



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional

Fernanda Lopes Medeiros

Mentes aprisionadas: um debate sobre a assistência à saúde mental das pessoas privadas de liberdade e a oferta de Tratamento Psiquiátrico Temporário no Sistema Prisional do Estado de Minas Gerais.

Belo Horizonte
2026

Fernanda Lopes Medeiros

Mentes aprisionadas: um debate sobre a assistência à saúde mental das pessoas privadas de liberdade e a oferta de Tratamento Psiquiátrico Temporário no Sistema Prisional do Estado de Minas Gerais.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional.

Orientador(a): Profa. Ms. Lenira de Araújo Maia

Belo Horizonte

2026

M488m Medeiros, Fernanda Lopes.

Mentes aprisionadas : um debate sobre a assistência à saúde mental das pessoas privadas de liberdade e a oferta de tratamento psiquiátrico temporário no Sistema Prisional do Estado de Minas Gerais. /Fernanda Lopes Medeiros . - Belo Horizonte: ESP-MG, 2026.

35 f.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional.

Orientador(a): Lenira Araújo Maia.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Pessoas Privadas de Liberdade. 3 . Reforma Psiquiátrica. I. Maia, Lenira Araújo. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 300

Fernanda Lopes Medeiros

Mentes aprisionadas: um debate sobre a assistência à saúde mental das pessoas privadas de liberdade e a oferta de Tratamento Psiquiátrico Temporário no Sistema Prisional do Estado de Minas Gerais.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública - Saúde no Sistema Prisional.

Profa. Ms. Lenira de Araújo Maia – ESP-MG (Orientadora)

Profa. Ms. Sidnelly Aparecida de Almeida –SEJUSP-MG (Banca Examinadora)

Profa. Ms. Alessandra Rios de Faria – ESP-MG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 24 de abril de 2026

Primeiramente agradeço a Deus, aos meus pais e minha filha. Também aos companheiros de jornada na SEJUSP (servidores efetivos e servidores PNAISP), em especial a Jaqueline Aparecida de Moura, minha amiga pessoal, e a Fernanda de Matos Azevedo, enfermeira PNAISP que perdeu a vida enquanto exercia suas funções em nossa unidade prisional. Meu reconhecimento especial às Pessoas Privadas de Liberdade, cujas vidas deram forma e cor a esse ensaio. Sem vocês este trabalho não seria possível.

Bicho de Sete Cabeças

*Não dá pé
Não tem pé, nem
cabeça
Não tem ninguém
que mereça
Não tem coração
que esqueça
Não tem jeito mesmo
Não tem dó no peito
Não tem nem talvez ter feito
O que você me fez, desapareça
Cresça e desapareça*

*Não tem dó no peito, não tem jeito
Não tem coração que esqueça
Não tem ninguém que mereça
Não tem pé, não tem cabeça*

*Não dá pé, não é direito
Não foi nada, eu não fiz nada disso
E você fez um bicho de sete cabeças*

*Bicho de sete cabeças
Bicho de sete cabeças*

RAMALHO, Zé, Canção - 1978

RESUMO

Este estudo tem como objetivo discutir o Tratamento Psiquiátrico Temporário oferecido pelo Estado às pessoas privadas de liberdade, bem como analisar suas implicações para o cuidado em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com base na Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado em relatos de experiência, desenvolvidos durante a prática profissional em uma unidade prisional vinculada à Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais. O estudo busca elucidar como o tratamento psiquiátrico é organizado no contexto prisional, destacando as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde mental, bem como os desafios para assegurar um cuidado pautado pelos princípios da dignidade humana, integralidade e garantia de direitos. Espera-se que o estudo contribua para reflexões críticas sobre as práticas de cuidado no sistema prisional e para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à saúde mental dessa população.

Palavras-chave: saúde mental, pessoas privadas de liberdade, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This study aims to discuss the Temporary Psychiatric Treatment provided by the State to people deprived of liberty, as well as to analyze its implications for mental health care within the Brazilian Unified Health System (SUS), based on Law No. 10.216/2001, known as the Psychiatric Reform Law. This is a qualitative study grounded in experience reports developed during professional practice in a prison unit linked to the State Secretariat of Justice and Public Security of Minas Gerais. The study seeks to elucidate how psychiatric treatment is organized in the prison context, highlighting the main barriers to accessing mental health services, as well as the challenges in ensuring care guided by the principles of human dignity, comprehensiveness, and the guarantee of rights. The study is expected to contribute to critical reflections on care practices within the prison system and to the improvement of public policies related to mental health for this population.

Keywords: mental health; persons deprived of liberty; psychiatric reform.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAMP	Centro de Apoio Médico Pericial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CERESP	Centro de Remanejamento do Sistema Prisional
DAP	Diretoria de Atenção à Saúde Mental e Avaliação Pericial
DEPEN	Departamento Penitenciário de Minas Gerais
LTS	Licença de Tratamento de Saúde
PAIPJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PPL	Pessoas Privadas de Liberdade
PRESP	Programa de Reintegração Social de Egressos do Sistema Prisional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RELIPEN	Relatório de Informações Penitenciárias
SEJUSP	Secretaria de Justiça e Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TPT	Tratamento Psiquiátrico Temporário
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.	O INÍCIO DESSA JORNADA.....	11
2.	O SOFRIMENTO MENTAL E A PRISÃO.....	14
3.	O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO TEMPORÁRIO.....	18
4.	METODOLOGIA: O ENSAIO COMO ESCOLHA.....	22
5.	RAIO X DO CÁRCERE - POR TRÁS DOS BASTIDORES.....	23
5.1	De perto nada é tão normal quanto parece.....	23
5.2	As dificuldades do encaminhamento para a RAPS.....	24
5.3	Paciente ou Preso? Qual é o correto?.....	27
5.4	Provisória liberdade? Dificuldades da saída do cárcere.....	28
6.	UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL?.....	31
7.	REFERÊNCIAS.....	34

1. O INÍCIO DESSA JORNADA

Meu ingresso no serviço público se deu em 2009, quando tomei posse no cargo de Analista Executivo de Defesa Social – Psicólogo, da então Secretaria de Estado de Defesa Social. A princípio, em função do nome da secretaria e munida dos ideais de uma psicóloga recém formada, acreditei que se tratava de uma pasta que trabalharia com questões sociais relacionadas às muitas vulnerabilidades que encontramos em nossa sociedade, tais como pessoas residindo de forma precária em vilas e aglomerados, situações emergenciais de catástrofes, como enchentes, deslizamentos, dentre tantas outras questões, que assistimos diariamente, em especial, nos grandes centros urbanos. Imaginava também que o trabalho seria de acolhimento e atendimento a pessoas e suas famílias... Hoje trabalho com a vulnerabilidade, com o acolhimento e atendimento, mas da população carcerária, historicamente renegada e abandonada no meio social.

