenir a infecção pelo HIV em pessoas soronegativas, mas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade ou risco de exposição, com a ingestão regular de medicamentos e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) que tem como objetivo reduzir o risco de infecção pelo HIV após uma possível exposição ao vírus, por qualquer via de transmissão, a profilaxia é realizada por um esquema de medicamentos antiretrovirais durante 28 dias, sendo necessário o início até 72 horas após a exposição. Essa abordagem integrada posiciona o Brasil como um dos pioneiros no tratamento e na prevenção do HIV, contribuindo para a construção de uma sociedade mais equitativa e saudável (APPARECIDO, DEOLINDO; SAITO, 2024).

Conforme a visão de Querino *et. al* (2022), o Estado, por meio das políticas sociais, estabelece um modelo de proteção social que visa à redistribuição de recursos e à atenuação das desigualdades geradas pelo avanço socioeconômico.

O ordenamento pátrio promulgou a Lei n. 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que resultou na criação do SUS, com um vasto campo de atuação redigidos em seu art. 6º como a execuções de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, da saúde do trabalhador, assistência terapêutica, saúde bucal (Brasil, 1990).

O SUS é a maior política pública de saúde da América Latina e um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, visa garantir que todas as pessoas tenham acesso, sem custo, a serviços de saúde que incluem desde a prevenção de doenças até o tratamento e a recuperação, com o intuito de quebrar o paradigma anterior, apoiado na prerrogativa de assistência em saúde restrita aos trabalhadores formais, passando a reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado

(Guimarães, 2025).

A estratégia global de combate ao HIV, liderada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids (UNAIDS), busca alcançar que 95% das pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, destas 95% estejam em tratamento TARV e 95% das tratadas tenham a carga viral suprimida,³ este planejamento é conhecido como metas 95-95-95 (Unaid, 2021).

Para o primeiro indicador a aumento de testagem é o ápice para o avanço do diagnóstico precoce de pessoas vivendo com o HIV no Brasil, considerando que na fase aguda, onde não há sintomas específicos, o indivíduo possui uma alta carga viral, o que pode acarretar uma disseminação mais exacerbada da doença (Duarte *et. al*, 2023).

O Ministério da Saúde lista atualmente 14 antirretrovirais disponíveis no SUS, e a utilização medicamentosa para o caso clínico tem impactos positivos no indivíduo acometido pela infecção, como na coletividade, tendo como função inibir a replicação viral no organismo, preservar a função imunológica, evitar o surgimento de cepas virais mais resistentes e aumentar a expectativa e qualidade de vida dos usuários, sendo relacionado diretamente a adesão ao tratamento ao nível da carga viral suprimida (Peixoto, 2025).

A TARV desempenha uma função vital na gestão do HIV, pois melhora a resposta imunológica do paciente e previne o surgimento de infecções oportunistas graves. O sucesso do tratamento é frequentemente demonstrado pela manutenção de uma carga viral indetectável e pela contagem de linfócitos T CD4+ acima de 500 células/mm⁶, o que permite aos pacientes ter uma vida saudável e com qualidade, o tratamento com essa combinação medicamentosa é recomendado para uma ampla gama de pacientes, incluindo gestantes, a fim de evitar a transmissão vertical do vírus, bem como para indivíduos sintomáticos e assintomáticos (com base na contagem de células T CD4+). A adesão ao tratamento é fundamental para alcançar esses resultados e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes

⁶ Carga viral suprimida corresponde à presença de menos de 1.000 cópias do vírus HIV por mililitro de sangue. Esse parâmetro é adotado como referência pelos organismos internacionais de saúde para indicar efetividade do tratamento, redução da transmissão e melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (Guimarães, 2025).

(Bernardes; Bonani; Soares, 2024).

Com o avanço de medidas terapêuticas, foi disponibilizado no âmbito do SUS outras formas de prevenção ao contágio do HIV, uma delas foi a PrEP sendo essa uma estratégia preventiva eficaz e é indicada para pessoas que estão em risco elevado de adquirir o HIV, como aquelas que não utilizam o preservativo de forma consistente ou com práticas sexuais de risco, deve ser utilizada antes da exposição ao vírus (Oliveira, 2022).

Outra política pública na assistência a saúde é a PEP, também disponibilizada de forma gratuita e amplamente, ela foi introduzida inicialmente para os casos de acidente ocupacional, como por exemplo no setor da saúde mediante a acidentes com perfurocortantes, mas se estendeu para todos os casos que possa ter ocorrido o risco de contaminação do vírus, como em situação de neonatos em possível transmissão vertical, ou em contato sexual desprotegido, ela deve ser iniciada o mais rápido possível, com preferência nas primeiras 72 horas após a exposição viral (Apparecido; Deolindo; Saito, 2024).

Diante deste panorama, fica evidente que a política de saúde pública brasileira, materializada no SUS, tem uma função indispensável e transformadora. Ao oferecer acesso universal e gratuito a um tratamento antirretroviral em constante evolução, o sistema não apenas cumpre seu dever de proteger a saúde como um direito de todos, mas também se alinha a metas globais de enfrentamento ao HIV/aids.

A articulação entre políticas sociais, inovações terapêuticas e o compromisso do Estado brasileiro demonstra um caminho sólido para a mitigação de desigualdades e a construção de uma sociedade mais equitativa e saudável, onde a qualidade de vida e a dignidade das pessoas vivendo com HIV são prioridades. O sucesso do SUS nesse cenário reforça a importância das políticas sociais bem-estruturadas na promoção da saúde e no bem-estar coletivo.

Dessa forma, os instrumentos assistenciais e preventivos ofertados pelo SUS resultam de um processo histórico de formulação de políticas públicas que se desenvolveu desde os anos 1980. Por isso, antes de examinar os limites e a aplicação dessas ações no sistema prisional, é necessário retomar a trajetória institucional das políticas de enfrentamento ao HIV no país.

4 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV

O início do enfrentamento do vírus do HIV no Brasil está intrinsecamente ligado a mobilização da sociedade civil demonstrando a necessidade de implementação de ações e políticas públicas como a garantia de acesso a saúde de forma universal e gratuita, movimentos sanitaristas visaram a conquistas de direitos pelas pessoas que viviam com o HIV/Aids e lutaram por reivindicações na esfera governamental.

