



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ATA DE APRESENTAÇÃO DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE DIREITO

Aos oito dias do mês de junho de dois mil e vinte e seis, às oito horas e trinta minutos, realizou-se virtualmente através da plataforma Google Meet, ID da reunião: <https://meet.google.com/tsr-qkxa-ekp>, a sessão pública da Banca Examinadora de Defesa de TCC, para conclusão do Curso de Direito, intitulado “SAÚDE MENTAL E PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: OS DÉFICITS NO ACESSO AO PLENO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO”, apresentada pelo(a) acadêmico(a) Vinícius Costa Chagas, para obtenção do título de Bacharel em Direito. A Banca Examinadora procedeu à arguição pública do(a) candidato(a), estando o(a) acadêmico(a):

(x) APROVADO(A) () APROVADO(A) COM RESSALVAS ()
REPROVADO(A)

Proclamado o resultado pelo presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos, dos quais, para constar, foi conferida e assinada a presente Ata pelos membros da Banca Examinadora e pelo(a) acadêmico(a).

Andréa Flores
(Presidente)

Ana Claudia Siqueira
(Membro)

Vanessa Ellen Bittencourt Santana
(Membro)

Vinícius Costa Chagas
(Acadêmico(a))

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Flores, Professora do Magistério Superior**, em 08/06/2026, às 10:36, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com

fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Vinícius Costa Chagas, Usuário Externo**, em 08/06/2026, às 13:25, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **VANESSA ELLEN BITTENCOURT SANTANA, Usuário Externo**, em 11/06/2026, às 07:09, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

NOTA
MÁXIMA
NO MEC

UFMS
É 10!!!



Documento assinado eletronicamente por **Ana Claudia Siqueira, Usuário Externo**, em 11/06/2026, às 09:37, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **6417677** e o código CRC **FD80D85C**.

FACULDADE DE DIREITO

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone: (67) 3345-7145 / 3345-7251

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE DIREITO - FADIR**

VINÍCIUS COSTA CHAGAS

**SAÚDE MENTAL E PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: OS DÉFICITS NO
ACESSO AO PLENO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL
BRASILEIRO**

Campo Grande, MS
2026



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE DIREITO - FADIR**

VINÍCIUS COSTA CHAGAS

**SAÚDE MENTAL E PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: OS DÉFICITS NO
ACESSO AO PLENO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL
BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação da Prof. Dra. Andrea Flores.

Campo Grande, MS
2026



RESUMO

O presente trabalho analisa os déficits no acesso ao direito à saúde mental no sistema prisional brasileiro, partindo da compreensão de que a privação de liberdade não retira da pessoa encarcerada a titularidade de seus direitos fundamentais. A pesquisa examina a tensão entre o poder punitivo estatal e a proteção da dignidade humana, especialmente diante de condições carcerárias marcadas por superlotação, precariedade estrutural, violência institucional, isolamento e insuficiência de assistência psicossocial. Com abordagem qualitativa, bibliográfica e documental, o estudo analisa normas nacionais e internacionais, doutrina jurídica, dados institucionais e estudos acadêmicos sobre saúde mental no cárcere. Demonstra-se que, embora existam instrumentos protetivos relevantes, como as Regras de Mandela, a Constituição Federal, a Lei de Execução Penal, a Lei nº 10.216/2001, a PNAISP e a Resolução CNJ nº 487/2023, sua efetivação permanece limitada. Conclui-se que o cárcere brasileiro atua como ambiente capaz de produzir e agravar sofrimento psíquico, exigindo políticas públicas integradas e compatíveis com a dignidade humana.

Palavras-chave: **saúde mental; sistema prisional; direitos humanos; dignidade da pessoa humana; pessoas privadas de liberdade.**



ABSTRACT

This paper analyzes the deficits in access to the right to mental health care in the Brazilian prison system, based on the understanding that deprivation of liberty does not remove incarcerated individuals' entitlement to fundamental rights. The research examines the tension between the State's punitive power and the protection of human dignity, especially in view of prison conditions marked by overcrowding, structural precariousness, institutional violence, isolation, and insufficient psychosocial assistance. Through a qualitative, bibliographic, and documentary approach, the study analyzes national and international legal norms, legal doctrine, institutional data, and academic studies on mental health in prisons. It demonstrates that, although there are relevant protective instruments, such as the Nelson Mandela Rules, the Brazilian Federal Constitution, the Criminal Enforcement Law, Law No. 10,216/2001, the PNAISP, and CNJ Resolution No. 487/2023, their enforcement remains limited. The study concludes that the Brazilian prison system operates as an environment capable of producing and aggravating psychological suffering, requiring integrated public policies compatible with human dignity.

Keywords: **mental health; prison system; human rights; human dignity; persons deprived of liberty.**



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGEPEN – Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário

CEPEDES – Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde

CF – Constituição Federal

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

COVID-19 – Coronavirus Disease 2019 / Doença do Coronavírus 2019

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

EC – Emenda Constitucional

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HC – Habeas Corpus

LEP – Lei de Execução Penal

MDHC – Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

MS – Mato Grosso do Sul

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PIDCP – Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

PIDESC – Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RE – Recurso Extraordinário



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



SEJUSP/MS – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

WHO – World Health Organization



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1 DIREITO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E A PROTEÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO PRISIONAL	4
1.1 A internacionalização dos direitos humanos e a limitação da soberania estatal	5
1.2 O direito à saúde como direito humano fundamental	7
1.3 A proteção internacional das pessoas privadas de liberdade e as Regras de Mandela	10
1.4 A constitucionalização dos tratados internacionais de direitos humanos no Brasil	12
2 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL	18
2.1 A relação entre direitos humanos e saúde	19
2.2 Direito à saúde mental no contexto brasileiro	22
2.3 Saúde mental, vulnerabilidade e fatores de risco	28
2.4 Biopolítica, controle e gestão da vida	30
2.5 A privação de liberdade como fator de adoecimento psíquico	33
3 SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO	35
3.1 A cooperação institucional entre os Poderes na efetivação do direito à saúde mental no cárcere	36
3.2 Saúde mental e fatores de adoecimento em contextos de privação de liberdade	39
3.3 O cárcere como ambiente de produção e agravamento do adoecimento mental	43
3.4 Dados estatísticos e realidade atual da saúde mental no sistema prisional brasileiro	47
3.5 A responsabilidade do Estado pela violação do direito à saúde mental no sistema prisional	50
3.6 Desafios e perspectivas para a saúde mental no sistema prisional brasileiro	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60



INTRODUÇÃO

O sistema prisional brasileiro contemporâneo revela uma tensão permanente entre o exercício do poder punitivo estatal e a proteção da dignidade da pessoa humana. Embora a pena privativa de liberdade tenha como consequência jurídica imediata a restrição do direito de locomoção, a realidade das unidades prisionais demonstra que o encarceramento frequentemente produz efeitos que ultrapassam a limitação do direito de locomoção, alcançando a integridade física, psíquica e moral das pessoas privadas de liberdade.

Nesse contexto, o direito à saúde assume especial relevância, sobretudo em sua dimensão mental. A pessoa encarcerada encontra-se sob custódia direta do Estado e, por essa razão, depende das condições institucionais oferecidas pelo poder público para a preservação de sua saúde e de sua integridade. A privação de liberdade, portanto, não afasta a titularidade de direitos fundamentais, tampouco autoriza a submissão do indivíduo a ambientes degradantes, insalubres ou capazes de comprometer sua saúde psíquica.

A proteção da saúde das pessoas privadas de liberdade encontra fundamento tanto no ordenamento jurídico interno quanto no Direito Internacional dos Direitos Humanos. No plano internacional, destacam-se as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, conhecidas como Regras de Mandela, que estabelecem parâmetros mínimos de tratamento, assistência médica e proteção à integridade das pessoas custodiadas.

No plano interno, a Constituição Federal de 1988 consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, orientação reforçada pela Lei de Execução Penal, pela Lei nº 10.216/2001 e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.



Apesar desse conjunto normativo, a realidade prisional brasileira permanece marcada por graves déficits de efetivação do direito à saúde mental. A superlotação, a precariedade estrutural, a violência institucional, a restrição de vínculos familiares, o isolamento, a ausência de atendimento contínuo e a insuficiência de equipes especializadas constituem fatores que interferem diretamente na saúde psíquica da população encarcerada. Dessa forma, o cárcere não pode ser analisado apenas como espaço de cumprimento de pena, mas também como ambiente institucional que pode produzir ou agravar situações de sofrimento mental.

A problemática central deste trabalho consiste em investigar em que medida as condições do sistema prisional brasileiro comprometem o acesso pleno ao direito à saúde mental das pessoas privadas de liberdade. Parte-se da hipótese de que o adoecimento psíquico no cárcere não decorre exclusivamente de fatores individuais ou clínicos, mas também das condições estruturais, sociais e institucionais impostas pelo próprio ambiente prisional, de modo que a omissão estatal e a manutenção de condições degradantes configuram violações de direitos fundamentais e de direitos humanos.

O objetivo geral da pesquisa é analisar os déficits no acesso ao direito à saúde mental no sistema prisional brasileiro, com ênfase nas condições de encarceramento que contribuem para o desenvolvimento e agravamento do sofrimento psíquico. Como objetivos específicos, busca-se examinar a proteção internacional e constitucional do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade; compreender a saúde mental como dimensão da dignidade humana e fenômeno influenciado por fatores sociais e institucionais; analisar o cárcere como ambiente de produção e agravamento do adoecimento mental; e avaliar a responsabilidade estatal diante da insuficiência de políticas públicas efetivas no âmbito prisional.