No início da minha carreira, exerci minhas funções na Escola de Formação e Aperfeiçoamento do Sistema Prisional e Socioeducativo, área responsável pela seleção, recrutamento e treinamento de pessoal para trabalhar nas unidades prisionais e socioeducativas. Nessa época participei de diversos processos seletivos, que tinham por objetivo retirar da Polícia Civil o comando das cadeias públicas e formar o que é hoje a Secretaria de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP).

Por um breve período de tempo, trabalhei na criação e implantação do Núcleo de Assistência às Famílias, cujo objetivo era a prestação de atendimento direto aos familiares de Pessoas Privadas de Liberdade (PPL) e a unificação dos cadastros de visitação, até então limitados para a unidade prisional em que o preso se encontrava, o que gerava transtornos tanto para os familiares, quanto para os assistentes sociais, profissionais responsáveis pelo cadastramento das visitas.

Após esse início de jornada e depois de conhecer e me aprofundar sobre a natureza e finalidade da secretaria, optei por, enfim, ingressar em uma unidade prisional para exercer a atividade de atendimento às PPL, realizando atendimentos psicoterápicos. Atualmente, exerço minhas atividades em uma unidade prisional

localizada na região metropolitana da capital mineira, que abriga PPL do sexo masculino. Conto, portanto, com 15 anos de experiência no atendimento direto ao usuário.

Na consolidação da minha carreira, me deparei com a delicada situação de PPL com transtornos mentais ou que têm problemas em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e as dificuldades enfrentadas por esses usuários para serem inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município/território onde se encontram, além da dificuldade para a manutenção do tratamento proposto no ambiente carcerário.

Historicamente, o ambiente carcerário é excludente e deficitário. Faltam vagas para alocação das PPL e falta mão-de-obra qualificada para atendimento a essas pessoas. O último concurso público na área técnica se deu em 2013, causando na atualidade, falta de médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, pedagogos, analistas jurídicos e assistentes administrativos. Não é de se estranhar que unidades prisionais não tenham nenhum profissional em seu corpo técnico ou possuam um ou outro, sem formar uma equipe de atendimento completa.

Segundo dados do Relatório de Informações Penitenciárias (RELIPEN), em Minas Gerais, cerca de 66 mil pessoas estão em situação de privação de liberdade. Segundo o mesmo documento, o quantitativo de profissionais em 31/12/2024 era de 248 enfermeiros, 291 auxiliares/técnicos em enfermagem, 231 psicólogos, 142 dentistas, 111 auxiliares/técnicos em saúde bucal, 264 assistentes sociais, 168 advogados, 172 médicos clínicos, 47 médicos psiquiatras, 87 pedagogos e 8 terapeutas ocupacionais. O déficit de vagas para alocação e atendimento desta população beira a 20 mil vagas (BRASIL, 2025). E é neste cenário cada vez mais desafiador, que temos nos deparado com o ingresso no Sistema Prisional, de um número cada vez mais significativo de PPL com transtornos mentais e/ou problemas advindos da dependência química, decorrentes do uso de diversas substâncias lícitas ou ilícitas.

O Estado possui, atualmente, 172 unidades prisionais em funcionamento e, dentre estas, duas específicas que, além de realizar exames periciais, ofertam

suporte de atendimento médico psiquiátrico e realizam o denominado Tratamento Psiquiátrico Temporário (TPT)¹ para as demais unidades prisionais do estado. Contudo, o ingresso para esse tratamento é limitado e regulado pela SEJUSP. Tramita-se a solicitação, por memorando, para a Diretoria de Atenção à Saúde Mental e Avaliação Pericial (DAP) e, para que a PPL seja aceita para ser transferida temporariamente ao tratamento é exigido um laudo médico circunstanciado com indicação de internação para o TPT.

Tal exigência para a transferência esbarra nas questões já apontadas, sobre a superlotação das unidades e a escassez de profissionais. Se não há médico na unidade prisional, quem emitiria esse laudo? E, ainda, como ofertar o necessário tratamento e acompanhamento da PPL, na ausência do exigido laudo médico? Também é questionável o fato de que não se trata de uma internação em uma unidade hospitalar, mas sim do atendimento em uma unidade prisional que oferta serviço psiquiátrico.

Diante desses desafios, o presente trabalho visa discutir o Tratamento Psiquiátrico Temporário ofertado pelo Estado e sua relação com as diretrizes preconizadas pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001). Nos importa problematizar, a partir de relatos de situações reais ocorridas no meu cotidiano de trabalho, a contradição presente entre o direito previsto legalmente e os entraves enfrentados para garantir o acolhimento e tratamento de PPL com transtornos mentais em Minas Gerais. Por meio de uma metodologia ensaística, os casos aqui apresentados, buscaram descrever diferentes situações e cenários de assistência, enfatizando a necessidade de discutir uma Política de Saúde Mental para as PPL.

¹Consiste na internação psiquiátrica involuntária da PPL em uma unidade de tratamento médico penal para avaliação da saúde mental, medicalização e estabilização do quadro mental. A PPL é acompanhada por médico psiquiatra e liberada novamente para a unidade prisional de origem após avaliação de alta médica sobre a estabilização do quadro psíquico (MINAS GERAIS, 2023).

2. O SOFRIMENTO MENTAL E A PRISÃO

A saúde mental configura-se como um campo estratégico das políticas públicas, envolvendo dimensões clínicas, sociais, jurídicas e éticas. No Brasil, a compreensão contemporânea do cuidado em saúde mental está diretamente relacionada ao processo da Reforma Psiquiátrica, que buscou promover uma ruptura com o modelo manicomial e passou a enfatizar a atenção psicossocial, o cuidado em liberdade e a garantia de direitos humanos às pessoas portadoras de sofrimento mental (DASSOLER; PALOMBINI, 2020).

Historicamente, o tratamento destinado às pessoas em sofrimento psíquico esteve fundamentado em práticas de segregação e controle. Conforme analisa Foucault (2010), a loucura foi socialmente construída como a ausência da razão, legitimando sua exclusão do convívio social por meio de instituições de confinamento. Esse modelo asilar, mais voltado à disciplina do que ao cuidado, influenciou não apenas os hospitais psiquiátricos, mas também outras instituições totais, como prisões e hospitais de custódia. Implementou-se uma ótica denominada docilização dos corpos, a fim de tornar os indivíduos dóceis e úteis, através da neutralização dos perigos, proporcionados pela contenção física e medicamentosa (FOUCAULT, 2010).