A formulação do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, que surgiu na Secretaria de Saúde de São Paulo (SES/SP) em 1983, tornou-se a primeira ação estatal de enfrentamento à epidemia da doença no Brasil, e teve forte influência dos movimentos sociais, surgimento concomitantemente com as primeiras organizações não governamentais (ONGs) brasileiras direcionadas ao debate do HIV/Aids dirigidas com os objetivos destinados ao enfrentamento e também para melhor compreensão da infecção, elas tiveram uma função fundamental nesse momento inicial a medida que não havia uma ação organizada para enfrentamento a nível federal e poucas regiões estavam desenvolvendo políticas públicas para lidar com a nova perspectiva salutar. As ações das ONGs eram direcionadas aos grupos de risco como campanhas educativas e ações preventivas aos homossexuais e profissionais do sexo (Eger, 2021).

A partir da descoberta da zidovudina (AZT) em 1987, a Aids deixou de ser uma doença letal e aguda para se tornar uma condição crônica e controlável. A combinação de antirretrovirais, como o AZT, mostrou-se altamente eficaz, melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. No entanto, essa terapia combinada inicialmente enfrentou desafios, como o alto custo, o grande número de comprimidos diários e os efeitos colaterais. Em 1996, o Brasil foi um dos pioneiros ao disponibilizar o tratamento para HIV por meio do sistema público de saúde (Stcanelli *et. al*, 2024).

Em 1986, foi instituído o Programa Nacional de IST/Aids, com o intuito de conduzir medidas para rastrear as populações vulneráveis, criar modelos de triagem e diagnósticos de pessoas vivendo com o HIV, a primeira geração do teste ELISA

(Ensaio de Imunoabsorção Enzimática)⁷ só foi possível nesse mesmo ano e foi rapidamente introduzido no Brasil e, em 1987, tornou-se obrigatório a testagem de todos os doadores de sangue em território nacional com a finalidade de proteção ao paciente receptor (Ferreira, 2023).

Já no ano de 1996, foi publicado a Lei n. 9.313, que passou a disponibilizar a distribuição gratuita de medicamentos através do SUS para o tratamento adequado aos portadores de HIV/Aids, e outorgou ao Ministério da Saúde a padronização da combinação medicamentosa em consonância com o conhecimento científico atualizado (Oliveira; Fonseca, 2022).

Paralelamente aos avanços na terapia antirretroviral, desenvolveu-se, ainda na década de 1990, um conjunto de estratégias preventivas que complementou a resposta nacional à epidemia. Nesse período, a PEP passou a ser utilizada no país para situações de exposição ocupacional, sendo posteriormente ampliada para exposições sexuais e outras situações de risco. A PrEP, por sua vez, constitui uma tecnologia mais recente: embora consolidada internacionalmente nos anos 2010, sua incorporação ao SUS ocorreu apenas em 2017 (Santos, 2024), com oferta destinada a grupos em maior vulnerabilidade.

Essa ampliação das formas de prevenção exigiu o fortalecimento de ações educativas, a fim de evitar a redução do uso de preservativos e assegurar práticas preventivas diversificadas. No âmbito do sistema prisional, somente a partir de 2014, com a instituição da PNAISP, as ações de enfrentamento ao HIV foram formalmente estruturadas, reconhecendo as pessoas privadas de liberdade como grupo prioritário e estabelecendo diretrizes para testagem, acompanhamento clínico e acesso à TARV nas unidades prisionais (Brasil, 2014).

Outro marco foi a revisão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT HIV/aids), publicada em 2013, a qual introduziu uma mudança decisiva ao estabelecer o início imediato da terapia antirretroviral para todas as pessoas diagnosticadas, sem depender da contagem de linfócitos T CD4+. Essa diretriz passou a orientar de forma

⁷ O ensaio de primeira geração tinha o formato indireto, ou seja, a presença de anticorpos específicos é detectada por um conjugado feito de anticorpo anti-IgG, tornando o ensaio pouco específico. Atualmente o exame difundido é o teste ELISA de quarta geração no formato “sanduíche”, detectando todas as classes de imunoglobulina trazendo maior amplitude para o teste (Ministério da Saúde, 2013).

uniforme as condutas clínicas no território nacional, facilitando a supressão viral, fortalecendo o diagnóstico precoce e organizando de maneira mais eficiente os fluxos assistenciais dentro do SUS. Com isso, o PCDT consolidou parâmetros técnicos que ampliaram o acesso ao tratamento e reforçaram a resposta brasileira à infecção (Brasil, 2022a).

A partir da articulação de movimentos sociais e ONGs, que inicialmente preencheram a lacuna deixada pela ausência de uma resposta estatal organizada, o país construiu um sistema de saúde robusto. Essa pressão popular culminou na criação de programas nacionais de combate à AIDS, na implementação de diagnósticos, na distribuição gratuita de antirretrovirais e, mais recentemente, na incorporação de novas tecnologias de prevenção, como a PrEP e a PEP.

O êxito dessa abordagem integrada e adaptável consolidou o Brasil como um líder global na resposta ao HIV/Aids. No entanto, essa mesma trajetória evidencia que o combate à epidemia exige a constante superação de iniquidades em saúde, demandando um olhar atento às populações que enfrentam barreiras específicas de acesso. Essa é a lente que nos permite compreender o cenário atual, onde o foco se volta para realidades de alta vulnerabilidade, como a complexa situação do HIV no sistema prisional brasileiro.

Apesar dos avanços institucionais na resposta ao HIV, ainda persistem desafios estruturais que comprometem a continuidade do tratamento e a universalização do acesso, especialmente em circunstâncias de maior vulnerabilidade, como o sistema prisional. A evolução das políticas públicas de enfrentamento ao HIV no Brasil reflete um processo contínuo de adaptação técnica e institucional. A combinação entre mobilização social, avanço científico e gestão pública estruturada resultou em estratégias abrangentes de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Ainda assim, persistem desigualdades regionais e obstáculos estruturais que limitam o alcance dessas ações, especialmente em situações de vulnerabilidade acentuada, como o sistema prisional. A seguir, será examinada a base normativa que orienta a garantia da saúde das pessoas privadas de liberdade e os desafios de sua efetivação. A partir desse percurso histórico, passa-se à análise do direito à saúde sob a perspectiva normativa e de sua aplicação no sistema prisional.

5 DIREITO À SAÚDE E AOS SERVIÇOS NO SISTEMA PRISIONAL

A saúde constitui direito fundamental de todos e dever do Estado, conforme dispõe o art. 196 da CF/88, que determina a adoção de políticas sociais e econômicas destinadas à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Esse preceito alcança também as pessoas privadas de liberdade, que permanecem titulares dos direitos fundamentais não afetados pela sentença penal. No âmbito jurídico, a proteção à saúde dos indivíduos em cumprimento de pena representa uma obrigação estatal de natureza positiva, impondo à administração pública o dever de garantir condições adequadas de atendimento, prevenção e tratamento, em consonância com os princípios da dignidade da pessoa humana e da integridade física e moral previstos na Lei de Execução Penal. Essa perspectiva diferencia-se da dimensão administrativa analisada na seção anterior, concentrando-se agora na efetividade normativa e na concretização judicial desse direito no âmbito prisional.