A pesquisa adota abordagem qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, com análise de doutrina jurídica, estudos acadêmicos, normas nacionais e internacionais, dados institucionais e documentos relacionados à saúde



mental no sistema prisional. O trabalho dialoga com autores do Direito Internacional dos Direitos Humanos, do Direito Constitucional, da Criminologia Crítica e da saúde mental, utilizando ainda contribuições teóricas de Michel Foucault, especialmente no que se refere à disciplina, ao controle dos corpos e à biopolítica, bem como de Boaventura de Sousa Santos, para a compreensão da invisibilização de grupos situados em espaços de exclusão social e jurídica.

Estruturalmente, o trabalho divide-se em três capítulos principais. O primeiro capítulo analisa o Direito Internacional dos Direitos Humanos e a proteção da saúde no contexto prisional, abordando a limitação da soberania estatal, o direito à saúde como direito humano fundamental, as Regras de Mandela e a constitucionalização dos tratados internacionais de direitos humanos no Brasil.

O segundo capítulo examina a relação entre direitos humanos e saúde mental, desenvolvendo a compreensão da saúde mental como dimensão da dignidade humana, além de analisar a vulnerabilidade psíquica, os fatores de risco, a biopolítica e a privação de liberdade como elemento de adoecimento.

O terceiro capítulo volta-se à realidade do sistema penitenciário brasileiro, com destaque para a PNAISP, a Resolução CNJ nº 487/2023, os dados nacionais e regionais sobre saúde mental no cárcere, a responsabilidade do Estado e os desafios para a efetivação de uma política de cuidado integral, humanizada e compatível com os direitos fundamentais.

Com base nessa perspectiva, o presente estudo busca demonstrar que a efetivação do direito à saúde mental das pessoas privadas de liberdade exige mais do que previsão normativa. Exige a revisão das condições concretas de custódia, o fortalecimento das políticas públicas de atenção psicossocial, a articulação entre sistema de justiça e sistema de saúde e o reconhecimento de que a dignidade humana permanece íntegra mesmo diante da privação de liberdade.



1 DIREITO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E A PROTEÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO PRISIONAL

A proteção da saúde das pessoas privadas de liberdade deve ser compreendida a partir de uma perspectiva jurídica ampla, que ultrapassa os limites do direito interno e encontra fundamento no Direito Internacional dos Direitos Humanos. A consolidação desse ramo jurídico representou uma mudança significativa na forma de compreender a relação entre Estado e indivíduo, especialmente ao afirmar que a dignidade da pessoa humana constitui limite ao exercício do poder estatal, inclusive em contextos de punição e encarceramento.

No sistema prisional, essa perspectiva assume especial relevância, uma vez que a privação de liberdade coloca o indivíduo sob custódia direta do Estado. Nessa condição, a pessoa encarcerada não perde sua titularidade de direitos fundamentais, permanecendo protegida por normas nacionais e internacionais que asseguram sua integridade física, psíquica e moral. Assim, a restrição do direito de locomoção não pode ser confundida com autorização para a supressão de direitos básicos, especialmente aqueles relacionados à saúde e à dignidade humana.

Diante disso, o presente capítulo analisa a formação do Direito Internacional dos Direitos Humanos e sua influência na limitação da soberania estatal, bem como a consolidação do direito à saúde como direito humano fundamental. Em seguida, examina a proteção internacional das pessoas privadas de liberdade, com destaque para as Regras de Mandela, e a forma pela qual os tratados internacionais de direitos humanos são incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro, especialmente a partir da constitucionalização desses instrumentos e da exigência de controle de convencionalidade no contexto prisional.



1.1 A internacionalização dos direitos humanos e a limitação da soberania estatal

A consolidação do Direito Internacional dos Direitos Humanos representa uma das mais relevantes transformações jurídicas ocorridas após a Segunda Guerra Mundial, especialmente no que se refere à limitação da soberania estatal e à centralidade da dignidade da pessoa humana no cenário internacional. Conforme destaca Piovesan (2026), o processo de internacionalização dos direitos humanos surge como resposta às atrocidades cometidas durante os conflitos mundiais, consolidando a compreensão de que a proteção da pessoa humana não poderia permanecer restrita à discricionariedade interna dos Estados.

A partir dessa perspectiva, a criação da Organização das Nações Unidas, em 1945, e a posterior promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, estabeleceram novos parâmetros normativos voltados à proteção universal da dignidade humana. Segundo Ramos (2024), a partir desse processo, o indivíduo passa a ocupar posição central no Direito Internacional, permitindo que graves violações de direitos fundamentais deixem de ser compreendidas como questões exclusivamente domésticas.

A internacionalização dos direitos humanos promove significativa relativização da soberania estatal, anteriormente compreendida como absoluta e ilimitada. Conforme observa Piovesan (2024), os Estados passam a submeter-se a mecanismos internacionais de controle e responsabilização, assumindo obrigações voltadas à proteção da dignidade da pessoa humana e à garantia de direitos fundamentais mínimos.

Ao analisar as estruturas de poder presentes nas sociedades latino-americanas, Quijano (2005) sustenta que a colonialidade permanece operando por meio de mecanismos de dominação social, racial e institucional, influenciando diretamente a organização das estruturas estatais contemporâneas.



Sob esse enfoque, o sistema prisional brasileiro reproduz práticas historicamente marcadas pela seletividade, pela exclusão social e pela violação sistemática de direitos fundamentais, especialmente em relação às populações racializadas e socialmente vulnerabilizadas.

Segundo Flauzina (2006), a seletividade penal mantém estreita relação com o racismo estrutural, funcionando como instrumento de controle e vulnerabilização de determinados grupos sociais historicamente marginalizados. Tal realidade torna-se evidente ao se observar o perfil da população carcerária brasileira, majoritariamente composta por pessoas negras, pobres e com baixa escolaridade, revelando que o sistema penal opera de forma profundamente desigual.

Nesse sentido, Beccaria (2015) já sustentava que todo exercício do poder estatal que ultrapasse os limites estritamente necessários à preservação da ordem pública converte-se em abuso e não em justiça. Embora formulada em período anterior à consolidação dos sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos, tal compreensão permanece atual diante das discussões contemporâneas acerca dos limites do poder punitivo estatal e da proteção da dignidade humana em ambientes de privação de liberdade.

A limitação do poder estatal assume especial relevância no contexto prisional, uma vez que o indivíduo privado de liberdade passa a submeter-se diretamente ao controle institucional do Estado. Nessa perspectiva, a restrição do direito de locomoção não autoriza a supressão dos demais direitos fundamentais, especialmente aqueles relacionados à integridade física, psíquica e moral do indivíduo encarcerado.

Conforme sustenta Leal (2010), a pena privativa de liberdade não retira do preso sua condição humana nem sua titularidade de direitos fundamentais, restringindo apenas aqueles incompatíveis com a execução da sanção penal. Assim, a atuação estatal no sistema prisional deve observar os limites impostos pela



dignidade da pessoa humana e pelos tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil.

1.2 O direito à saúde como direito humano fundamental

O direito à saúde ocupa posição central no sistema internacional de proteção dos direitos humanos, especialmente em razão de sua estreita relação com a preservação da vida, da integridade física e psíquica e da dignidade da pessoa humana. A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece, em seu artigo 25, que toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis. Essa previsão revela que a saúde, desde o plano internacional, não é concebida de forma isolada, mas vinculada a um conjunto de condições materiais mínimas necessárias à existência digna.

Essa compreensão é ampliada pelo Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, cujo artigo 12 reconhece o direito de toda pessoa ao mais elevado nível possível de saúde física e mental. O referido dispositivo representa uma das formulações mais relevantes do direito à saúde no âmbito internacional, pois impõe aos Estados Partes o dever de adotar medidas voltadas à prevenção, ao tratamento e ao controle de doenças, bem como à criação de condições que assegurem assistência médica e serviços de saúde a todos.

A interpretação desse dispositivo foi aprofundada pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas, especialmente por meio do Comentário Geral nº 14, de 2000. Nesse documento, o Comitê esclarece que o direito à saúde não deve ser compreendido como o direito de estar saudável, mas como o direito ao gozo de um conjunto de instalações, bens, serviços e condições necessárias para que cada pessoa alcance o mais elevado nível possível de saúde. Assim, a saúde não se limita ao atendimento médico ou



hospitalar, abrangendo também fatores determinantes, como saneamento básico, alimentação adequada, moradia, acesso à informação, condições ambientais saudáveis e ausência de discriminação.

O Comentário Geral nº 14 também estabelece que os serviços, bens e políticas de saúde devem observar quatro elementos essenciais: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. A disponibilidade exige a existência suficiente de serviços, profissionais, medicamentos, programas e estruturas de saúde. A acessibilidade compreende o acesso físico, econômico e informacional aos serviços, sem qualquer forma de discriminação. A aceitabilidade impõe que as ações de saúde respeitem a ética médica, a cultura dos grupos atendidos e a dignidade dos usuários. Já a qualidade exige que os serviços sejam cientificamente adequados, seguros e prestados por profissionais capacitados. Esses critérios tornam mais concreta a obrigação estatal, pois permitem avaliar se a proteção à saúde existe apenas no plano formal ou se é efetivamente realizada na prática.

Além disso, o Comitê destaca que os Estados possuem obrigações de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde. A obrigação de respeitar impede que o próprio Estado adote práticas que dificultem ou neguem o acesso aos serviços de saúde. A obrigação de proteger exige a adoção de medidas contra violações praticadas por terceiros. Já a obrigação de realizar impõe ao poder público o dever de formular políticas públicas, estruturar serviços e destinar recursos para a efetivação progressiva desse direito. Essa interpretação é especialmente relevante porque demonstra que a omissão estatal também pode configurar violação de direitos humanos, sobretudo quando impede o acesso de grupos vulneráveis a condições mínimas de cuidado.