No contexto brasileiro, a Reforma Psiquiátrica teve início nas décadas de 1970 e 1980, articulada aos movimentos de redemocratização do país e à luta por direitos sociais. Inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, liderada por Franco Basaglia, a reforma propôs o fechamento progressivo dos manicômios e a construção de uma rede substitutiva de serviços comunitários. Basaglia denunciou a violência institucional presente nos hospitais psiquiátricos e defendeu a centralidade do sujeito e de sua inserção social no seu processo de cuidado (BASAGLIA, 1985).

Esse movimento culminou na promulgação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que redirecionou o modelo de atenção em saúde mental no Brasil, assegurando os direitos das pessoas com transtornos mentais e priorizando o tratamento de base comunitária. Segundo Amarante, a Reforma Psiquiátrica não se limita a uma mudança técnico-assistencial, mas representa uma transformação ética,

política e cultural, ao romper com a lógica da exclusão e reconhecer o usuário como sujeito de direitos (AMARANTE, 2007).

Nesse novo paradigma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem papel central como dispositivos estratégicos da RAPS, promovendo cuidado territorial, interdisciplinar e articulado à comunidade. No entanto, apesar dos avanços normativos e institucionais, persistem desafios significativos, sobretudo na interface entre a política de saúde mental e o sistema prisional.

O sistema prisional brasileiro apresenta graves violações de direitos humanos, especialmente no que se refere às pessoas com sofrimento mental. Goffman (2015), ao conceituar as instituições totais, descreve espaços nos quais os indivíduos têm sua autonomia anulada e sua identidade progressivamente despersonalizada, características presentes tanto nas prisões quanto nos antigos manicômios. Essa aproximação evidencia a permanência de práticas manicomiais no interior do sistema penal.

Se, no meio social, o sujeito se torna autônomo e participante direto da RAPS, no sistema prisional ele se torna um risco a ser contido. Segundo Castiel e Guilam (2007),

os cálculos de risco epidemiológico pressupõem a identificação de grupos populacionais expostos a determinados riscos supostamente suscetíveis à prevenção (...) Nesse sentido, risco significa a probabilidade de perigo, geralmente, com a ameaça física para o ser humano e/ou para o meio ambiente (CASTIEL; GUILAM, 2007. p.159;162).

Assistimos a um crescente número de PPL que sofrem de doenças psiquiátricas e não recebem tratamento adequado. Segundo Job Neto (2015), 2% das pessoas privadas de liberdade têm esquizofrenia e a doença mental é a segunda causa de morbidade no sistema prisional. Estudos apontam que a prevalência de doenças mentais tende a ser maior na população prisional, em comparação à população geral. *“Enquanto na população em geral a taxa de doenças mentais graves gira em torno de 2%, entre os detentos essa vivência pode alcançar de 10 a 15%”* (FRAZÃO; SOUZA; NONATO, 2024; p.3).

Além disso, autores como Wacquant (2001) e Batista (2011) contribuem para a compreensão da relação entre encarceramento em massa, criminalização da pobreza e gestão punitiva das desigualdades sociais. Nesse sentido, o sistema prisional acaba por absorver sujeitos socialmente vulnerabilizados, entre eles pessoas com transtornos mentais, reforçando processos de exclusão e estigmatização. Segundo o Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, os estudos epidemiológicos sobre as doenças mentais em grupos populacionais brasileiros, sobretudo, nas populações pobres e marginalizadas, mostravam “*taxas de prevalência em torno de 20 por cento*” (BRASIL, 1988; p.36).

Muitas são as dificuldades de implicar a RAPS no tratamento das PPL. Por muito tempo, a saúde das PPL foi limitada ao atendimento por equipes da própria unidade prisional, sendo a condução externa somente efetivada quando esse atendimento não era suficiente. Porém, como o aumento da população carcerária e as dificuldades de realizar a gestão estrutural dessa demanda, torna-se um grande desafio a implementação da assistência de um grande volume de pessoas, na perspectiva de que a RAPS absorva, de uma hora para outra, a ausência de profissionais no sistema prisional em todos os seus níveis, desde a atenção básica até a atenção especializada em saúde mental.

A implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no território mineiro trouxe alguns avanços, porém há ainda muitos desafios para sua implementação. Como qualquer política pública, não é uma fórmula mágica que dá conta de solucionar todos os problemas. Nesse sentido,

a PNAISP nasceu da avaliação dos doze anos da aplicação do PNSSP², quando se constatou o esgotamento desse modelo e a necessidade urgente de promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdades no Sistema Único de Saúde, cumprindo os princípios de universalidade e equidade. (...) A partir de então, a PNAISP seria integrada a RAS - Rede de Atenção à Saúde cumprindo os princípios basilares do SUS. (SOUZA, 2025; p.6.380).

² Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

No entanto, não basta, apenas, a simples adesão à PNAISP. É preciso garantir que ela se efetive nas unidades prisionais e que os princípios fundamentais do SUS cheguem efetivamente a todas as pessoas, incluindo as privadas de liberdade. *“A perda da liberdade não limita o exercício do seu direito à saúde, mas sim sua capacidade de buscar tal direito de forma mais efetiva, nas mesmas condições dos demais cidadãos ou cidadãs”* (SANTOS; CARVALHO; SILVA, 2017; p.350).

Sustentar um cuidado regular a pacientes que se encontram nas unidades prisionais esbarra em fatores como ausência de transporte, impossibilidade de acompanhamento dos profissionais prisionais em meio a equipes reduzidas e limitadas ao atendimento de urgências, além de questões da gestão administrativa, como necessidade de aprovação de alguém do corpo diretivo da instituição para autorizar a saída da PPL do cárcere para qualquer tipo de atendimento externo.

Dessa forma, o enfrentamento da problemática da saúde mental no sistema prisional exige políticas públicas intersetoriais que articulem saúde, justiça e assistência social. A consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica depende do fortalecimento da rede territorial de cuidados e da superação de práticas que associam sofrimento psíquico à periculosidade e à necessidade de encarceramento.

Diante de tudo isso, sabemos que a saúde mental deve ser compreendida como um direito humano fundamental. Embora a Reforma Psiquiátrica brasileira tenha promovido avanços significativos na perspectiva do cuidado em liberdade, a permanência de práticas manicomiais no sistema prisional revela limites estruturais ainda não superados. Assim, torna-se imprescindível a continuidade da luta por políticas públicas comprometidas com a dignidade, a cidadania e os direitos das pessoas em sofrimento mental.

3. O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO TEMPORÁRIO

No sistema prisional mineiro, regulamentado pela SEJUSP, não existe um fluxo pré definido de como se processa o Tratamento Psiquiátrico Temporário.