No entanto, apesar de uma vasta legislação, o sistema carcerário brasileiro enfrenta um grave “estado de coisas inconstitucional”, como reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) n. 347⁸ que teve como relator o então Ministro Marco Aurélio Mendes de Farias Mello, e que reitera o tratamento desumano concedidos a população privada de liberdade, oriundo da superlotação, falta de higiene, de água potável corroborando a proliferação de doenças, ferindo direitos humanos universais.

O julgamento da Medida Cautelar, ocorrido em 09 de setembro de 2015, foi realizado pelo Ministro Relator com uma análise retrospectiva do acervo processual da Corte sobre a temática penitenciária. O magistrado destacou a natureza contramajoritária da pauta, evidenciando que a proteção dos detentos é frequentemente negligenciada por ser considerada uma agenda politicamente impopular. Esse fenômeno decorre da estigmatização social do sentenciado, cuja dignidade é negligenciada em razão do ilícito praticado. Tal processo de invisibilização

⁸ Veja mais em Supremo Tribunal Federal. ADPF 347 MC/DF (Rel. Min. Marco Aurélio, Redator do acórdão Min. Luís Roberto Barroso, DJ 19/12/2023).

reforça uma inércia deliberada por parte dos poderes constituídos, consolidando os custodiados como um grupo em situação de vulnerabilidade (Ferreira; Freitas; Neto, 2022).

Nesse sentido, é notório que o texto constitucional tornou o acesso à saúde um direito fundamental no Brasil, não sendo apenas de cunho orientativo, mas uma obrigação constitucional vinculante ele se destaca por ser universal e integral, o que significa que o Estado tem a obrigação de implementá-lo por meio de políticas públicas eficazes para todos os cidadãos. No entanto, a universalidade desse direito é colocada sob intenso questionamento na perspectiva prisional, embora a lei não faça distinção entre os cidadãos livres e os privados de liberdade, o acesso integral à saúde para a população carcerária é caracterizado por profundas desigualdades e limitações estruturais.

O Pacto de São José da Costa Rica, estabelece fundamentos básicos para a dignidade da pessoa privada de liberdade sendo o art. 5º o pilar central, ao determinar que “Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano”, vedando torturas e tratos cruéis, desumanos ou degradantes, essa norma impõe ao Estado a obrigação de garantir condições mínimas de existência e integridade física, psíquica e moral aos detentos, e reforça a necessidade de políticas públicas ativas e leis que efetivem a proteção dentro das prisões, em complementação o art. 6º veda a escravidão e a servidão, complementando a proteção ao garantir que o trabalho forçado, quando imposto como parte da pena, não afete a dignidade do recluso, exigindo que o sistema prisional brasileiro se reformule para cumprir esses mandamentos sob o risco de responsabilização internacional (OEA, 1969).

A Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) n. 474/2022 instituiu a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas Privadas de Liberdade e Egressas, criando diretrizes para organizar a atuação do Poder Judiciário em articulação com os sistemas de saúde, assistência social e administração penitenciária. A norma definiu parâmetros para o acompanhamento de pessoas custodiadas, o monitoramento das condições de encarceramento e a integração com serviços essenciais, inclusive nas demandas relacionadas ao acesso a tratamentos de saúde, como o cuidado contínuo

das pessoas vivendo com HIV. Com isso, o CNJ estabeleceu mecanismos de coordenação que buscam reduzir falhas institucionais e apoiar fluxos mais estáveis entre decisões judiciais, unidades prisionais e equipes responsáveis pela atenção à saúde (Brasil, 2022b).

Considerando a importância da temática que versa sobre os direitos humanos, a Organização das Nações Unidas (ONU) organizou um documento orientativo a respeito dos sistemas prisionais em 2015, conhecido como as regras de Mandela, em homenagem ao ex- presidente sul-africano, Nelson Mandela que ficou preso por quase 27 anos, sofrendo violências de direitos humanos, esse documento tem como objetivo minimizar as dificuldades enfrentadas pela população carcerária, em relação tanto ao tratamento da população privada de liberdade como da efetiva valorização da dignidade (Santana; Amin; Pinheiro, 2021).

Com base nos princípios da universalidade do acesso à saúde, e da isonomia que garante normas equitativas a mesma codificação reafirma que o direito à saúde se estende integralmente à população carcerária, como retrata de forma indireta no art. 5º, XLIX “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral” e explícita em seu § 1º que as normas fundamentais são de aplicação imediata, o que reforça a obrigatoriedade de políticas públicas efetivas.

Apesar de o sistema penitenciário ter a função de afastar indivíduos da sociedade que possam oferecer risco, é necessário garantir os direitos a essa população, respeitando o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana, e com isso se torna necessário buscar alternativas para minimizar a superlotação, e trabalhar na ressocialização preparando o indivíduo para voltar ao convívio social (Souza; Lemos Júnior, 2025). A pena privativa de liberdade deve ter como essência princípios humanitários, e não possuir caráter punitivista, no entanto, nem sempre isso ocorre nas instituições.

Segundo Carneiro, *et. al* 2025, quando a punição é uma prática comum em ambientes prisionais, é provável que o próprio sistema exponha seus detentos a graves riscos de saúde, tanto física quanto mental, essa realidade sugere que a punição pode ser um fator desencadeador para o adoecimento em massa, aumentando a probabilidade de aquisição de doenças como hepatites e outras

infecções.

Dados indicam que aproximadamente 20% dessa população carcerária, em âmbito nacional, contrai o vírus HIV, frequentemente como resultado de violência sexual cometida por outros detentos como forma de punição, sendo notório a necessidade de intervenções eficazes para melhorar as condições de saúde, e que sejam capazes de promover a qualidade de vida dos detentos (Carneiro *et. al*, 2025).

A PNAISP foi implementada para expandir as ações do SUS a esse grupo. Sua criação representou um avanço na garantia dos direitos fundamentais e na defesa dos direitos humanos no Brasil. A estrutura de atendimento de saúde nas unidades prisionais é organizada por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As atividades de saúde no sistema prisional englobam diversas frentes, incluindo o diagnóstico, aconselhamento e tratamento de ISTs, como a exemplo do HIV/Aids (Teixeira; 2023). Embora a PNAISP formalize a garantia do cuidado integral do SUS à população privada de liberdade, desde a atenção primária (com as equipes cadastradas no CNES) até o diagnóstico e tratamento de ISTs, sua efetivação enfrenta o desafio da intersetorialidade precária entre as secretarias de Saúde e Justiça.