No ordenamento jurídico brasileiro, a Constituição da República de 1988 incorpora essa perspectiva ao estabelecer, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada mediante políticas públicas econômicas e sociais voltadas à redução do risco de doenças e ao acesso universal



e igualitário às ações e serviços de saúde. Desse modo, a proteção constitucional da saúde dialoga diretamente com os parâmetros internacionais, na medida em que exige não apenas a previsão abstrata do direito, mas também a construção de políticas públicas capazes de garantir sua concretização.

Segundo Sarlet (2017), o direito à saúde constitui típico direito fundamental de natureza prestacional, exigindo do Estado não apenas condutas negativas de abstenção, mas também ações positivas concretas voltadas à implementação de políticas públicas efetivas. Nessa perspectiva, a omissão estatal na garantia do acesso à saúde pode configurar violação direta à dignidade da pessoa humana, especialmente quando atinge indivíduos colocados em situação de vulnerabilidade institucional.

No contexto das pessoas privadas de liberdade, esse dever assume caráter ainda mais rigoroso. Isso porque o indivíduo submetido à custódia estatal encontra-se impossibilitado de buscar autonomamente meios de proteção à própria saúde, passando a depender integralmente das condições estruturais oferecidas pelo Estado. Assim, os critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, indicados pelo Comentário Geral nº 14, devem ser analisados com especial atenção no ambiente prisional, onde a ausência de equipes de saúde, a precariedade sanitária, a superlotação e a insuficiência de atendimento psicológico e psiquiátrico revelam graves obstáculos à efetivação do direito à saúde.

Conforme observa Leal (2010), a pessoa privada de liberdade encontra-se em condição de especial vulnerabilidade, razão pela qual o Estado assume posição de garantidor de sua integridade física e psíquica. Tal responsabilidade decorre diretamente da relação de custódia estabelecida entre o poder público e o indivíduo encarcerado, impondo ao Estado o dever de assegurar condições mínimas de existência digna. Nesse sentido, a privação de liberdade não autoriza a supressão de direitos fundamentais, mas apenas a restrição da liberdade de locomoção nos limites da decisão judicial.



A persistência de problemas estruturais, como superlotação, precariedade sanitária e insuficiência de assistência estatal, evidencia a incompatibilidade entre a realidade prisional brasileira e os parâmetros internacionais de proteção dos direitos humanos. À luz do Comentário Geral nº 14, tais deficiências não representam meras falhas administrativas, mas indicam a incapacidade do Estado de assegurar, às pessoas sob sua custódia, condições mínimas para o exercício do direito ao mais elevado nível possível de saúde física e mental.

1.3 A proteção internacional das pessoas privadas de liberdade e as Regras de Mandela

A proteção internacional das pessoas privadas de liberdade constitui desdobramento lógico da consolidação dos direitos humanos como limite ao exercício do poder punitivo estatal. Sob essa lógica, diversos instrumentos internacionais passaram a estabelecer parâmetros mínimos de tratamento a serem observados pelos Estados em relação à população prisional.

Conforme destaca Leal (2010), a proteção dos direitos humanos das pessoas encarceradas representa requisito indispensável à legitimidade do sistema penal em um Estado Democrático de Direito. Isso porque a privação da liberdade não implica perda da dignidade humana nem autoriza a submissão do indivíduo a condições degradantes de existência.

A preocupação internacional com a proteção das pessoas privadas de liberdade manifesta-se, inicialmente, na própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabelece, em seu artigo 5º, que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. No mesmo sentido, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos determina que toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.



Entre os principais instrumentos internacionais voltados especificamente à proteção da população prisional destacam-se as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, atualmente denominadas Regras de Mandela. As referidas diretrizes estabelecem parâmetros mínimos relacionados às condições de encarceramento, assistência médica, higiene, alimentação, integridade física e proteção à saúde mental das pessoas privadas de liberdade.

No campo da saúde, as Regras de Mandela estabelecem que a prestação de serviços médicos à população prisional constitui responsabilidade direta do Estado, devendo ocorrer em articulação com os sistemas públicos de saúde. Além disso, reconhecem expressamente a necessidade de acompanhamento adequado de pessoas com transtornos mentais, vedando a manutenção de indivíduos em ambientes capazes de agravar seu quadro psíquico.

Ao desenvolver o conceito de “linha abissal”, Santos (2007) sustenta que determinadas populações e espaços sociais passam a ser produzidos como invisíveis pelo próprio modelo de organização social contemporâneo. Nessa perspectiva, o cárcere pode ser compreendido como espaço situado “do outro lado da linha”, no qual violações de direitos fundamentais deixam de provocar o mesmo grau de indignação social verificado fora do ambiente prisional, favorecendo a naturalização da violência institucional e da exclusão humana.

Ao analisar a dinâmica interna das instituições prisionais, Sykes (2017) descreve a prisão como uma verdadeira “sociedade dentro da sociedade”, marcada por formas próprias de organização, convivência e resolução de conflitos. Tal compreensão evidencia que o cárcere constitui espaço social profundamente distinto da sociedade livre, frequentemente caracterizado pela suspensão prática de direitos fundamentais e pela naturalização de condições incompatíveis com a dignidade humana.

Ao examinar criticamente o sistema prisional latino-americano, Andrade (2016) afirma que os corpos de pessoas pobres, negras e socialmente



marginalizadas jamais deixaram de ocupar posição central nas dinâmicas punitivas modernas. Para a autora, práticas como maus-tratos, tortura e violência institucional permanecem estruturando os mecanismos contemporâneos de controle social, demonstrando que a desumanização do cárcere não representa ruptura histórica, mas continuidade de estruturas autoritárias profundamente enraizadas.

Ao analisar o modelo panóptico de vigilância, Foucault (2002) observa que o indivíduo permanece constantemente visível e isolado, “bem trancado em sua cela”, impedido de manter contato com os demais em razão dos “muros materiais”. A partir dessa lógica disciplinar, o cárcere passa a funcionar como mecanismo permanente de vigilância e controle dos corpos, produzindo efeitos que ultrapassam a mera restrição da liberdade física e atingem diretamente a subjetividade dos indivíduos.

As contribuições desses autores permitem compreender o cárcere não apenas como espaço físico de cumprimento da pena, mas como ambiente institucional de controle, invisibilização e desumanização. A prisão, nesse sentido, opera simultaneamente como estrutura jurídica, política e social, na qual a restrição da liberdade se combina com formas ampliadas de vulnerabilização da pessoa encarcerada.

A lógica disciplinar do cárcere incide diretamente sobre as condições de existência das pessoas privadas de liberdade, submetendo-as a formas intensificadas de controle institucional, restrição de autonomia e limitação da convivência social.

Segundo Dias (2023), a superlotação constitui um dos principais fatores estruturais de precarização do sistema penitenciário brasileiro, na medida em que intensifica conflitos internos, compromete o acesso a serviços básicos e reduz significativamente as condições mínimas de dignidade no cárcere.

Nesse contexto, o sistema prisional deixa de representar mero instrumento de execução penal e passa a refletir mecanismos estruturais de gestão e controle da



população encarcerada, frequentemente associados à precarização das condições de vida no cárcere.

Ao analisar a realidade penitenciária latino-americana, Gouvêa (2021) observa que as condições de superlotação, associadas à ausência de programas efetivos de assistência e reintegração, transformaram diversas unidades prisionais em verdadeiros “depósitos humanos”, incompatíveis com os parâmetros mínimos estabelecidos pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos.

O próprio Estado brasileiro reconheceu a existência de graves violações de direitos humanos no sistema penitenciário nacional. Conforme registrado no relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário (BRASIL, 2009), as unidades prisionais brasileiras apresentam condições marcadas por superlotação, ausência de higiene, precariedade alimentar, violência institucional, insuficiência de assistência médica e tratamentos degradantes incompatíveis com os parâmetros mínimos de dignidade humana previstos na legislação nacional e internacional.

Ao abordar a realidade prisional brasileira, Almeida e Massaú (2015) afirmam que a persistência das violações de direitos fundamentais no cárcere evidencia a chamada “normalidade do desumano”, caracterizada pela naturalização institucional da violência e da precariedade estrutural das prisões. Segundo os autores, a omissão estatal em assegurar condições mínimas de dignidade às pessoas privadas de liberdade contribui para banalizar práticas incompatíveis com os fundamentos do Estado Democrático de Direito.

Segundo Almeida (2019), a desumanidade do cárcere brasileiro inicia-se na própria seleção social promovida pelo sistema penal e consolida-se na persistente violação dos direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade. Nesse cenário, a omissão estatal em garantir condições dignas de custódia contribui para a manutenção de estruturas institucionais marcadas pela violência, pela exclusão e pelo agravamento do sofrimento físico e psíquico da população prisional.



A convergência entre essas leituras evidencia que a violação de direitos no cárcere não decorre apenas de falhas administrativas pontuais, mas de uma racionalidade institucional que historicamente naturaliza a precariedade da vida prisional. Por isso, a proteção internacional das pessoas privadas de liberdade deve ser compreendida como limite jurídico à transformação da pena em sofrimento incompatível com a dignidade humana.

Percebe-se, portanto, que as Regras de Mandela e os demais instrumentos internacionais de proteção das pessoas privadas de liberdade não funcionam apenas como recomendações éticas, mas como parâmetros jurídicos de limitação do poder punitivo estatal. A violação desses parâmetros compromete a legitimidade da execução penal e evidencia que a restrição do direito de locomoção não autoriza a supressão dos demais direitos fundamentais da pessoa presa.