Conforme descrito na Resolução SEJUSP Nº 735, de 14 de setembro de 2022, o Departamento Penitenciário de Minas Gerais (DEPEN) possui duas unidades prisionais que ofertam TPT às PPL, com diferentes finalidades. Trata-se do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Jorge Vaz, estabelecimento para custódia e cumprimento de Medida de Segurança de Internação e TPT; e o Centro de Apoio Médico Pericial (CAMP), estabelecimento para custódia e TPT. Ambos realizam, ainda, exames periciais de internação ou ambulatoriais (MINAS GERAIS, 2022).

Dentre as atribuições dessas duas unidades, previstas na normativa, estão a de executar as atividades médico periciais, tratamento psiquiátrico temporário e cumprimento de medida de segurança em caráter de internação; propor e executar projetos e ações visando o acompanhamento multidisciplinar individualizado; realizar articulações para manutenção dos indivíduos na RAPS e Socioassistencial para continuidade do acompanhamento junto ao município de origem; propor a implementação de metodologias que promovam o tratamento para a reinserção social do público atendido (MINAS GERAIS, 2022). Percebe-se, portanto, a previsão legal de que o TPT esteja articulado à RAPS.

Aliada a esta resolução, posteriormente, em 28/07/23, o Estado publicou o Decreto nº 48.659, com vistas a regulamentar a organização da SEJUSP e definir suas competências. Nesse sentido, compete à secretaria, em articulação com outros órgãos,

Art. 2º – (...) planejar, elaborar, deliberar, coordenar, gerir e supervisionar as ações setoriais a cargo do Estado relativas: III – à política prisional, assegurando que todas as pessoas privadas de liberdade sejam tratadas com o respeito e a dignidade inerentes ao ser humano, promovendo sua reabilitação e reintegração social e garantindo a efetiva execução das decisões judiciais (MINAS GERAIS, 2023; p.1).

Mais uma vez, a normativa está articulada à defesa dos direitos da pessoa privada de liberdade e com as premissas da Reforma Psiquiátrica e da PNAISP. Porém, dentro da SEJUSP, encontra-se a DAP, diretoria responsável por *“coordenar, orientar e monitorar as atividades periciais de acompanhamento social e atendimento clínico, terapêutico e hospitalar do indivíduo em cumprimento de medida de segurança e de assistência psicológica e médica psiquiátrica dos presos”* (MINAS GERAIS, 2023; p. 88). Também compete à DAP a autorização sobre a movimentação de PPL nas Unidades Prisionais Médico Penais, além da criação de normas sobre o fluxo de internação e atendimento nessas mesmas unidades. Desta forma, o TPT abordado neste trabalho é executado e definido pela DAP e não passa, necessariamente, pela gestão de vagas do SUS, já que a internação temporária é realizada em uma unidade prisional e não em uma unidade de saúde.

Assim, se articularmos as normas internas da SEJUSP com o que preconiza a Lei nº 10.216/2001, encontramos uma série de nítidas e relevantes controvérsias. A referida lei afirma, de forma categórica, que é responsabilidade do Estado a assistência aos portadores de transtornos mentais, incluindo a participação social e da família do usuário, devendo essa assistência **ser prestada em estabelecimento de saúde mental (grifo nosso)**, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Porém, as unidades do DEPEN que fornecem atendimento psiquiátrico, são unidades prisionais, com celas e regras de funcionamento de uma prisão, tendo seus moldes próprios, bem diferentes dos oferecidos pela RAPS. Assim sendo, a assistência em saúde mental ofertada pelo Estado na modalidade de TPT ou consulta eletiva não é prestada em estabelecimento de saúde mental.

Outra controvérsia está na previsão legal de que *“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”* (BRASIL, 2001; p.1). Se analisarmos detidamente onde estas PPL estão inseridas, ou seja, em unidades prisionais sem assistência médica adequada, sem profissionais capacitados para analisar os casos clínicos e encaminhar adequadamente para atendimento na RAPS, dentre outras tantas

dificuldades inerentes ao cárcere, seguramente poderíamos afirmar que todas as PPL portadoras de sofrimento mental deveriam ser inseridas na internação para tratamento psiquiátrico. Porém, não há vagas suficientes para absorver essa demanda e a lógica/funcionamento da RAPS é a manutenção do livre acesso para construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não da internação.

Ainda, a lei veda a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, desprovidas de recursos como serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. Novamente, então, nos deparamos com a controvérsia já mencionada das unidades prisionais do DEPEN que realizam o tratamento psiquiátrico temporário, já que se trata de uma prisão, sendo portanto uma instituição asilar, uma instituição total.

Outro ponto emblemático é a exigência legal, por parte da DAP, para que se suceda o TPT, de que a internação psiquiátrica somente seja realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Segundo a Lei nº 10.216/2001, são considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária, quando o usuário consente em ser internado; internação involuntária, que ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de um terceiro; e a internação compulsória, que é determinada pela justiça (BRASIL, 2001; p.1). Fazendo então uma analogia ao que é proposto pelo TPT, a internação psiquiátrica, neste caso, seria uma internação involuntária, já que a PPL estaria momentaneamente incapaz de decidir sobre seu tratamento, sendo necessária a intervenção e decisão dos profissionais de saúde do sistema prisional. No entanto a exigência de laudo médico para autorizar ou não esse tratamento, acaba por inviabilizar a assistência à saúde da PPL, já que a maioria das unidades prisionais não dispõe deste profissional, ou quando possui, a maioria dos profissionais desconhece o fluxo necessário, já que não existe um organograma estabelecido ou capacitações regulares com os esclarecimentos de como se encaminha uma PPL para o TPT.

Também é notória a ausência de treinamento para os profissionais que lidam diretamente e que, geralmente, são o primeiro contato da PPL: os chamados policiais penais. Muitos não sabem dizer ou entender o que se passa com a PPL. Seria um surto? Seria uso de alguma substância? Geralmente a PPL é levada à

área da saúde, no horário de atendimento, quando se tem esses profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.) presentes na unidade prisional, ou é realizada a escolta para algum equipamento da RAPS. No entanto, a continuidade do cuidado ou a investigação do fato causador é comumente deixada de lado, fazendo com que essa PPL tenha diversos episódios, até que um profissional que realmente entenda de saúde mental se depare com o caso, promovendo as ações necessárias para uma assistência adequada.

Percebe-se que não são poucos os desafios para garantir o que está preconizado nas normas nacionais e estaduais em relação às PPL com transtornos mentais. Para além das controvérsias, há também desconhecimentos, preconceitos e entraves burocráticos que, normalmente, impedem que possamos ofertar o TPT a essas pessoas.

4. METODOLOGIA: O ENSAIO COMO ESCOLHA

A presente pesquisa adota como abordagem metodológica o ensaio teórico, caracterizado pela reflexão crítica e pela construção argumentativa a partir do diálogo com referenciais bibliográficos.