No cenário prisional, a população encarcerada tem também direitos previstos na Lei n. 7.210/1984 conhecida como LEP, que estabelece condições obrigatório do Estado em fornecer condições de higiene, saúde e segurança às pessoas privadas de liberdade, especificamente em seu art 14º “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.”, demonstrando assim uma preocupação não apenas com o tratamento de doenças mas também a prevenção à saúde, bem como o compromisso do ordenamento jurídico brasileiro em garantir com a dignidade humana no ambiente prisional (Herculano *et. al*, 2025).

As pessoas privadas de liberdade são sujeitos de direito, e eles são tratados em um rol exemplificativo na LEP no art. 41º, sendo obrigação do Estado proporcionar uma vida digna e entregar todos os serviços estabelecidos pela norma jurídica, sendo a falta dessa entrega uma grave violação aos direitos fundamentais, em consonância com a normatiza citada se têm o art. 3º que regulamenta “ao condenado e ao internado

serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”, ou seja, a pena é de única e exclusivamente a restritiva de liberdade física, não se estendendo sob qualquer hipótese a integridade física e moral (Vieira; Dias Júnior, 2025).

A assistência a saúde nas instituições prisionais devem ser prestadas por equipes multidisciplinares como preconiza a LEP, direcionando para a atuação em relação ao HIV/AIDS esta deve contemplar o diagnóstico, o aconselhamento e tratamento, por meio de coleta de material para realização de exames de identificação dos casos, distribuição de preservativos, informações a respeito de prevenção e controle, ações de vigilância e distribuição de medicações para o tratamento tanto do HIV como de outras ISTs (Sousa *et. al*, 2022).

Ademais a educação em saúde representa um determinante para a promoção e prevenção da saúde, com a capacidade de conscientizar o indivíduo e a coletividade, minimizando comportamentos de risco, os materiais de informações são importantes ferramentas educacionais e de suporte complementar para o desenvolvimento de ações sanitárias (Borges *et. al*, 2023).

No entanto, apesar das políticas públicas existentes direcionadas ao sistema prisional e a saúde dos penitenciários, há lacunas que dificultam sua implementação, essa dificuldade se deve principalmente à falta de estrutura adequada, aliados a falta de medicamentos e equipamentos adequados (Castro; Fonseca, 2024).

Muitos problemas são vinculados a superlotação no sistema penitenciário como a falta de recursos, dificuldades na ressocialização e diretamente no surgimento e agravamento de doenças, nesse sentido o CNJ indica a necessidade de combater a morosidade judicial com o intuito de garantir a eficiência na revisão dos processos, com a finalidade de reduzir o número de detentos, juntamente com revisão de políticas públicas que visam na redução de problemas advindos do número excessivo de pessoas privadas de liberdade (Carneiro *et. al*, 2025).

O *Habeas Corpus* n. 165.704/SP (Brasil, 2021) transcendeu seu escopo original, que visava a substituição da prisão cautelar em casos específicos, ao reforçar o diagnóstico de estado de coisas inconstitucional no sistema prisional brasileiro. Essa classificação, originalmente delineada na ADPF 347, foi reafirmada e detalhada, transformando o julgamento em um marco de ativismo judicial estrutural. O estado de

coisas inconstitucional é definido como uma falha orgânica, sistêmica e persistente do aparato estatal, que resulta em uma violação massiva, generalizada e contínua de direitos fundamentais. No âmbito do sistema carcerário, essa falha se manifesta primariamente na superlotação. Conforme o entendimento do STF, a superlotação não é apenas um problema logístico, mas a causa imediata e o sintoma mais evidente da negação da dignidade da pessoa humana dos custodiados.

O reconhecimento pelo STF das violações massivas de direitos no sistema prisional evidencia uma crise humanitária que transcende o indivíduo privado de liberdade. A ineficiência dos mecanismos de ressocialização repercute diretamente na sociedade, pois a manutenção de um sistema degradante impede a redução da criminalidade e a efetiva pacificação social preconizada pelo ordenamento jurídico vigente (Ferreira; Freitas; Neto, 2022).

As penitenciárias foram projetadas originalmente como forma de controlar indivíduos e de manter a ordem social, mas acabou-se aproximando da marginalização e perpetuando ciclos de violência, a saúde no âmbito prisional frequentemente têm seus recursos financeiros extirpados, profissionais desmotivados e estratégias de prevenção e promoção a saúde totalmente inadequadas, fatores que criam barreiras para a implementação e adesão de práticas terapêuticas, a saúde por vezes encontra-se em plano secundário atrás de questões de segurança (Medeiros, 2025).

Intrínseco do direito a saúde, há a Lei n. 12.984, de 2 de junho de 2014, que define o crime de discriminação aos portadores do HIV, constituindo como crime punível de 1 a 4 anos de reclusão e multa em seu art. 1º condutas discriminatórias em razão da condição de portador do vírus como o de recusar, segregar alunos em instituições de ensino, negar o direito ao trabalho, divulgar a condição com intuito de ofender a dignidade da pessoa (Brasil, 2014). Demonstrando a preocupação em uma esfera ampla e integral em diversas áreas sociais do imunossuprimido, no entanto, essa lei potencializa a tutela contra estigmas na população em geral, mas sua efetividade é limitada no cárcere.

Apesar da legislação robusta, que inclui a CF/88, a LEP e a PNAISP, a efetivação do direito à saúde para a população carcerária ainda enfrenta importantes

desafios, o direito à saúde não é apenas uma questão de gestão penitenciária, mas um problema constitucional e de direitos humanos, que exige a atuação coordenada entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. A superlotação, a precariedade das estruturas e a carência de recursos, aliadas à realidade de violência e discriminação, dificultam a implementação plena de políticas de saúde, especialmente no combate ao HIV. Portanto, para garantir que o direito à saúde e a dignidade humana sejam respeitados, é fundamental que as ações do Estado superem o caráter punitivista e se concentrem na criação de ambientes que promovam a prevenção, o tratamento e a ressocialização. Somente assim será possível reduzir a alta prevalência do HIV nesse grupo e garantir que as normas e os direitos se tornem uma realidade para todos.

O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade possui fundamento constitucional e aplicação imediata, sendo responsabilidade indeclinável do Estado. A existência de políticas específicas, como a PNAISP, não tem sido suficiente para eliminar as desigualdades estruturais que caracterizam o sistema prisional. A superlotação, a carência de recursos e a desarticulação entre os entes federativos comprometem a continuidade da assistência e a efetividade das garantias legais. Diante desse quadro, a análise jurídica entende que a violação reiterada desse direito compõe o núcleo do estado de coisas inconstitucional reconhecido pelo STF, exigindo respostas estatais integradas que restabeleçam a dignidade e o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Apesar das previsões normativas analisadas, a efetivação do direito à saúde enfrenta limitações específicas no ambiente prisional. Dessa forma, o capítulo seguinte examina a prevalência do HIV nas unidades prisionais e os fatores estruturais que comprometem a prevenção, o diagnóstico e o acesso ao tratamento.