1.4 A constitucionalização dos tratados internacionais de direitos humanos no Brasil

A incorporação dos tratados internacionais de direitos humanos ao ordenamento jurídico brasileiro representa elemento central na consolidação de um modelo constitucional voltado à proteção da dignidade da pessoa humana. A Constituição da República de 1988 estabelece, em seu art. 1º, III, a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito e, em seu art. 4º, II, a prevalência dos direitos humanos como princípio orientador das relações internacionais.

Essa abertura normativa possibilita a integração entre o direito interno e o Direito Internacional dos Direitos Humanos, permitindo que os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro no plano internacional influenciem diretamente a interpretação e a aplicação das normas internas.



Com a Emenda Constitucional nº 45/2004, os tratados internacionais de direitos humanos aprovados com quórum qualificado passaram a adquirir status equivalente ao de emenda constitucional, nos termos do art. 5º, § 3º, da Constituição Federal. Isso significa que os tratados aprovados em dois turnos, em cada Casa do Congresso Nacional, por três quintos dos votos dos respectivos membros, passam a integrar o bloco de constitucionalidade, funcionando como parâmetro direto para o controle de constitucionalidade e para a interpretação dos direitos fundamentais. É o caso da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro com força constitucional.

A relevância prática dessa hierarquia é evidente no contexto prisional. Pessoas privadas de liberdade com deficiência física, intelectual, sensorial ou psicossocial permanecem sob custódia integral do Estado, o que impõe ao poder público deveres reforçados de proteção, acessibilidade, atendimento adequado e adaptação razoável.

Assim, a ausência de estrutura mínima para presos com deficiência, a inexistência de atendimento de saúde compatível ou a submissão dessas pessoas a condições degradantes não representam apenas falhas administrativas ou descumprimento de normas infraconstitucionais, mas podem configurar violação a norma de hierarquia constitucional. Nesse sentido, os tratados incorporados com status constitucional ampliam o parâmetro de proteção da pessoa presa, reforçando a responsabilidade estatal pela preservação de sua dignidade, integridade física e saúde mental.

Mesmo os tratados internacionais de direitos humanos aprovados pelo procedimento ordinário, embora não possuam força de emenda constitucional, foram reconhecidos pelo Supremo Tribunal Federal como normas de hierarquia supralegal, conforme decidido no RE nº 466.343/SP e no HC nº 87.585/TO (BRASIL, 2008a; 2008b).



Isso representa que tais tratados se situam abaixo da Constituição, mas acima da legislação ordinária, podendo afastar a aplicação de leis internas incompatíveis com os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil. Entre os exemplos mais relevantes estão a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

A diferença prática entre o status constitucional e o status supralegal está, portanto, na intensidade da força normativa conferida ao tratado. Os tratados com equivalência de emenda constitucional integram diretamente o bloco de constitucionalidade e podem servir como parâmetro para invalidar normas e práticas incompatíveis com a Constituição.

Já os tratados com status supralegal não se equiparam formalmente à Constituição, mas prevalecem sobre as leis ordinárias, impedindo que normas infraconstitucionais sejam aplicadas de modo contrário aos direitos humanos. No campo prisional, essa distinção é relevante porque permite compreender que a proteção internacional da pessoa privada de liberdade opera em diferentes níveis, mas sempre com força vinculante para o Estado brasileiro.

Nesse sentido, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, embora incorporada com status supralegal, possui grande importância para a proteção das pessoas encarceradas, especialmente ao assegurar a integridade pessoal, a dignidade humana e a vedação a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Do mesmo modo, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reforça a obrigação estatal de assegurar o direito ao mais elevado nível possível de saúde física e mental, inclusive às pessoas submetidas à custódia estatal. Assim, a execução penal não pode ser interpretada apenas a partir da legislação interna, devendo observar também os parâmetros internacionais de proteção da pessoa humana.



A partir desse entendimento, consolida-se no ordenamento jurídico brasileiro o chamado controle de convencionalidade, que impõe aos órgãos estatais, especialmente ao Poder Judiciário, o dever de verificar a compatibilidade das normas internas com os tratados internacionais de direitos humanos. Tal mecanismo amplia a eficácia das normas internacionais, permitindo sua aplicação direta e reforçando a obrigatoriedade de observância dos padrões internacionais de proteção da dignidade da pessoa humana.

Esse cenário assume especial relevância em contextos de violação sistemática de direitos fundamentais, como o sistema prisional, no qual as normas internas frequentemente se mostram insuficientes para assegurar condições dignas de custódia. A superlotação, a precariedade sanitária, a ausência de atendimento médico adequado e a insuficiência de assistência psicológica e psiquiátrica revelam que a proteção da saúde no cárcere não pode ser analisada apenas sob a ótica administrativa, mas também à luz dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

Segundo Barroso (2017), essa evolução reflete a consolidação de um modelo constitucional aberto, no qual a proteção da pessoa humana se dá por meio da interação entre normas nacionais e internacionais. No mesmo sentido, Moraes (2024) destaca que os tratados internacionais de direitos humanos atuam como parâmetros de interpretação e controle das normas internas, impondo ao Estado o dever de compatibilizar sua atuação com os compromissos assumidos no plano internacional.

No contexto do sistema prisional, essa incorporação assume relevância ainda maior. As diretrizes internacionais, como as Regras de Mandela, embora não possuam a mesma hierarquia formal dos tratados incorporados ao direito brasileiro, funcionam como importantes parâmetros interpretativos para a análise das condições de encarceramento. Elas orientam a interpretação das normas internas e a formulação de políticas públicas, impondo ao Estado o dever de garantir condições



mínimas de dignidade, higiene, assistência médica e acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade.

Também merecem destaque as Regras de Bangkok, especialmente no que se refere à proteção de mulheres presas, gestantes, lactantes e mães em situação de encarceramento. Tais diretrizes reforçam a necessidade de uma leitura sensível às vulnerabilidades específicas existentes dentro do sistema prisional, demonstrando que a execução penal não atinge todos os grupos da mesma forma. Embora não tenham status constitucional ou supralegal, essas regras fortalecem a interpretação dos tratados internacionais de direitos humanos e contribuem para a construção de parâmetros mínimos de tratamento digno no cárcere.

Assim, a ausência de assistência adequada à saúde no cárcere não pode ser compreendida apenas como deficiência administrativa, mas como violação de um sistema normativo integrado, que abrange tanto a Constituição quanto os tratados internacionais de direitos humanos. A omissão estatal diante da superlotação, da precariedade sanitária e da insuficiência de atendimento médico, psicológico e psiquiátrico compromete não apenas a legislação interna, mas também os parâmetros internacionais que vinculam o Brasil à proteção da dignidade da pessoa privada de liberdade.

A aplicação do controle de convencionalidade no contexto prisional revela-se especialmente relevante diante da persistência de violações estruturais de direitos fundamentais nas unidades prisionais brasileiras. Nesse cenário, os tratados internacionais de direitos humanos deixam de exercer função meramente simbólica ou interpretativa e passam a constituir instrumentos concretos de limitação do poder punitivo estatal e de proteção da dignidade das pessoas privadas de liberdade.

Dessa forma, a constitucionalização dos tratados internacionais de direitos humanos, somada ao reconhecimento da supralegalidade dos tratados aprovados pelo rito ordinário, amplia os instrumentos jurídicos disponíveis para enfrentar a



distância entre a previsão normativa de direitos e a realidade degradante ainda presente no sistema prisional brasileiro.

2 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL

A constitucionalização dos tratados internacionais de direitos humanos no Brasil, conforme analisado no capítulo anterior, não apenas ampliou o catálogo normativo de proteção da pessoa humana, mas também redefiniu o papel do Estado na garantia de direitos fundamentais. Nesse novo paradigma, a dignidade da pessoa humana deixa de ser um princípio meramente declaratório e passa a orientar concretamente a formulação e execução de políticas públicas, especialmente no campo da saúde.

Nesse contexto, o direito à saúde emerge como uma das expressões mais relevantes da proteção jurídica da pessoa humana, situando-se na intersecção entre direitos civis, políticos, sociais e coletivos. Tal centralidade torna-se ainda mais evidente quando se considera que a saúde não se limita à ausência de enfermidades, mas abrange condições materiais, sociais e institucionais necessárias ao pleno desenvolvimento da vida.

2.1 A Relação entre Direitos Humanos e Saúde

A consolidação do direito à saúde como direito humano fundamental resulta de um processo de afirmação normativa no plano internacional e interno.

No âmbito internacional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar, incluindo cuidados médicos e serviços sociais



indispensáveis (art. 25). Essa previsão é aprofundada pelo Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que reconhece o direito de toda pessoa ao mais elevado nível possível de saúde física e mental (art. 12).

No ordenamento jurídico brasileiro, essa concepção é incorporada pela Constituição da República de 1988, que insere a saúde no rol dos direitos sociais (art. 6º) e a consagra como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, o texto constitucional dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196), evidenciando a adoção de uma perspectiva ampla e estruturante do direito à saúde.

Além disso, a Constituição Federal assegura às pessoas privadas de liberdade o respeito à integridade física e moral, evidenciando o dever estatal de proteção mesmo em contextos de restrição de liberdade (art. 5º, XLIX). Conforme sustenta Zaffaroni (2007), o indivíduo privado de liberdade encontra-se integralmente submetido ao poder estatal, circunstância que impõe ao Estado dever reforçado de proteção à sua integridade física e psíquica.

Por isso, a omissão na garantia de condições mínimas de existência digna transforma a pena privativa de liberdade em mecanismo de violação de direitos humanos incompatível com os fundamentos do Estado Democrático de Direito.

Essa diretriz é concretizada pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (art. 2º). A referida norma também estabelece princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde, como a integralidade da assistência (art. 7º, II) e a preservação da autonomia das pessoas (art. 7º, III), evidenciando uma concepção ampliada de cuidado.