Conforme Adorno (2003), o ensaio se configura como uma forma de pensamento não sistemático, que não busca verdades absolutas, mas sim a construção de compreensões abertas e provisórias. Nessa perspectiva, a presente pesquisa se fundamenta na análise crítica da literatura existente sobre saúde mental no contexto do sistema prisional, considerando aspectos sociais, psicológicos e institucionais que atravessam a realidade das pessoas privadas de liberdade (ADORNO, 2003).

A pesquisa possui natureza qualitativa, uma vez que se dedica à interpretação de fenômenos sociais complexos, sem a pretensão de quantificação de dados. Segundo Minayo (2014), a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, sendo adequada para estudos que envolvem dimensões subjetivas e contextuais, como é o caso da saúde mental de modo geral, e das reflexões aqui empreendidas, de modo específico.

O percurso metodológico consistiu na revisão bibliográfica, com seleção de obras, artigos científicos e documentos institucionais relevantes para a temática. Foram utilizados autores que discutem tanto a metodologia ensaística, quanto questões relacionadas ao sistema prisional e à saúde mental.

Além disso, o estudo dialoga com produções contemporâneas da área da saúde coletiva e dos direitos humanos, buscando evidenciar as condições estruturais do sistema prisional e seus efeitos sobre o sofrimento psíquico dos indivíduos privados de liberdade.

Dessa forma, o ensaio se apresenta como uma estratégia metodológica pertinente para a análise proposta, pois possibilita a construção de uma reflexão crítica e fundamentada teoricamente acerca da saúde mental no contexto prisional, contribuindo para o aprofundamento do debate acadêmico e social sobre o tema.

5. RAO X DO CÁRCERE - POR TRÁS DOS BASTIDORES

A mente, suas peculiaridades e potencialidades, são temas que provocam fascínio e descobertas no campo médico. A esquizofrenia, por exemplo, não possui cura e sua origem não é totalmente definida, tendo fatores multicausais na sua composição (KESHAVAN; ZIMMERMAN, 2025). Se, para a sociedade em geral, as doenças mentais são um paradoxo, no sistema prisional elas se tornam ainda mais desafiadoras, pois à primeira vista, no senso comum, estamos tratando de alguém que deve ser excluído da sociedade por ter praticado algo “errado”, um crime.

Ao ingressar na unidade prisional e começar a atender esse público, fui me deparando com o sofrimento psíquico e muitas de suas particularidades, às vezes agravadas por doenças de base (esquizofrenia, depressão, ansiedade) ou por uso de drogas e outras substâncias.

Nesta unidade prisional em específico, havia um profissional médico psiquiatra bastante experiente e um enfermeiro, que além de trabalhar no sistema prisional, atuava também na RAPS. O aprendizado in loco com os dois, no início da minha carreira em unidade prisional, foi muito importante, já que por meio das discussões de casos, fui articulando teoria e prática, aprofundando conhecimentos e me inteirando da verdadeira realidade do sistema prisional.

Um grande diferencial em minha carreira também se deu quando fiquei por quatro meses prestando apoio técnico ao CAMP. Nesse período, eu realmente conheci o que era o TPT, as avaliações periciais de sanidade mental e como isso se processava, já que não há uma política bem desenhada de capacitações, cursos e informações disponíveis aos profissionais da unidade prisional de forma clara e objetiva, o que limita o conhecimento e o apoio que estas unidades de tratamento podem prestar para as demais unidades.

5.1 De perto nada é tão normal quanto parece

Se para nós, profissionais com atuação direta na saúde mental, as informações não são claras, imagina para os demais profissionais do sistema

prisional. Os policiais penais não têm nenhum preparo, informação ou conhecimento sobre o que seja um problema de saúde mental.

Certa vez, estava na porta da sala de atendimento e percebi uma movimentação da equipe de segurança na sala de inteligência, que funcionava no mesmo corredor. Os policiais estavam preocupados, agitados. Um deles me parou e disse: *“acho que este preso aí é pra você”*. Eu respondi: *“ah é?... me encaminha ele depois”*. Após ser ouvido pela inteligência, a PPL foi encaminhada para minha sala. Perguntei: - *“o que aconteceu?”* Ele respondeu: - *“eles me amarraram na cela.”* Os policiais, então, me contaram que ele foi encontrado com as mãos e pés amarrados com lençol, como se fosse um “leitão”, para assar. Ficou evidente a dificuldade da equipe de segurança em entender qual era a situação da PPL e a preocupação com o risco que aquela situação representava, tanto para a PPL quanto para as demais PPL que estavam na mesma cela.

Passei a fazer a anamnese da PPL e claramente era uma pessoa portadora de sofrimento mental que não estava seguindo o tratamento. Perguntei: - *“mas porque fizeram isso com você?”* Ele respondeu: - *“eu não tava querendo tomar o remédio não e eles (as outras PPL que residiam na mesma cela) falaram que eu tinha que tomar, aí eu falei com eles que mais tarde a gente ia ‘desembolar’ (gíria utilizada para se referir a resolver algo) e fui dormir”*.

Depois da escuta, foi feito encaminhamento da PPL para a enfermagem, para realização de supervisão das medicações e também ao médico psiquiatra para rever o tratamento. Também foi discutido com a segurança a troca de cela para uma cela próximo à supervisão da carceragem, a chamada “gaiola”, para que a PPL ficasse mais próxima da visão e ação dos policiais penais.

Este caso teve desfecho positivo. Tinham atendimentos de médico clínico e médico especialista em psiquiatria semanalmente na UP, além de uma robusta equipe de acompanhamento (enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais), que permitiram uma rápida análise do caso, fazendo com que os impactos dos problemas de saúde mental da PPL fossem atendidos e solucionados rapidamente.

5.2 As dificuldades do encaminhamento para a RAPS

Quando a unidade prisional conta com a presença de profissionais de saúde, o direcionamento dos casos se torna mais fácil. Porém, na ausência desses profissionais, o que é comum, esse cenário se torna muito mais desafiador. Certa vez me deparei com a unidade prisional sem o profissional médico, pois os médicos efetivos do estado se aposentaram e os médicos atuantes pelo programa PNAISP, que estavam prestando a assistência, encerraram o contrato. Porém, sabemos que a saúde mental e os problemas que comumente aparecem não esperam. Foi diante deste cenário que conheci o caso de Felipe (nome fictício). Felipe era um rapaz de vinte e poucos anos, que já vinha de tratamentos na RAPS desde a adolescência e com diagnóstico de esquizofrenia. Os problemas sociais, a falta de assistência, a falta de estrutura familiar, fizeram com que Felipe ingressasse no sistema socioeducativo e, posteriormente, no sistema prisional. Possuía diversas passagens, geralmente relacionadas a furtos e roubos, pois, quando não estava em tratamento, se envolvia com as drogas e a criminalidade.