6 O HIV NO SISTEMA PRISIONAL

O sistema prisional brasileiro configura um ambiente de elevada vulnerabilidade epidemiológica, no qual as condições estruturais precárias, a superlotação, a carência de recursos e a descontinuidade de serviços de saúde criam um cenário propício à

disseminação do HIV e de outras infecções. A ausência de infraestrutura adequada e de equipes técnicas suficientes compromete o acompanhamento clínico, a prevenção e a adesão terapêutica, intensificando o risco de novas transmissões e agravando o quadro de saúde das pessoas privadas de liberdade. Essa realidade materializa, na prática, os limites identificados no plano jurídico quanto à efetividade das políticas públicas de saúde, evidenciando que a fragilidade institucional do sistema prisional é um dos principais entraves à concretização das garantias constitucionais analisadas na seção anterior.

Além disso, a insuficiência de profissionais de saúde e a falta de organização dos serviços comprometem severamente a TARV, que exige adesão rigorosa e ininterrupta, algo que é constantemente ameaçado pela dificuldade em garantir o fornecimento regular dos medicamentos, pelo acompanhamento clínico inadequado e pelas falhas no registro e na transferência de informações médicas. A complexa realidade de exclusão social e econômica de muitos detentos, que já tinham acesso limitado à saúde antes de serem encarcerados, agrava o quadro, tornando o ambiente prisional um catalisador da vulnerabilidade e um obstáculo à efetiva prevenção e tratamento do HIV.

Desde os primeiros registros da infecção do HIV há aproximadamente quatro décadas, as estimativas globais indicam que mais de 85,6 milhões de indivíduos foram infectados, resultando em 40,4 milhões de óbitos por doenças relacionadas à AIDS (Ribeiro *et. al*, 2024).

Esses dados alarmantes sublinham a persistente gravidade da epidemia de HIV/aids, intensificando-se quando aplicada ao ambiente prisional, que funciona como um reservatório potencial de infecções. A alta prevalência do vírus nesse cenário não só espelha a ineficácia das políticas de saúde para a população privada de liberdade, mas também representa um risco muito elevado de contágio para a sociedade em geral, especialmente para os profissionais do sistema prisional e parceiros sexuais.

A continuidade assistencial de indivíduos privados de liberdade soropositivos enfrenta barreiras sistêmicas severas, embora o sistema prisional configure-se, muitas vezes, como a porta de entrada para o diagnóstico, visto que 50,6% dessa população identifica a infecção apenas após o encarceramento. Limitações estruturais,

notadamente a logística deficitária para o deslocamento a centros de referência e a prevalência de trâmites judiciais sobre as urgências clínicas, elevam a taxa de interrupção da TARV para aproximadamente 40%. Esse cenário resulta em cargas virais detectáveis, o que compromete o prognóstico individual e perpetua a dinâmica de transmissão do HIV no ambiente carcerário e na comunidade externa (Silvestre; Matos; Gonçalves, 2024).

De acordo com Nogueira *et. al* (2025), o HIV impacta de forma desproporcional grupos populacionais vulneráveis, que frequentemente enfrentam obstáculos no acesso a serviços de saúde, entre esses grupos estão os indivíduos em situação de privação de liberdade.

O Ministério da Justiça e da Saúde, através da Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014, instituiu a PNAISP que define:

Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança (BRASIL, 2014).

O sistema prisional brasileiro enfrenta uma grave crise estrutural e humanitária, evidenciada pela superlotação carcerária, dados do CNJ e do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) apontam que a população privada de liberdade excede 800 mil detentos, ultrapassando a capacidade do sistema em média de 54%, essa disparidade compromete os direitos fundamentais, a segurança pública e o processo de ressocialização. Em uma escala global, o Brasil possui a terceira maior população de presidiários, apenas superados pelos Estados Unidos da América (EUA) e a China (Seares, 2025).

Essa desproporção entre o número de detentos e a infraestrutura disponível é o cerne da inefetividade das políticas públicas no ambiente prisional. A superlotação crônica não é apenas uma falha administrativa, ela compromete diretamente os direitos fundamentais, a segurança pública e, sobretudo, o processo de ressocialização, condições de alta densidade populacional anulam qualquer possibilidade de higiene adequada, dificultam o acesso e a distribuição de

medicamentos, e tornam inviável a assistência à saúde, criando o ambiente perfeito para a rápida disseminação de doenças como o HIV.

Dados indicam que a prevalência do vírus entre pessoas encarceradas é 7,2 vezes maior do que na população adulta em geral. Essa maior vulnerabilidade pode ser atribuída a uma combinação de fatores como ambientes superlotados e insalubres, somados a comportamentos de risco, como contatos sexuais sem proteção e o compartilhamento de seringas e outros objetos perfurocortantes, contribuem para aumentar a incidência de ISTs nesse público (Nogueira *et. al*, 2025).

Contudo, em que pese a vigência dos preceitos internacionais e garantias fundamentais, a realidade fática destoa da norma. Dados do CNJ revelam que aproximadamente 62% dos óbitos no sistema prisional brasileiro decorrem de doenças, o que evidencia a precariedade estrutural e a superlotação das unidades. Tal cenário denota a ineficiência do Estado em assegurar o dever de custódia e a integridade física dos detentos, demonstrando o abismo existente entre o ordenamento jurídico e a efetiva proteção da vida no ambiente carcerário (Guanciano; Júnior, 2025).

Nos fatores comportamentais há diversos meios de possíveis contaminação se destaca o uso de drogas injetáveis, pois é um fenômeno comum nas instituições prisionais uma vez que os encarcerados ingressam no local com hábitos de dependência química, em sua maioria dada a escassez de material há a partilha de agulhas e seringas, o que contribui para uma via eficaz de contaminação (Generoso, 2024).

Outro método frequente são os contatos sexuais nos presídios, visto que há pouca disponibilidade de preservativos e na via de transmissão, a relação sexual anal é a mais suscetíveis de contágio e o risco aumenta consideravelmente com o a violência sexual (Generoso, 2024).

Outrossim, há um aumento em comportamentos sexuais de risco em mulheres em relação a população geral, podendo ser identificado como situações correlatas o envolvimento em trabalho sexual, uso de substâncias, múltiplos parceiros sexuais, a não utilização de preservativos e ter sofrido de violência sexual além do abuso infantil (Santos, Ferreira, Rodrigues, 2024).