A evolução das políticas públicas de saúde no Brasil revela a incorporação progressiva de uma abordagem interdisciplinar e centrada na pessoa. A instituição



da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Portaria nº 3.088/2011, representa um marco nesse processo ao organizar o cuidado em saúde mental com base em diretrizes como a construção do projeto terapêutico singular e a articulação em rede dos serviços de atenção.

No plano internacional, as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Pessoas Privadas de Liberdade (Regras de Mandela), adotadas pela Resolução nº 70/175 da Assembleia Geral da ONU, estabelecem que “todos os estabelecimentos prisionais devem dispor de serviços de saúde...” (Regra 25), assegurando a promoção, proteção e recuperação da saúde física e mental das pessoas privadas de liberdade.

Segundo Piovesan (2024), os direitos humanos caracterizam-se pela universalidade, indivisibilidade e interdependência, razão pela qual a proteção da dignidade humana não admite relativização em razão da condição jurídica ou social do indivíduo. Assim, mesmo em contextos de privação de liberdade, permanece íntegro o dever estatal de assegurar condições mínimas de saúde, integridade física e preservação da dignidade da pessoa humana.

Essa articulação entre normatividade internacional, constitucionalização interna e políticas públicas evidencia que o direito à saúde exige atuação estatal contínua, estruturada e orientada por princípios de universalidade, integralidade e equidade. Trata-se, portanto, de um direito que materializa, no plano concreto, a proteção da vida e da dignidade humana.

Essa compreensão ganha contornos ainda mais complexos quando analisada à luz das dinâmicas de poder que incidem sobre a gestão da vida. Nesse cenário, a saúde mental se apresenta como um campo privilegiado de análise, especialmente no contexto das pessoas privadas de liberdade, em que se tornam mais evidentes as tensões entre cuidado e controle, proteção e disciplina.

Nesse sentido, a análise do direito à saúde, especialmente em sua dimensão mental, revela que sua efetivação depende diretamente das condições



concretas em que os indivíduos estão inseridos. Em contextos de privação de liberdade, tais condições assumem contornos mais gravosos, na medida em que fatores como Isolamento, restrição de vínculos sociais e exposição a ambientes hostis podem comprometer significativamente o bem-estar psíquico.

2.2 Direito à saúde mental no contexto brasileiro

A afirmação do direito à saúde mental no Brasil insere-se em um processo de transformação no campo da saúde pública e dos direitos humanos. Historicamente, o tratamento das pessoas com transtornos mentais esteve associado a práticas de institucionalização e segregação, frequentemente materializadas em modelos asilares voltados mais ao isolamento do que ao cuidado.

A compreensão do direito à saúde mental no contexto brasileiro exige considerar não apenas sua evolução normativa, mas também os fatores sociais e institucionais que influenciam seu desenvolvimento e agravamento, especialmente em ambientes de maior vulnerabilidade, como o sistema prisional.

A partir da consolidação de um novo paradigma, a Lei nº 10.216/2001 estabelece a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, determinando a reorientação do modelo assistencial. Nesse sentido, a norma dispõe que o tratamento deve ocorrer, preferencialmente, em “serviços comunitários de saúde mental” (art. 4º), priorizando a reinserção social do indivíduo e a preservação de sua dignidade. Essa normativa representa a superação progressiva do modelo hospitalocêntrico e a afirmação de diretrizes voltadas à autonomia, à inclusão social e ao cuidado em liberdade.

Embora a Lei nº 10.216/2001 tenha sido construída no contexto mais amplo da Reforma Psiquiátrica, seus fundamentos também se projetam sobre a população



privada de liberdade. A condição de preso não retira da pessoa a titularidade do direito à saúde mental, nem autoriza o retorno de práticas institucionais baseadas no isolamento, na contenção permanente ou na simples neutralização do sofrimento psíquico. Ao contrário, em razão da custódia estatal, o dever de cuidado assume intensidade ainda maior, pois o indivíduo encarcerado depende diretamente do Estado para acessar atendimento, medicamentos, acompanhamento terapêutico e encaminhamentos especializados.

Nesse sentido, a lógica da Lei nº 10.216/2001 deveria orientar a atenção psicossocial no cárcere, impedindo que a pessoa presa com sofrimento mental seja tratada apenas como problema disciplinar ou de segurança. A aplicação dessa norma ao contexto prisional exige que o cuidado em saúde mental seja estruturado a partir da dignidade, da individualização do atendimento, da preservação de vínculos familiares e comunitários, da continuidade terapêutica e da articulação com a rede pública de saúde. Assim, ainda que a prisão imponha restrição à liberdade de locomoção, não pode suprimir o direito ao tratamento humanizado e à proteção integral da saúde psíquica.

No mesmo caminho, a Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088/2011, também deve ser compreendida como instrumento aplicável à população carcerária. A RAPS foi organizada para garantir cuidado territorial, contínuo e integrado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No caso das pessoas privadas de liberdade, sua aplicação demanda articulação entre as equipes de saúde prisional, a atenção básica, os Centros de Atenção Psicossocial, os serviços de urgência, os hospitais gerais e os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde. Desse modo, o estabelecimento prisional não pode funcionar como espaço isolado da rede pública, mas deve estar integrado ao fluxo regular de atendimento do SUS.



Entretanto, essa aplicação exige adaptações específicas. O cuidado em saúde mental no cárcere deve considerar as restrições próprias da privação de liberdade, sem permitir que a lógica da segurança neutralize a lógica do cuidado. Isso significa garantir avaliação psicossocial periódica, protocolos de encaminhamento para casos graves, acesso regular a medicamentos, acompanhamento multiprofissional, escuta qualificada, prevenção ao suicídio, ações de redução de danos e mecanismos de continuidade do tratamento após a soltura. Também exige que a administração prisional e os serviços de saúde atuem de forma articulada, evitando que crises psíquicas sejam tratadas exclusivamente por meio de isolamento, punição disciplinar ou transferência de cela.

Os principais obstáculos para essa implementação, contudo, são expressivos. A superlotação, a precariedade estrutural das unidades prisionais, a insuficiência de profissionais especializados, a fragmentação entre os sistemas de justiça, segurança pública e saúde, a falta de fluxos permanentes com a rede externa e a persistência de uma cultura institucional punitiva dificultam a efetivação do modelo psicossocial no cárcere. Além disso, a própria lógica prisional, marcada por controle rígido da rotina, restrição de circulação, vigilância constante e fragilização dos vínculos sociais, tensiona os princípios da Reforma Psiquiátrica, especialmente aqueles relacionados à autonomia, ao cuidado em liberdade e à reinserção social.

A compreensão contemporânea da saúde mental exige superar uma leitura restrita à ausência de diagnóstico psiquiátrico ou de sintomas clinicamente identificáveis. A saúde mental constitui dimensão essencial da dignidade humana e relaciona-se diretamente à possibilidade de preservação da autonomia, dos vínculos sociais, da capacidade de adaptação e da participação do sujeito em seu próprio projeto de vida. Nesse sentido, o sofrimento psíquico não pode ser analisado apenas como fenômeno individual, pois também expressa as condições sociais, institucionais e materiais em que a pessoa se encontra inserida.



Essa perspectiva aproxima-se da concepção de saúde como capacidade normativa da vida, segundo a qual estar saudável não significa apenas não estar doente, mas possuir condições mínimas para reagir às adversidades, reorganizar a própria existência e instituir novas formas de relação com o meio.

Conforme discutem Malvasi, Dantas e Manzalli (2022), a saúde, nesse campo, deve ser compreendida em diálogo com a vida concreta dos sujeitos, considerando as relações de poder, as formas de gestão institucional e os contextos que condicionam a existência humana. Assim, quanto mais rígido, violento e degradante for o ambiente em que o indivíduo está inserido, menores serão suas possibilidades de adaptação psíquica e preservação da autonomia.

No campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, essa leitura reforça a superação do modelo estritamente biomédico e hospitalocêntrico. A saúde mental passa a ser compreendida a partir de uma lógica psicossocial, territorial e comunitária, que valoriza o cuidado em liberdade, a preservação dos vínculos e o reconhecimento da pessoa com sofrimento mental como sujeito de direitos. Essa concepção é incompatível com práticas institucionais baseadas no isolamento, na segregação e na redução do indivíduo à sua condição de paciente, preso ou objeto de controle.

No âmbito prisional, essa discussão assume especial relevância. A pessoa privada de liberdade tem sua rotina, seus deslocamentos, sua convivência social, seu acesso à saúde e sua comunicação com o mundo exterior administrados pela instituição. Essa realidade interfere diretamente na autonomia e na capacidade de reorganização subjetiva do indivíduo, especialmente quando associada à superlotação, à violência, à ausência de privacidade e à insuficiência de assistência psicossocial. Por isso, o sofrimento mental no cárcere não pode ser compreendido apenas como consequência de predisposições individuais, mas como fenômeno também produzido pelas condições concretas de custódia.



Por conseguinte, transtornos como ansiedade, depressão, irritabilidade, alterações de sono, medo persistente, angústia e desesperança devem ser analisados em relação ao ambiente institucional em que se manifestam. Em prisões marcadas por insegurança, precariedade material e ausência de suporte, tais sintomas deixam de representar ocorrências isoladas e passam a revelar a fragilidade das condições de proteção à saúde mental. A saúde psíquica da pessoa presa, portanto, constitui indicador da própria qualidade da execução penal e do grau de efetividade dos direitos fundamentais no interior do cárcere.

Essa orientação é reforçada por Amarante (2007), ao sustentar que a superação do modelo manicomial exige o reconhecimento da pessoa com transtorno mental como sujeito de direitos, afastando práticas centradas no isolamento e na exclusão institucional. Nessa perspectiva, a atenção à saúde mental passa a fundamentar-se em estratégias de cuidado territorial, reinserção social e preservação da autonomia do indivíduo.