Felipe se mutilava constantemente. Além disso, havia a permanência de alucinações, mesmo medicado. Em atendimentos, sempre buscamos o histórico medicamentoso e tentamos dar continuidade ao tratamento que ele seguia. Porém, mais uma vez, nos esbarramos nas dificuldades do sistema prisional. Estávamos sem médico. O último acompanhamento de Felipe na RAPS já havia mais de 06 meses. Tentei contato com a equipe, mas percebi uma certa resistência para atender o caso de Felipe. Recebi respostas como: *“há, já tem muito tempo que ele veio aqui”*; *“há, agora ele está no município de vocês e assistência tem que ser aí”*... *“posso falar os últimos remédios que ele tomou aqui, mas para enviar o prontuário não sei se o médico vai deixar porque só passa informação direto para o paciente”*.

Enquanto isso, o caso de Felipe se tornava cada dia mais grave. Foi encaminhado pela enfermeira por duas vezes para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para fazer suturas e lavagem estomacal por ingerir grande quantidade de medicações. Tentávamos o que podíamos: supervisionar os remédios, deixar com alguma outra PPL que pudesse auxiliar, deixar mais próximo da visão dos policiais penais. Passei, então, a recorrer ao município, que também demonstrava muita resistência em ofertar vagas. Para os casos de dependência

química, por exemplo, o CAPS AD não aceitava usuários do sistema prisional. Para a coordenação do CAPS AD, o usuário tinha que ser responsável pelo seu PTS e capaz de participar das atividades diárias do acompanhamento, o que seria inviável para as PPL, já que dependiam das regras internas do sistema prisional para o acesso.

Para o atendimento de urgência, o município conta com um único CAPS, que exigia contato prévio para discutir o caso antes do atendimento. Encaminhamos Felipe para o CAPS. Tentamos diversas vezes contato por telefone e não conseguimos. Porém, para minha surpresa, recebi uma ligação deles. Uma técnica da RAPS estava questionando o encaminhamento. Expliquei o caso de Felipe e que estávamos sem médico, porém como a enfermeira da unidade prisional tinha escrito na escolta que provavelmente Felipe ingeriu medicações, a técnica relatou que não iriam atendê-lo, pois seu caso seria para a UPA e não para o CAPS. Os profissionais da escolta prisional por sua vez me falaram que teriam que retornar com Felipe para a unidade, pois só podem deslocar com a PPL para onde está escrito, não sendo permitido levar para outro local. Mais uma vez a assistência a Felipe seguiu sem continuidade ao tratamento.

O CAPS não contava com psiquiatra todos os dias nesta época, então tive que esperar mais um dia de plantão para tentar uma consulta para Felipe e também um relatório indicando a internação em TPT, exigência da DAP, como citado anteriormente. Eu dependia, portanto, de um laudo médico para conseguir o atendimento adequado para Felipe.

Liguei logo cedo pela manhã e conversei com a enfermeira responsável pela recepção. Expliquei o caso de Felipe, da dificuldade de estabilização, constantes auto lesões e tentativas de autoextermínio, bem como da necessidade do retorno de contra referência, indicando a internação dele, pois só assim iria conseguir a transferência de Felipe para uma unidade prisional que ofertaria tratamento especializado. Felipe foi à consulta. Foi medicado e retornou apenas com uma receita. Liguei novamente para o serviço e perguntei o que havia ocorrido com a contra-referência. Me passaram para a profissional que o atendeu. A médica explicou que não podia fornecer relatório, pois o trabalho dela na RAPS é atender e medicar e, que se houvesse necessidade de transferência da PPL, isso era um problema do “estado” e não da rede de saúde. Assim, segundo a profissional, o

trabalho dela havia sido realizado e concluído. O que seria, ou quem seria o Estado, nesse caso? Ainda me faço essa pergunta.

Uma semana após essa consulta, Felipe foi encontrado se enforcando na cela pela manhã. Logo que se enforcou, a segurança foi acionada e Felipe foi conduzido para o núcleo de saúde. Foram feitas manobras de ressuscitação, conduzido para UPA mais próxima, porém veio a óbito ainda a caminho do socorro. As “vozes” em sua cabeça venceram! Ou a negligência nos fez perder!

Precisei me afastar em licença de tratamento de saúde (LTS) após o episódio. Sentimentos de frustração, culpa e revolta foram inevitáveis. Afinal, para além do infopen ou cpf (um número), uma vida foi perdida.

A ausência do suporte e a falta de interlocução do sistema prisional com o município foram entraves fundamentais no desfecho desse caso. Além da implementação do PNAISP no território é preciso garantir a efetivação da política. A participação das unidades prisionais nos Conselhos de Saúde ainda é muito baixa e as reuniões com o município, quando ocorrem, em sua maioria são direcionadas aos gestores prisionais e não aos profissionais que atuam diretamente na saúde prisional.

5.3 Paciente ou Preso? Qual é o correto?

Esse não foi o primeiro episódio em que precisei de LTS em razão de alguma ocorrência relacionada ao trabalho. Anteriormente, passei por uma experiência com Pedro (nome fictício). Pedro era um rapaz ansioso, também muito jovem. Fazia uso de múltiplas drogas e estava abstêmio no sistema prisional. Em consulta, Pedro relatou que ficava muito ansioso na cela. Estava em cumprimento de regime semi-aberto, mas ainda não possuía autorizações de trabalho externo, o que limitava a expectativa de ser inserido em alguma atividade interna, devido à alta demanda e falta de oportunidades. Tinha episódios de falta de ar, sudorese e desmaios, causados pela ansiedade e insônia. Neste período, a unidade prisional tinha um médico clínico eletivo da PNAISP, porém ele não atendia as demandas relacionadas à saúde mental. Também sigo me perguntando por que. As consultas em saúde

mental eram realizadas mediante vagas de atendimento oferecidas pelo CAMP e, assim, havia uma considerável lista de espera. Além disso, havia um detalhe peculiar. A médica responsável pelas consultas eletivas do CAMP só aceitava atender PPL com o encaminhamento de um profissional médico. Ou seja, além da espera pela vaga da consulta psiquiátrica, tinha que aguardar o atendimento do clínico para solicitar que esse fizesse o encaminhamento exigido da PPL para a consulta eletiva.