É importante considerar os fatores sociais através do perfil de vulnerabilidade social de indivíduos privados de liberdade, muitos dos quais não tinham acesso adequado a serviços de saúde antes do encarceramento. Essa realidade reflete uma complexa condição de exclusão social e econômica, frequentemente associada a grupos de risco para ISTs, como o HIV (Sousa *et. al*, 2022).

Quanto ao perfil socioeconômico das pessoas privadas de liberdade há uma predominância da população jovem, 29,9% entre 18 e 24 anos e 24,11% entre 25 e 29 anos, sobre a etnia a cor parda corresponde a 46,2% dos encarcerados e a população preta 35,4%, totalizando então 63,6% dos negros, já a representatividade dos prisioneiros branco são de 17,3%, o que destoa da relação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que demonstra que 55,4% da população brasileira é de pretos e pardos (Menezes, 2024). Esses dados demonstram que há uma desproporcionalidade entre a população a cor/raça da população geral e da população privada de liberdade, tendo um maior número de pessoas pretas e pardas em situação de cárcere, o que representa uma maior desigualdade social.

Estudos indicam que o perfil dos encarcerados com HIV apresenta relação com o perfil da população brasileira no geral, com predominância em homens, jovens adultos e de cor de pele autodeclarado preto ou pardo (Bossonario *et. al*, 2024).

Ao analisar os casos de notificação por diagnóstico do HIV, a predominância masculina, pode ser vinculado a alguns fatores, o mais iminente é por serem de fato a maior população privada de liberdade, representando mais de 75% dos casos, para além disso, ressalta-se que há um maior déficit de conhecimento a cerca de medidas preventivas em homens, caracterizado também por uma diminuição de autocuidado (Santos, Ferreira, Rodrigues, 2024).

De acordo com Nogueira *et. al* (2025), a prevalência global de HIV entre a população privada de liberdade é estimada em 4,2%, embora esse índice apresente grande variação entre os diferentes países. No Brasil, dados do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN) referentes ao segundo semestre de 2023 indicaram que, do total de 844.388 indivíduos encarcerados, 10.002 viviam com HIV. No entanto, a análise regional desse cenário é restrita e demonstra uma heterogeneidade considerável entre os estados (Nogueira, *et. al*, 2025).

A discrepância entre a prevalência global e o número absoluto de casos no Brasil reflete não apenas o tamanho da nossa população carcerária, mas a complexidade em garantir a continuidade do cuidado em um sistema sob colapso. O número de mais de 10 mil detentos vivendo com HIV evidencia as graves falhas na prevenção e no acesso ao tratamento nas unidades prisionais.

A assistência a saúde do preso é uma problemática real de todo o sistema, sendo notável que na prática esse amparo não é feito de forma ampla como em outros locais de atuação, afetando os princípios da universalização e da isonomia ao acesso a saúde, além do fator de hostilidade no sistema carcerário, comportamentos violentos e de resistência a colaboração dos tratamentos (Teixeira, 2023).

A recomendação é a utilização da TARV para todas as pessoas que convivem com o HIV/Aids, independente da contagem de linfócitos TCD4+, garantindo assim a redução de mortalidade e recuperação da função imunológica, sendo a adesão ao tratamento fator básico para o efetivo tratamento ao HIV, porém condições ambientais inadequadas corroboram para a baixa adesão permitindo a circulação desenfreada do vírus em ambientes carcerários (Medeiros, Muller, Pereira, 2024).

Portanto, o cenário da infecção pelo HIV entre pessoas privadas de liberdade demonstra a necessidade de uma resposta mais consistente e humanizada, tratada como tema de direitos humanos e dependente de políticas que realmente funcionem. A elevada taxa de infecção decorre de falhas estatais na prevenção e no tratamento contínuo, agravadas pela superlotação, pela falta de estrutura, pela interrupção da TARV e pela escassez de equipes qualificadas. Esse conjunto de barreiras indica que o enfrentamento do HIV no cárcere requer atuação conjunta dos setores de saúde, justiça e assistência social, com organização permanente e fiscalização rigorosa, a fim de romper o ciclo de violações e proteger a saúde coletiva..

7 CONCLUSÃO

O estudo examinou a efetivação do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil, com ênfase no acesso ao tratamento das pessoas que vivem com HIV. A investigação permitiu compreender que a resposta nacional à epidemia foi historicamente construída por meio da integração entre avanços científicos,

movimentos sociais e fortalecimento do SUS. Essa estrutura pública possibilitou o acesso universal ao diagnóstico e à terapia antirretroviral, incluindo estratégias preventivas como PrEP e PEP, bem como incorporou diretrizes de integralidade e equidade reconhecidas em âmbito internacional. No entanto, a análise indicou que essa configuração institucional, ainda que formalmente estabelecida, não se reproduz com a mesma eficácia no sistema prisional, em que o direito à saúde encontra obstáculos decorrentes da precariedade do encarceramento e da ausência de políticas intersetoriais efetivas.

O levantamento das políticas públicas e das normas jurídicas demonstra que o Estado brasileiro dispõe de instrumentos normativos suficientes para garantir o cuidado integral, conforme a CF/88, a Lei Orgânica da Saúde, a LEP e a PNAISP. Mesmo com essa base, a aplicação concreta desses dispositivos é fragilizada por fatores estruturais, como superlotação, falta de profissionais, deficiências logísticas e irregularidades na distribuição de medicamentos, que, de fato, comprometem a continuidade terapêutica e a adesão ao tratamento. A omissão administrativa e a descoordenação entre os entes federativos dificultam a integração das ações de prevenção, diagnóstico e acompanhamento clínico, o que agrava o controle da infecção e potencializa as vulnerabilidades já existentes entre a população encarcerada.

Verificou-se também que a gestão prisional brasileira mantém uma lógica disciplinar e punitiva incompatível com os fundamentos constitucionais do Estado Democrático de Direito. Essa orientação transforma o cárcere em um espaço de negação de direitos, intensificando a disseminação de doenças infecciosas e reproduzindo desigualdades raciais e socioeconômicas. A prevalência do HIV é maior entre pessoas negras, jovens e em situação de vulnerabilidade social, o que demonstra que o sistema penal não apenas restringe a liberdade, como também intensifica a exclusão social. A análise jurídica e epidemiológica permite concluir que o ambiente prisional é um fator multiplicador da epidemia, violando os princípios da dignidade humana, da isonomia e da indivisibilidade dos direitos fundamentais.