Nesse sentido, Yasui (2010) destaca que a Reforma Psiquiátrica não se limita à reorganização dos serviços de saúde mental, mas representa transformação ética e política voltada à superação de práticas historicamente marcadas pela segregação e pela violação da dignidade humana.

No âmbito das políticas públicas, a organização da Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088/2011, estrutura o cuidado em saúde mental a partir de uma lógica territorial e integrada, baseada na articulação entre diferentes níveis de atenção e na continuidade do cuidado. No contexto prisional, essa diretriz impõe que o atendimento em saúde mental não seja reduzido a intervenções emergenciais ou ao fornecimento eventual de medicação, mas seja integrado a uma rede de acompanhamento contínuo, com possibilidade de encaminhamento a serviços especializados e construção de projetos terapêuticos individualizados.



No campo institucional, destaca-se a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, reforçando a necessidade de superação de práticas de caráter asilar e promovendo a adoção de medidas que respeitem os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei. Essa resolução dialoga diretamente com a Lei nº 10.216/2001 e com a lógica da RAPS, ao afirmar que o sistema de justiça não pode reproduzir respostas baseadas exclusivamente na segregação, devendo buscar alternativas compatíveis com o cuidado em liberdade, a proteção da dignidade e a articulação com a rede de saúde.

Entretanto, a efetivação do direito à saúde mental ainda enfrenta desafios significativos, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade. No sistema prisional, essa realidade se mostra ainda mais complexa. As pessoas privadas de liberdade encontram-se sob custódia estatal, o que implica dever reforçado de proteção, conforme previsto em diretrizes internacionais e normativas internas.

A Lei de Execução Penal reforça esse dever ao estabelecer que a assistência à saúde do preso é responsabilidade do Estado, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico (art. 14). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, instituída pela Portaria Interministerial nº 1/2014, estabelece diretrizes para a garantia do acesso à saúde no âmbito do sistema prisional, reconhecendo essa população como titular de direitos no contexto do Sistema Único de Saúde.

A PNAISP constitui, nesse ponto, instrumento essencial para aproximar a realidade prisional dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da RAPS. Ao reconhecer a população privada de liberdade como usuária do SUS, essa política rompe com a ideia de que o atendimento à saúde no cárcere pertence exclusivamente à administração penitenciária. Sua lógica exige integração entre as unidades prisionais e a rede pública de saúde, inclusive no campo da saúde mental,



de modo a permitir acompanhamento regular, encaminhamentos adequados e continuidade do cuidado durante e após o cumprimento da pena.

Damas e Oliveira (2013) identificam que a precariedade da saúde mental no sistema prisional está associada a fatores como superlotação, infraestrutura precária, déficit de recursos humanos e ausência de atividades ocupacionais, educacionais, desportivas e de lazer. Os autores também apontam a prevalência de transtornos psíquicos, a dificuldade no manejo dos casos mais severos e a violação dos direitos humanos dos detentos, evidenciando que a saúde mental no cárcere depende diretamente das condições concretas de custódia.

As Regras de Mandela reforçam esse dever ao determinar que pessoas com transtornos mentais não devem permanecer em estabelecimentos prisionais quando essa condição puder ser agravada pela detenção (Regra 109), além de prever a necessidade de acompanhamento contínuo e assistência adequada (Regra 110). Essas diretrizes evidenciam que a prisão não pode ser utilizada como resposta institucional para situações que demandam cuidado em saúde mental, sobretudo quando o próprio ambiente carcerário atua como fator de agravamento do sofrimento psíquico.

Nessa ótica, a saúde mental revela-se como dimensão central da dignidade humana e como indicador das condições estruturais do sistema prisional. A análise desse direito, portanto, exige considerar não apenas sua previsão normativa, mas também as condições concretas de sua implementação, especialmente em ambientes marcados por restrição de direitos e intensificação do controle estatal.

Dessa forma, a análise do direito à saúde mental no cenário brasileiro evidencia que sua efetivação não depende apenas de previsão normativa, mas das condições concretas em que os indivíduos se encontram inseridos. No sistema prisional, a concentração de fatores como isolamento, precariedade estrutural e insuficiência de assistência estatal demonstra que a saúde mental não pode ser analisada apenas como questão clínica ou individual. Trata-se de fenômeno



atravessado pelas condições concretas de custódia, razão pela qual os tópicos seguintes examinam a vulnerabilidade psíquica e a privação de liberdade como elementos capazes de produzir ou agravar o adoecimento mental.

2.3 Saúde mental, vulnerabilidade e fatores de risco

A análise da saúde mental exige a compreensão dos múltiplos fatores sociais, emocionais e ambientais que influenciam o desenvolvimento e agravamento de transtornos psíquicos. A literatura especializada demonstra que experiências marcadas por privação de autonomia, insegurança contínua, limitação das relações interpessoais e ausência de suporte institucional adequado constituem importantes fatores de risco para o sofrimento mental, especialmente quando presentes de forma prolongada.

Nessa perspectiva, o adoecimento psíquico não pode ser compreendido exclusivamente sob uma dimensão biológica ou individual. Conforme observam Malvasi, Dantas e Manzalli (2022), a saúde mental relaciona-se diretamente às condições concretas de existência dos indivíduos, abrangendo aspectos sociais, emocionais e institucionais que influenciam a capacidade humana de adaptação, estabilidade emocional e preservação da autonomia.

Ao analisar os impactos psicológicos do isolamento social, Velásquez (2020) destaca que a ausência de contato interpessoal e a limitação de informações podem desencadear ansiedade, medo, angústia e outros sintomas relacionados ao sofrimento psíquico. Segundo o autor, situações prolongadas de afastamento social tendem a comprometer o equilíbrio emocional dos indivíduos, favorecendo estados persistentes de tensão psicológica e vulnerabilidade mental.

No mesmo sentido, Noal e a equipe do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde – CEPEDS (2020), observam que contextos



marcados por confinamento prolongado e instabilidade institucional frequentemente desencadeiam sentimento de impotência, irritabilidade, tristeza, alterações de sono e ansiedade intensa. Além disso, os autores apontam que experiências contínuas de isolamento e insegurança podem favorecer o desenvolvimento de transtornos depressivos, manifestações de estresse pós-traumático e agravamento de quadros psíquicos preexistentes.

A vulnerabilidade psíquica também se relaciona à ausência de suporte emocional e psicossocial adequado. Dias (2021) destaca que indivíduos submetidos a contextos de negligência emocional, insegurança constante e fragilidade institucional tendem a apresentar maior propensão ao sofrimento mental. Nesses cenários, o adoecimento deixa de representar fenômeno estritamente individual e passa a refletir a influência direta das condições sociais e institucionais sobre a saúde psíquica.

Em conjunto, essas contribuições demonstram que o sofrimento mental não decorre apenas de predisposições individuais, mas da exposição continuada a ambientes marcados por insegurança, ruptura de vínculos e ausência de suporte. Essa leitura é essencial para o presente trabalho, pois permite compreender o cárcere como espaço em que fatores psicossociais de risco se apresentam de modo concentrado e permanente.

Assim, os fatores de risco relacionados à saúde mental não devem ser analisados de forma isolada, mas em sua interação cumulativa. A simultaneidade entre insegurança emocional, restrição de vínculos sociais, ausência de suporte institucional e exposição contínua a situações de tensão contribui significativamente para o agravamento da vulnerabilidade psíquica, especialmente em contextos de privação de liberdade. Dessa forma, a compreensão da saúde mental exige análise ampliada das condições estruturais que influenciam diretamente o sofrimento humano e o desenvolvimento de transtornos psíquicos.



2.4 Biopolítica, controle e gestão da vida

Apesar dos avanços históricos na afirmação dos direitos humanos, o reconhecimento jurídico dessas garantias não eliminou as tensões entre o exercício do poder político e a proteção da vida humana. Ao contrário, na modernidade, observa-se uma reconfiguração das formas de poder, que passam a incidir diretamente sobre a própria existência biológica dos indivíduos, configurando um novo paradigma de controle social.

Conforme apontam Malvasi, Dantas e Manzalli (2022, p. 3), o poder passa a ter o ser humano enquanto organismo vivo como seu principal objeto, operando por meio de mecanismos voltados à gestão, regulação e administração da vida. Tal perspectiva encontra fundamento nas análises de Michel Foucault, que desenvolve o conceito de biopolítica para descrever as estratégias pelas quais o Estado moderno exerce controle sobre os corpos e as populações.

Ao examinar os mecanismos disciplinares modernos, Foucault (2002) sustenta que o cárcere opera como instrumento permanente de vigilância e controle dos corpos, produzindo formas de submissão que ultrapassam a mera restrição física da liberdade. Segundo o autor, o indivíduo encarcerado permanece constantemente visível e isolado, submetido a mecanismos institucionais voltados à normalização de comportamentos e à administração da vida.

Nessa ótica, esse poder não se concentra em uma única instância, mas se difunde por toda a estrutura social, manifestando-se por meio de práticas institucionais destinadas a “garantir, sustentar e reforçar a vida” (MALVASI; DANTAS; MANZALLI, 2022, p. 3). Nesse cenário, a saúde pública deixa de ser compreendida apenas como campo técnico e passa a assumir papel central como instrumento político de regulação social.

A partir das contribuições de Georges Canguilhem, a saúde pode ser compreendida como uma atividade normativa da própria vida, caracterizada pela



capacidade do indivíduo de adaptar-se a diferentes condições e instituir novas formas de existência diante das adversidades (MALVASI; DANTAS; MANZALLI, 2022, p. 4). Essa concepção amplia o entendimento tradicional de saúde, afastando-se de uma visão estritamente biomédica e aproximando-a da noção de autonomia e liberdade.