Pedro necessitava de avaliação e de medicação. Dessa forma, na expectativa de introduzir algum tratamento até que a consulta com especialista se consolidasse, encaminhei Pedro para a RAPS. Pedro foi encaminhado à UPA, com a descrição escrita e detalhada da necessidade de atendimento. O fato ocorreu na sexta-feira. Na segunda-feira, quando retornei ao trabalho, procurei pelo prontuário de Pedro, para verificar o que havia sido feito e ver se tinha retornado com receituário, encaminhamentos, etc. O prontuário de Pedro não foi entregue no núcleo de saúde. Começava, então, uma batalha investigativa para localizar o documento. Por um dia inteiro procurei no núcleo de segurança, coordenação, escolta, sem sucesso. No dia seguinte, cansada do empurra-empurra e por não conseguir elucidar onde estaria esse documento, procurei diretamente o corpo diretivo da unidade prisional. Depois de alguns questionamentos da direção para os coordenadores, magicamente o prontuário chegou até a sala do Diretor Geral. Contudo, para minha frustração, no documento da escolta havia apenas um carimbo com dados de uma médica e um visto. Queria atender Pedro e checar o que ocorreu, porém com o avançar do horário, não iria conseguir naquele dia. Mais um dia se passou. Na quarta-feira, consegui que Pedro viesse ao atendimento. Continuava da mesma forma: ansioso, com insônia, cabisbaixo. Perguntei o que ocorreu, se ele foi na escolta na sexta-feira, ao que ele me disse: *“- Ah, doutora, eu agradeço a senhora, mas não me manda na escolta mais não. Eles me levaram lá, chegou lá a médica conversou comigo, me deu uns remédio, aí me colocou numa salinha lá. Eu comecei a dormir e os “bota” (apelido dado aos policiais pelas PPL) começou me chutar, falando assim que eu tava embaçando o final de semana deles, que sexta-feira é dia de cerveja, se fosse pra eu dormir que era pra dormir na cadeia”*.

A fala de Pedro era impactante. Tão impactante que eu não sabia o que fazer diante daquilo. Denunciar? A quem? E o risco de retaliação? E o risco de piorar a

situação de Pedro junto aos policiais penais? Organizei a demanda da psiquiatria para tentar um encaixe na consulta eletiva ainda dentro daquele mês. Foi o que consegui fazer. O peso da situação me cobrou 15 dias de LTS. Não tinha forças para prosseguir naquele momento. Na perícia, a médica perguntou qual foi a motivação do atestado e falei para ela sobre o ocorrido. Ela me disse: “- *olha, toma cuidado, não fique falando disso com ninguém não*”. Os entraves do sistema cobram um preço, mas nunca me impediram de ter uma visão humana da PPL.

5.4 Provisória liberdade? Dificuldades da saída do cárcere.

E o que dizer do caso de João (nome fictício)? João era um rapaz jovem, com histórico muito parecido com o de Felipe. Já vinha de idas e vindas no sistema prisional. Com comportamentos de autolesão, uso de muita medicação, com dificuldades de estabilização. Chegou a notícia de que ele estava com “problemas de comportamento” na carceragem. Não dormia, fazia as necessidades fisiológicas em qualquer local, quando não as esfregava pelo corpo. Trouxeram para o atendimento e a psiquiatra do PNAISP estava de plantão. Foi necessário pedir a condução dele pelos policiais para as celas da enfermaria e dar banho, pois estava muito sujo, com a higiene precária, urina e fezes pelo corpo e roupas. João foi medicado e as demais medicações passaram a ser entregues diariamente, porém o quadro dele era de difícil manejo. Após algumas semanas, a psiquiatra fez um relatório, pedindo encaminhamento de João para o TPT.

João permaneceu por 2 meses em TPT e, posteriormente, foi redirecionado à nossa unidade prisional. No entanto, no seu retorno, foi encaminhado diretamente para a carceragem, sem ser conduzido à enfermaria. Seu prontuário, como não tinha sido desligado, foi apenas reintroduzido no arquivo. João ficou por 02 meses na carceragem sem nenhum tipo de assistência. Quando percebi que estava de volta, chamei João para atendimento e optei por deixá-lo nas celas de enfermagem até reavaliação médica, além de pedir à enfermeira para reintroduzir as medicações que haviam sido descontinuadas.

Geralmente, quando a PPL retorna do TPT, um memorando contendo as informações necessárias e a alta do paciente, com orientações da continuidade do

tratamento é encaminhado para a unidade onde a PPL estava inserida. Nesse caso em específico, não me recordo do recebimento da documentação de João e, por algum equívoco, quase se perdeu tudo que foi construído.

Mas isso não é, nem de longe, o mais nebuloso na história de João. João estava em cumprimento do regime semi-aberto e, com a progressão do regime, obteve autorização para usufruir de saída temporária. Na primeira saída, João foi para as ruas e, no mesmo dia à noite, foi detido pela polícia militar sob a suspeita de prática de novo crime, um furto. Foi então conduzido para o Centro de Remanejamento do Sistema Prisional (CERESP).

Não existe uma política definida sobre a progressão do regime das pessoas portadoras de sofrimento mental no sistema prisional. Com isso, quando essas pessoas dão a “sorte” de esbarrar com policiais que têm sensibilidade diante da situação para acionar o serviço social ou psicologia, elas são conduzidas para um atendimento, antes de serem liberadas. Isso ocorre para que haja uma ponte entre a PPL e a família, busca de auxílio para deslocamento junto ao Programa de Reintegração Social de Egressos do Sistema Prisional (PRESF) ou Conselho da Comunidade, indicação e busca de vagas para abrigo temporário, etc. Quando isso não ocorre, não havendo uma ordem expressa de liberação somente com a presença de familiar, ou mediante condução ao Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ), a PPL é simplesmente liberada sem nenhuma assistência, o que leva a um quadro de maior vulnerabilidade em se tratando de portadores de sofrimento mental.

Voltando ao caso, já dentro do CERESP, João assinou um termo de auto declaração alegando ser bissexual e foi transferido para uma unidade prisional de atendimento exclusivo da população LGBTQIAPN+. Esse remanejamento de João, uma PPL com nenhum histórico anterior de vivência LGBTQIAPN+, porém com um robusto histórico de sofrimento mental, nos leva a pensar novamente sobre a pressão que os profissionais do sistema prisional (policiais e técnicos) são submetidos o tempo todo a decidir, muito abruptamente, sobre a gestão do risco. Será que João foi realmente escutado? Será que as necessidades de acompanhamento do sofrimento mental de João já tinham sido atendidas antes dessa condução? São perguntas que permanecem em aberto.

6. UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL?

As reflexões trazidas ao longo deste trabalho evidenciam que o cuidado em saúde mental no sistema prisional mineiro ainda se encontra permeado por contradições profundas entre o que preconiza as políticas públicas e a realidade concreta vivenciada nas unidades prisionais. Embora a Lei nº 10.216/2001 represente um marco fundamental na garantia de direitos e na consolidação do modelo de atenção psicossocial, sua efetivação no contexto do cárcere mostra-se limitada diante de entraves estruturais, institucionais e operacionais.