A atuação do SUS, ainda que prevista em diversas normas, segue limitada dentro das prisões pela falta de infraestrutura, pelo *déficit* de equipes

multiprofissionais e pela descontinuidade do registro clínico. O acompanhamento laboratorial e o fornecimento regular da TARV são frequentemente interrompidos por falhas de gestão e problemas logísticos, o que compromete os indicadores de supressão viral e aumenta o risco de resistência medicamentosa. A inexistência de fluxos institucionais integrados entre as secretarias de Saúde e Justiça, associada à ausência de fiscalização constante, prolonga a distância entre o desenho formal das políticas e sua execução prática.

Diante disso, a efetivação do direito à saúde da população carcerária depende de medidas estruturais e administrativas coerentes, acompanhadas de mecanismos de controle e responsabilização estatal. É indispensável garantir a presença contínua de equipes de atenção primária no interior das unidades prisionais, garantir o fornecimento regular de medicamentos e estabelecer protocolos de atendimento específicos para pessoas vivendo com HIV. A implementação de programas de educação em saúde, direcionados à conscientização sobre prevenção, autocuidado e redução de riscos, é um instrumento necessário para enfraquecer o ciclo de vulnerabilidade.

A análise também conduz à conclusão de que o enfrentamento do HIV nas prisões engloba uma questão de gestão pública e de justiça social. O Estado, ao manter sob sua custódia indivíduos privados de liberdade, tem o dever jurídico e moral de preservar suas condições mínimas de existência e de promover políticas de saúde que garantam continuidade terapêutica, confidencialidade e acompanhamento após o cumprimento da pena. O descumprimento dessas obrigações caracteriza violação dos direitos humanos e reforça o estado de coisas inconstitucional já reconhecido pelo STF. A falta de políticas, a escassez de recursos e a fragilidade dos mecanismos de controle apontam para a urgência de um novo modelo de gestão penitenciária, orientado por princípios humanitários e por práticas embasadas em evidências científicas e epidemiológicas.

REFERÊNCIAS

ALCHMIN-CARVALHO, Felipe; CHIAPETTI, Nilse; NICHATA, Lucia Izumi.
Homofobia internalizada e opressão social percebida por homens gays que vivem

com HIV. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, Patos de Minas, v. 9, n. 2, p. 685-704, nov. 2023.

APPARECIDO, Tamara; DEOLINDO, Pamela; SAITO, Larissa. **Uso de PREP e PEP na profilaxia do HIV**. 2024. 18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Enfermagem) – ETEC Pedro Ferreira Alves, Mogi Mirim, 2024.

BERNARDES, Ketlyn da Costa; BONANI, Silmara Aparecida; SOARES, Samara Carvalho. Variações imunológicas causadas pelo vírus HIV. **Revista Mato-Grossense de Saúde**, Campo Grande, v. 2, n. 1, p. 142-157, jun. 2024.

BORGES, Alana Vanessa Sousa Santos *et. al.* Construção e validação de tecnologia educacional para prevenção do HIV/Aids em mulheres privadas de liberdade. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, p. 84-86, out. 2023.

BOSSONARIO, Pedro Augusto *et. al.* Perfil das pessoas que vivem com HIV/aids no cárcere. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 32-34, ago./set. 2024.

BRASIL. [Constituição Federal (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs). **Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, 23 ago. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus** n. 165.704/SP. Relator: Min. Reynaldo Soares da Fonseca. Julgado em 20 ago. 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5596542>. Acesso em: 03 out. 2025.

BRASIL. **Lei 12.984/2014, de 2 de junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids [2014].

BRASIL. **Lei 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [1990].

BRASIL. **Resolução n. 474, de 9 de setembro de 2022**: Altera a Resolução CNJ no 417/2021, que institui e regulamenta o Banco Nacional de Medidas Penais e Prisões (BNMP 3.0). Conselho Nacional de Justiça: 2022b. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original14491120220912631f46e7aadb2.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito

Fundamental nº 347. Relator: Min. Marco Aurélio. **Diário da Justiça Eletrônico**, Brasília, DF. set. 2015. Disponível em: 1ADPF347InformaosociedadeV2_6out23_17h55.pdf Acesso em: 24 set. 2025.

CARNEIRO, Jamylle Evylle Dantas *et. al.* Saúde no presídio: Uma análise acerca da saúde do homem privado de liberdade. **PhD Scientific Review**, Timon, v. 5, n. 5, p. 45-64, jan. 2025.

CASTRO, Lorena Roberta Barbosa; FONSECA, Ana Laura Almeida. Análise das políticas públicas voltadas à prevenção e tratamento das ISTs em mulheres em situação de cárcere. In: **Anais do II Congresso Internacional de Ciências Jurídicas da UEM**, Maringá, p. 521-529, dez. 2024.

DUARTE, Fernando Hiago da Silva *et. al.* Diagnóstico precoce da infecção por HIV/aids: Análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, n. 3, jan. 2023.

EGER, Talita Jabs. **A gestão de uma epidemia**: Estabilidade e mudança no campo do HIV/Aids no Brasil (1980-2013). 2021. 345f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

FERREIRA, Versalhes Enos Nunes; FREITAS, Elen Cristina Lima; NETO, Homero Lamarão. O sistema prisional brasileira e a ADPF 347: o enfrentamento do estado de coisas inconstitucional pelo CNJ. **Revista Jurídica do CESUPA**. Belém, v. 3, n. 1, p. 116-140, jun. 2022.

FERREIRA, Willian Cardoso. Evolução das metodologias diagnósticas de HIV/Aids: Uma análise histórica da epidemia no Brasil. **Cadernos Acadêmicos**, Tubarão, v. 9, n. 1, p. 135- 147, set. 2023.

GENEROSO, Marta Jorge. **Desafios das políticas públicas de resposta ao HIV/SIDA nas prisões em Moçambique**: Caso de estabelecimento penitenciário preventivo da cidade de Maputo. 2024. 103f. Monografia. (Licenciatura em Ciência Política) – Faculdade de Letras e Ciências Políticas, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, 2024.

GUANCINO, Rafaela de Paula. O Estado de Coisas Inconstitucional e o Sistema Interamericano de Direitos Humanos: uma análise sobre a ADPF 347 e o sistema prisional brasileiro. **Revista Eletrônica do CEJUR**, Curitiba, v.3, n. 1, p. 26-47,

GUIMARÃES, Lucas Teles. **Evolução das políticas públicas de combate ao HIV no Brasil (2012-2022)**. 2025. 59f. Monografia (Bacharel em Economia) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2025.