Por essa razão, a saúde consolida-se como elemento essencial à efetivação dos direitos humanos, assumindo papel central na promoção da dignidade da pessoa humana. Tal compreensão revela-se especialmente relevante no enfoque de populações em situação de vulnerabilidade, como as pessoas privadas de liberdade, nas quais o controle institucional sobre os corpos e as condições de vida se manifesta de maneira mais intensa.

Essa leitura permite aproximar a biopolítica da realidade prisional, especialmente quando se observa que determinados grupos submetidos ao cárcere são frequentemente tratados como vidas de menor relevância social.

Ao desenvolver a noção de “linha abissal”, Santos (2007) afirma que determinados grupos sociais passam a ocupar espaços de invisibilidade política e jurídica, nos quais violações de direitos fundamentais deixam de produzir o mesmo grau de indignação social. No plano concreto da execução penal, essa lógica contribui para a naturalização das condições degradantes de encarceramento e para a banalização do sofrimento psíquico das pessoas privadas de liberdade.

No ambiente prisional, essa dinâmica biopolítica se expressa de forma acentuada, uma vez que o Estado exerce controle direto sobre as condições de existência dos indivíduos, incluindo aspectos relacionados à saúde, à alimentação, ao espaço físico e à convivência social. Esse controle, quando associado à precariedade estrutural e à insuficiência de políticas públicas efetivas, pode contribuir para a deterioração das condições de saúde, especialmente no que se refere à saúde mental.



Ao analisar as estruturas de poder presentes nas sociedades latino-americanas, Quijano (2005) sustenta que a colonialidade permanece operando por meio de mecanismos de dominação social e racial que influenciam diretamente as práticas institucionais contemporâneas. Nesse sentido, o sistema prisional brasileiro reproduz formas seletivas de controle social, incidindo majoritariamente sobre populações historicamente marginalizadas e vulnerabilizadas.

Nesse sentido, a análise da saúde mental na dinâmica prisional não pode ser dissociada das formas de gestão da vida operadas pelo Estado, sendo necessário compreender o adoecimento psíquico não apenas como fenômeno individual, mas como resultado de condições estruturais e institucionais que incidem diretamente sobre os indivíduos privados de liberdade.

A análise da biopolítica permite compreender que o sofrimento psíquico das pessoas privadas de liberdade não decorre apenas de fatores individuais, mas de estruturas institucionais que administram e condicionam a própria vida no cárcere. Essa leitura torna-se fundamental para o exame da privação de liberdade como fator de adoecimento psíquico, a ser desenvolvido no tópico seguinte.

2.5 A privação de liberdade como fator de adoecimento psíquico

A privação de liberdade constitui fator relevante na análise da saúde mental, na medida em que implica ruptura de vínculos sociais, restrição de autonomia e exposição a ambientes potencialmente degradantes. Tais elementos, quando associados à precariedade estrutural e à insuficiência de assistência estatal, criam um cenário propício ao desenvolvimento e agravamento de transtornos mentais.

Zatera et al. (2021) destacam que os indivíduos privados de liberdade encontram-se submetidos a condicionantes estruturais capazes de favorecer o



desenvolvimento de doenças mentais crônicas, especialmente em razão da superlotação, da precariedade das unidades prisionais, da limitação de vínculos afetivos e da insuficiência de assistência psicossocial.

Ao analisar a saúde mental no sistema prisional, Damas e Oliveira (2013) identificam que fatores como infraestrutura precária, déficit de profissionais especializados, ausência de atividades educacionais e superlotação contribuem diretamente para a prevalência de transtornos psíquicos entre a população encarcerada. Os autores destacam ainda que a ausência de suporte psicossocial adequado compromete significativamente qualquer perspectiva concreta de reabilitação e ressocialização.

Nesse sentido, a análise da saúde mental em contextos de privação de liberdade revela que o adoecimento psíquico não pode ser compreendido apenas como fenômeno individual, mas também como resultado de condições estruturais impostas pelo próprio sistema.

Ao examinar os primeiros modelos penitenciários modernos, Foucault (2002) observa que o isolamento absoluto característico do Sistema Pensilvânico produzia severos impactos emocionais e psicológicos, sendo frequentemente descrito como verdadeira “morte em vida”. Tal percepção permanece atual diante da realidade contemporânea do cárcere brasileiro, no qual a ruptura de vínculos sociais e a limitação da convivência humana figuram entre os principais fatores associados ao sofrimento psíquico.

A privação de liberdade, portanto, não atinge apenas a possibilidade de deslocamento físico, mas reorganiza de maneira compulsória a existência cotidiana da pessoa encarcerada. O ingresso no sistema prisional implica a perda de controle sobre aspectos elementares da vida, como horários, alimentação, circulação, comunicação, repouso, higiene, atendimento de saúde e contato com familiares. Essa substituição da autonomia individual por uma rotina institucional rígida interfere



diretamente na percepção de identidade, no senso de continuidade biográfica e na capacidade de elaboração subjetiva da experiência prisional.

Nesse cenário, o sujeito passa a viver sob permanente administração externa. A disciplina carcerária não se limita à imposição de regras de convivência, mas alcança o corpo, o tempo e a subjetividade. A pessoa presa é submetida a procedimentos repetitivos, vigilância constante, limitação de escolhas e convivência forçada em ambiente frequentemente hostil. Essa combinação tende a produzir sentimentos de impotência, insegurança, despersonalização e desamparo, especialmente quando a privação de liberdade é acompanhada por precariedade estrutural e ausência de suporte psicossocial.

A contribuição de Foucault permite compreender que a prisão moderna opera por meio de mecanismos disciplinares que excedem a simples contenção física. O cárcere organiza o espaço, controla o tempo e normaliza comportamentos, produzindo formas de sujeição que incidem sobre a constituição subjetiva do indivíduo. Nesse sentido, a pena privativa de liberdade, quando executada em condições degradantes, deixa de atuar apenas como sanção jurídica e passa a funcionar como experiência de enfraquecimento psíquico e redução da autonomia.

Essa dinâmica é ainda mais grave quando se considera que o indivíduo preso permanece titular de direitos fundamentais. A execução da pena não autoriza a destruição da subjetividade, a ruptura absoluta dos vínculos sociais ou a submissão da pessoa a condições que inviabilizam sua estabilidade emocional. Ao contrário, a condição de custódia reforça o dever estatal de preservação da integridade física e psíquica, justamente porque a pessoa encarcerada não dispõe dos mesmos meios de autoproteção existentes fora do cárcere.

Dessa forma, a privação de liberdade deve ser analisada não apenas como restrição jurídica, mas como experiência institucional capaz de produzir efeitos psíquicos profundos. Quando somada à ausência de atividades significativas, ao isolamento, à insegurança permanente, à limitação de vínculos afetivos e à falta de



acompanhamento em saúde mental, a prisão pode comprometer a capacidade do indivíduo de projetar o futuro e reconstruir sua trajetória. Nesses termos, o cárcere deixa de ser mero espaço de cumprimento da pena e passa a constituir fator relevante de produção e agravamento do sofrimento psíquico.

Assis (2007, p. 74) afirma que “a prisão é o cenário de constantes violações dos direitos humanos”, contribuindo para “aniquilar as possibilidades de recuperação dos presos”. Tal constatação evidencia que o cárcere, além de restringir a liberdade, frequentemente atua como espaço de intensificação do sofrimento físico e mental, agravando vulnerabilidades já existentes e produzindo novas formas de adoecimento psíquico.

3 SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

A análise normativa e teórica desenvolvida nos capítulos anteriores evidencia que o sistema prisional brasileiro constitui espaço marcado por violações estruturais de direitos fundamentais, especialmente no que se refere à saúde mental das pessoas privadas de liberdade. Torna-se necessário examinar de forma concreta como as condições de encarceramento contribuem para o desenvolvimento e agravamento do sofrimento psíquico no cárcere brasileiro.

Nesse contexto, a saúde mental das pessoas privadas de liberdade emerge como um tema central nas discussões contemporâneas sobre direitos humanos e políticas públicas. A interseção entre o sistema de justiça criminal e o sistema de saúde evidencia não apenas a necessidade de articulação interinstitucional, mas também o imperativo ético de reconhecer o preso como sujeito de direitos e destinatário de cuidado integral.

Este capítulo analisa a evolução normativa e os instrumentos de política pública voltados à atenção psicossocial no sistema prisional, com destaque para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e para a Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça, que



consolida a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Em seguida, são apresentados dados recentes sobre a realidade da saúde mental no cárcere brasileiro, bem como uma reflexão crítica sobre os principais desafios e perspectivas para a consolidação de uma abordagem humanizada, integral e antimanicomial dentro das prisões.

Nesse sentido, a análise normativa realizada no capítulo anterior revela que, embora o ordenamento jurídico brasileiro disponha de instrumentos robustos de proteção à saúde mental, sua concretização prática no sistema prisional ainda se mostra limitada, o que justifica a investigação empírica desenvolvida nas seções seguintes.

3.1 A Cooperação Institucional entre os Poderes na Efetivação do Direito à Saúde Mental no Cárcere: a convergência entre a PNAISP, a Lei nº 10.216/2001 e a Resolução CNJ nº 487/2023

A efetivação do direito à saúde mental das pessoas privadas de liberdade demanda a atuação coordenada e cooperativa dos três Poderes da República — Legislativo, Executivo e Judiciário —, em conformidade com o princípio da harmonia e independência das funções estatais previsto no art. 2º da Constituição da República. O enfrentamento do adoecimento psíquico no cárcere é expressão concreta da necessidade de uma política pública interinstitucional, que ultrapasse fronteiras burocráticas e una esforços na promoção da dignidade humana.