O Tratamento Psiquiátrico Temporário (TPT), enquanto estratégia adotada pelo Estado, revela-se como uma resposta ainda insuficiente frente à complexidade das demandas apresentadas pelas pessoas privadas de liberdade com sofrimento psíquico. Sua operacionalização, condicionada à emissão de laudo médico e à regulação interna da SEJUSP, acaba por restringir o acesso ao cuidado, sobretudo em um cenário marcado pela escassez de profissionais e pela ausência de fluxos bem definidos. Tal configuração distancia-se dos princípios do SUS, especialmente, no que se refere à universalidade, integralidade e equidade.

Além disso, uma análise crítica da situação demonstra que o sistema prisional ainda reproduz práticas de caráter asilar e punitivo, em desacordo com os avanços da Reforma Psiquiátrica. A lógica da contenção, da medicalização e da exclusão persistentes, reforçam a desumanização dos sujeitos e a negação de sua condição de cidadãos de direitos. Nesse contexto, o sofrimento mental é frequentemente interpretado como risco ou indisciplina, e não como uma demanda legítima de cuidado em saúde.

As experiências relatadas ao longo deste estudo evidenciam, de forma contundente, os impactos dessa estrutura sobre a vida das pessoas privadas de liberdade, revelando situações de negligência, descontinuidade do tratamento e, em casos extremos, desfechos fatais. Tais vivências também expõem o adoecimento dos próprios profissionais, que, diante das limitações institucionais, enfrentam sentimentos de impotência, frustração e sobrecarga emocional.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível o fortalecimento de políticas públicas intersetoriais que promovam a efetiva articulação entre o sistema prisional e a RAPS. É necessário investir na ampliação das equipes multiprofissionais, na qualificação contínua dos trabalhadores (incluindo os policiais penais), na definição de fluxos assistenciais claros e na garantia de acesso ao cuidado em saúde mental em todos os níveis de atenção.

Uma proposta prática e, certamente valiosa, para a melhoria do acesso das PPL ao serviço médico psiquiátrico, diante do avanço dos serviços de telemedicina, seria a implantação, dentro da DAP, da oferta de atendimento médico especializado (médico clínico com especialização ou médico psiquiatra), para a discussão dos casos com os profissionais das unidades prisionais e atendimento às PPL de forma remota, facilitando a análise dos casos e contribuindo com o direcionamento correto ao TPT ou à própria RAPS do município de origem. Outra mudança necessária seria repensar o fluxo de assistência, nos casos em que a unidade não dispõe de um profissional médico, incluindo a análise multiprofissional da equipe de saúde como dispositivo válido para a indicação ao TPT.

Ademais, é fundamental repensar o modelo de assistência oferecido às PPL, superando práticas excludentes e aproximando-os dos princípios da Reforma Psiquiátrica, com foco no cuidado em liberdade, na construção de projetos terapêuticos singulares e na reinserção social. A saúde mental deve ser reconhecida, em qualquer contexto, como um direito humano fundamental, que não pode ser suspenso pela privação de liberdade.

Por fim, este trabalho reafirma a necessidade de jogar luz em uma realidade frequentemente invisibilizada, convocando gestores, profissionais e toda a sociedade a refletirem sobre o papel do Estado na garantia da dignidade humana. Mais do que uma análise acadêmica, este estudo se constitui como um chamado ético e político para a transformação das práticas e estruturas que ainda sustentam a exclusão no interior do sistema prisional, na perspectiva da criação e efetivação de uma Política de Saúde Mental, voltada às PPL.

Para além dos números, protocolos e falhas do sistema, estamos falando de vidas. Vidas que sofrem, que pedem ajuda e cujos os gritos, muitas vezes, não são

ouvidos a tempo. E foi isso que esse trabalho me ensinou na prática: que a privação de liberdade não pode, em hipótese alguma, significar a perda do direito de ser cuidado. Claro que meu envolvimento direto nas situações dificulta meu afastamento para uma avaliação e análise menos implicada. Mas, ainda assim, me permite uma reflexão: enquanto o sistema enxerga essas pessoas apenas como presos, e não como sujeitos de direitos, continuamos falhando não só como profissionais, mas como sociedade. Continuaremos construindo túneis sem fim, nos quais não há luz alguma a ser enxergada.

7. REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. W. *O ensaio como forma*. Notas de literatura I. São Paulo: Duas Cidades, 2003.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BATISTA, V. M. *O medo na cidade do Rio de Janeiro: dois tempos de uma história*. Rio de Janeiro: Revan, 2011.
- BRASIL. *Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001*. Acessado em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10216&ano=2001&ato=b4foXWE5kMNpWT0b8>
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1988.
- BRASIL. *Relatório do 2º semestre de 2024*. Seção Administração do Sistema Prisional, Servidores no Sistema Prisional, págs. 127 a 147. Acessado em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-de-informacoes-penitenciarias/relatorio-do-2o-semester-de-2024.pdf>
- CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R. *A saúde persecutória: a espera dos riscômetros portáteis*. Interface (Botucatu). 2007; 11 (21): 159; 162.
- DASSOLER, V. A.; PALOMBINI, A. de L. *Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira*. SciELO, Brasil, 2020.
- FRAZÃO, M. A.; SOUZA, I. Da C. L.; NONATO, Í. B. L. *Saúde Mental de Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Penitenciário Brasileiro*. Revista FT, Direito, v.29, ed. 140, 2024.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 38a ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

JOB NETO, F. *1 Reunião de Trabalho Ampliada: um olhar sobre medidas de segurança e mulheres [comunicação oral]*. Rio de Janeiro, 2015.

KESHAVAN, M. S. ZIMMERMAN, M. *Manual MSD*. Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA e suas afiliadas, 2026.

MINAS GERAIS. *Decreto nº 48.659, de 28/07/2023*. Acessado em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/texto/DEC/48659/2023/>

MINAS GERAIS. *Resolução 735, de 14/09/2022*. Acessado em: <https://www.pesquisalegislativa.mg.gov.br/LegislacaoCompleta.aspx?cod=201796>

MINAYO, C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

SANTOS, C. A. F. dos S.; CARVALHO, L. de J.; SILVA, R. A. M. da. *O direito fundamental à saúde no sistema penitenciário brasileiro: um estudo crítico*. I Webcongresso Internacional de Direito Sanitário. Universidade Tiradentes - UNIT, p. 347-354, 2017.

SOUZA, D. da H. *O direito à saúde mental na LEP e PNAISP: um breve debate*. Revista Aracê, São José dos Pinhais, v.7, n.2, p.6376-6385, 2025.

WACQUANT, L. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.