HERCULANO, Esthefany Mafra *et. al.* Mulheres encarceradas vivendo com HIV no Amazonas: Uma análise crítica acerca da escassez de dados e legislações específicas que assegurem a efetivação dos direitos fundamentais. **Revista Foco**, Vila Velha, v. 18, n. 6, p. 89. jun. 2025

JOAQUIM, Jhonata de Souza *et. al.* Sorofobia relacionada ao HIV e à Aids: o que se debate nas redes sociais digitais no Brasil?. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 1-12, maio 2024.

MEDEIROS, Aline dos Santos; MULLER, Simony Davet; PEREIRA, Lucas Oliveira. Medicamentos antirretrovirais no SUS: Uma revisão de literatura sobre a adesão ao tratamento do HIV. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciência e Educação**, São Paulo, v. 10, n. 11, p. 2292- 2318. nov. 2024.

MEDEIROS, Diego Henrique Brilhante de. **Entre muros**: Reflexões sobre o cuidado em saúde no cárcere. 2025. 49f. Monografia (Especialização em Medicina de Família e Comunidade) Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Caicó, 2025.

MENEZES, Elder Santos. **Análise sobre o perfil da população carcerária nos presídios brasileiros**: As características sociais e econômicas dos indivíduos privados de liberdade no Brasil. 2024. 49f. Monografia (Bacharel em Direito) Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf Acesso em: 24 set. 2025.

NETO, Laula Ferreira da Silva Pinto *et. al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, mar. 2021.

NOGUEIRA, Maria Rayssa do Nascimento *et. al.* Prevalência do HIV em pessoas privadas de liberdade no Brasil, 2017-2023: análise de série temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, p. 20, jun. 2025.

OLIVEIRA, Átila Jamil *et. al.* Saúde pública e sistema único de saúde (SUS): Caminhos para a universalidade e a integralidade dos serviços. **Revista DCS**, Cajamarca, v. 22, n. 82, p.3445, set. 2025.

OLIVEIRA, Maria Lucia de Paula; FONSECA, Adriano. Das políticas públicas de combate à Aids como efetivação do direito fundamental à saúde. **Revista de Direito**

da **Administração Pública Law**, Seropédica, v. 1, n. 3, p. 96, jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Americana sobre Direitos Humanos** (Pacto de São José da Costa Rica). São José da Costa Rica, 22 nov. 1969. Promulgada pelo Decreto n. 678, de 6 de novembro de 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 03 out. 2025.

PEIXOTO, Flávia Caroline. **Avaliação da influência da adesão aos diferentes esquemas terapêuticos na carga viral e na resposta imunológica em pacientes infectados com HIV**. 2025. 72f. Monografia (Bacharel em Farmácia) – Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2025.

QUERINO, Anne Karoline Bernardino *et. al.* Assistência de saúde as mulheres portadoras de HIV e HPV privadas de liberdade. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 999 – 1011, jun. 2022.

RIBEIRO, Leonardo Miranda *et. al.* Padrão temporal, distribuição espacial e fatores associados a incidência de HIV/AIDS entre jovens no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 48, n. 8, p. e52, jul. 2024.

SANTANA, Agatha Gonçalves; AMIN, Aleph Hassan Costa; PINHEIRO, Rodrigo Marques. As regras de Mandela e a política prisional brasileira. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 1-27, ago. 2021.

SANTOS, Antonio Nacílio Sousa dos *et. al.* Políticas de saúde e desigualdade: Determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do sistema único de saúde (SUS). **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 4, p. 17006-17039, abr. 2025.

SANTOS, Edelino Alves dos. **Avaliação do programa nacional de vigilância, prevenção e controle das ISTs e do HIV/Aids no uso da profilaxia pré-exposição ao HIV por pacientes do hospital universitário Walter Cantídio**. 2024. 223f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024.

SANTOS, Samuel; Lopes, FERREIRA, Pedro Lucas Alves; RODRIGUES, Maria Idalina. Atenção primária a saúde: Novas tecnologias para o fortalecimento do processo de cuidar em saúde. **Scisaude**, v. 14, n. 6, p. 11-14, jan. 2024.

SEARES, Luisa. Prisões superlotadas: o colapso do sistema carcerário brasileiro. **Revista Jurídica da UCDB**, Campo Grande, v. 6, n. 6 p. 15-30, jul. 2025.

SILVA, Eulália Santana da. A atuação da enfermagem na assistência aos pacientes portadores de HIV-AIDS: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 2,

p. 7713.7727, fev. 2023.

SILVA, Jeferson Cordeiro; VITORINO, Jhennyffer de Almeida; MARQUEZ, Carolinne Oliveira. Assistência farmacêutica aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 8, jun. 2022.

SILVESTRE, Eduarda Ferreira; MATOS, Júlya Vitória Pereira; Gonçalves, Franque Ferreira. HIV no sistema prisional: desafios e estratégias para garantir o acesso ao tratamento às pessoas privadas de liberdade e os impactos na saúde pública. **Revista Contemporânea**. [S. l.] v. 5, n. 12, Dez. 2025.

SOUSA, Keila Diane Lima de *et. al.* Agente penitenciário na assistência em HIV/AIDS no sistema prisional: Revisão de literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, p. 2182, mar. 2022.

SOUZA, José Afrânio Alves de; LEMOS JÚNIOR, Eloy Pereira. Princípio da dignidade da humana e população carcerária. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 7, p. 1686-1703, jul. 2025.

SOUZA, Jaberson de Melo; FEZA, Leidinalva Pedro; VETORAZO, Jabneela Vieira Pereira. Fatores atribuídos a assistência de enfermagem aos portadores da infecção pelo vírus do HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, Campinas, v. 10, p. e6832-e6832, mar. 2021.

TEIXEIRA, Isabela Dornelas. **Direito do penitenciário soropositivo ao acesso a tratamento no sistema prisional brasileiro sob a luz do direito fundamental de acesso a saúde previsto na CF/88**. 2023. 42f. Monografia (Bacharel em Direito) Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2023.

TEIXEIRA, Livia Garcia *et. al.* O perfil epidemiológico da AIDS no Brasil/The epidemiological profile of AIDS in Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5 n. 1 p. 1980-1992, jun. 2022

UNAIDS. Prevenção do HIV 2025 - **Roteiro**: No rumo certo para acabar com a SIDA como ameaça à saúde pública até 2030. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2021. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-2025-roadmap_pt.pdf. Acesso em: 04 set. 2025.

VIEIRA, Anyele Oliveira do Nascimento; DIAS JÚNIOR, Clóvis Marques Dias. A assistência médica no sistema prisional à luz das diretrizes da lei de execução penal. **Lumen Et Virtus**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 47, p. 3502-3515, maio. 2025.

Recebido em (Received in): 19/03/2026.

Aceito em (Approved in): 03/06/2026.



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.