Sob essa lógica, o Poder Legislativo, por meio da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), estabeleceu o marco normativo fundamental do modelo antimanicomial brasileiro, redirecionando o cuidado em saúde mental para a inclusão social, comunitária e humanizada das pessoas com transtornos mentais. A lei determinou que o tratamento deva ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários de base territorial, e não em instituições de caráter segregador. Seu art. 4º, §1º, é categórico ao afirmar que o tratamento deve ter “como finalidade permanente a reintegração social do paciente em seu meio comunitário” (BRASIL,



2001). Essa diretriz expressa o reconhecimento legislativo de que a saúde mental não se restringe ao campo clínico, mas constitui dimensão essencial da cidadania.

O Poder Executivo, por sua vez, materializou esse compromisso normativo ao instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. A PNAISP representa o principal instrumento administrativo de integração da população carcerária ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo atenção integral, universal e contínua. Em seu eixo de saúde mental, a política prevê a atuação de equipes multiprofissionais e a articulação obrigatória com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, de modo a evitar práticas de isolamento, medicalização excessiva e institucionalização.

Ao reconhecer o cárcere como território de cuidado, a PNAISP reafirma o princípio constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196 da CF), rompendo com a tradição de invisibilidade das pessoas privadas de liberdade. Sua execução depende da ação articulada entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as administrações penitenciárias, exigindo uma lógica de governança horizontal entre as esferas do Executivo.

Complementarmente, o Poder Judiciário também passou a desempenhar papel central na efetivação do paradigma antimanicomial. A Resolução CNJ nº 487/2023, ao instituir a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, consolidou uma agenda de desinstitucionalização e garantismo processual, determinando que o tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei observe os princípios da Lei nº 10.216/2001 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Essa resolução orienta magistrados a substituírem internações psiquiátricas compulsórias por medidas terapêuticas em meio aberto, e determina que a internação só poderá ser mantida quando comprovada sua estrita necessidade clínica, devendo sempre ser temporária e sujeita à revisão periódica. Dessa forma, o Judiciário atua não apenas como órgão de controle, mas como agente indutor de



políticas públicas, promovendo a concretização judicial dos direitos fundamentais e o cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

A convergência entre o Legislativo, o Executivo e o Judiciário na regulação e execução dessas políticas públicas evidencia o avanço de uma governança democrática em direitos humanos, pautada pela cooperação institucional e pela intersetorialidade. O conjunto normativo formado pela Lei nº 10.216/2001, pela PNAISP (2014) e pela Resolução CNJ nº 487/2023 traduz o esforço estatal de unificar políticas de saúde, justiça e cidadania, a partir de uma visão integral e despenalizadora do sofrimento psíquico no cárcere.

Contudo, essa convergência normativa somente adquire efetividade quando acompanhada de financiamento adequado, equipes multiprofissionais, articulação entre SUS e administração penitenciária e fluxos permanentes de encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial. Sem esses elementos, a PNAISP e a política antimanicomial permanecem formalmente avançadas, mas institucionalmente frágeis no cotidiano das unidades prisionais.

Essa atuação conjunta entre os três Poderes permite compreender a saúde mental no cárcere a partir de uma chave biopolítica, na medida em que envolve práticas estatais de gestão da vida, dos corpos e das condições de cuidado.

Assim, o Estado contemporâneo exerce sua função não apenas por meio da coerção ou punição, mas também por práticas de governo que administram a vida, controlam os corpos e, potencialmente, promovem a saúde e a dignidade. Inserida nesse contexto, a política antimanicomial traduz o deslocamento desse poder de gestão da vida — antes voltado à exclusão — para uma prática estatal orientada à inclusão e ao cuidado.

Todavia, a implementação efetiva dessas políticas ainda enfrenta desafios estruturais e orçamentários significativos. Dados da Fundação Oswaldo Cruz (2023) e do Conselho Nacional de Justiça (2023) indicam a insuficiência de equipes de saúde mental, espaços adequados de atendimento e articulação intersetorial.



Tal constatação já sinaliza a existência de um descompasso entre o plano normativo e a realidade empírica, o que será aprofundado na seção seguinte por meio da análise de dados estatísticos e estudos recentes sobre o tema.

Dessa forma, o avanço da PNAISP, da Resolução CNJ nº 487/2023 e da Lei nº 10.216/2001 depende da consolidação de uma rede de atenção verdadeiramente integrada entre o SUS, o sistema de justiça e as políticas sociais, com vistas à promoção da cidadania, da dignidade e da reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico no cárcere. A concretização desse paradigma exige não apenas normas, mas vontade política e compromisso institucional contínuo, capazes de transformar o discurso de direitos em prática cotidiana.

3.2 Saúde mental e fatores de adoecimento em contextos de privação de liberdade

As condições estruturais do sistema prisional brasileiro constituem elemento central na análise do agravamento da saúde mental das pessoas privadas de liberdade. A superlotação das unidades prisionais, a precariedade sanitária, a limitação do acesso à saúde, a insuficiência de ventilação e iluminação adequadas, bem como a exposição contínua à violência institucional, criam ambiente incompatível com a preservação da dignidade humana e da estabilidade psíquica dos indivíduos encarcerados.

A realidade carcerária brasileira revela cenário marcado pela precariedade estrutural e pela insuficiência de assistência estatal. Em diversas unidades prisionais, indivíduos permanecem submetidos a celas superlotadas, sem condições mínimas de higiene, ventilação adequada ou acesso regular a serviços básicos de saúde. Tais circunstâncias ultrapassam a mera restrição do direito de liberdade e passam a interferir diretamente nas condições de existência da população encarcerada.



Nesse contexto, a superlotação prisional figura entre os principais fatores de degradação das condições de saúde mental no cárcere. A permanência de múltiplos indivíduos em espaços reduzidos, frequentemente insalubres e sem estrutura adequada, favorece a intensificação de conflitos interpessoais, a limitação da privacidade e o aumento permanente de tensões psicológicas.

Damas e Oliveira (2013) identificam que a precariedade estrutural das unidades prisionais, associada à insuficiência de recursos humanos especializados e à fragilidade das políticas públicas de saúde mental, contribui significativamente para a prevalência de transtornos psíquicos em contextos de privação de liberdade.

Além da superlotação, a violência institucional e a insegurança constante constituem elementos relevantes na compreensão do sofrimento psíquico da população encarcerada. A convivência contínua com situações de ameaça, agressividade, tensão permanente e ausência de proteção efetiva tende a produzir estados persistentes de ansiedade, medo e instabilidade emocional.

Nesse sentido, Assis (2007, p. 74) afirma que “a prisão é o cenário de constantes violações dos direitos humanos”, contribuindo para “aniquilar as possibilidades de recuperação dos presos”.

Outro aspecto relevante refere-se à limitação do acesso à assistência em saúde mental dentro das unidades prisionais. A insuficiência de atendimento psicológico e psiquiátrico, associada à dificuldade de diagnóstico precoce e à ausência de acompanhamento contínuo, compromete a efetividade do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. Zatera et al. (2021) destacam que a fragilidade estrutural dos serviços de cuidado psicossocial no cárcere favorece o agravamento de quadros mentais preexistentes e dificulta a contenção de novos processos de adoecimento psíquico.

A precariedade das condições ambientais também exerce influência direta sobre a saúde mental da população prisional. Ambientes marcados por calor excessivo, ventilação insuficiente, iluminação inadequada, excesso de ruídos e ausência de espaços minimamente adequados para convivência produzem desgaste emocional contínuo e comprometem significativamente a estabilidade psíquica dos



indivíduos submetidos ao cárcere. Tais circunstâncias revelam que o ambiente prisional brasileiro frequentemente opera em desacordo com os parâmetros mínimos de dignidade estabelecidos pelas Regras de Mandela.

A análise dos fatores ambientais do cárcere demonstra que a precariedade material não deve ser tratada como simples deficiência administrativa ou desconforto inerente à pena. Em espaços de confinamento, elementos como superlotação, calor excessivo, ventilação insuficiente, iluminação inadequada, ruídos constantes, umidade, ausência de higiene e restrição de circulação atuam diretamente sobre o corpo e a saúde psíquica dos indivíduos. Essas condições dificultam o repouso, ampliam a irritabilidade, intensificam conflitos e produzem um estado permanente de tensão, incompatível com a preservação da estabilidade emocional.

Sánchez, Leal e Larouzé (2016) observam que a promoção da saúde no interior das prisões enfrenta um paradoxo estrutural, pois o ambiente carcerário, marcado pela privação de liberdade e pela centralidade da segurança, impõe obstáculos concretos à efetivação do cuidado. Essa constatação evidencia que a saúde prisional não depende apenas da existência formal de serviços médicos, mas das condições reais em que esses serviços são prestados e da forma como a lógica institucional do cárcere interfere no acesso ao cuidado.

A superlotação intensifica todos os demais fatores de adoecimento. A permanência de muitos indivíduos em espaços reduzidos elimina a privacidade, compromete o sono, dificulta a higiene pessoal e aumenta a exposição a conflitos cotidianos. Em tais condições, a convivência deixa de ser apenas restrita e passa a ser marcada por disputa permanente por espaço, silêncio, ventilação, limpeza e segurança. Essa realidade impõe desgaste psicológico contínuo e favorece o aparecimento ou agravamento de sintomas como ansiedade, insônia, irritabilidade, medo e desesperança.

A precariedade sanitária também possui dimensão subjetiva relevante. A permanência em ambientes sujos, úmidos, mal ventilados ou sem condições adequadas de higiene produz sensação contínua de abandono e desvalorização da vida. O espaço físico comunica ao preso a posição social que lhe é atribuída pela



instituição: quanto mais degradante o ambiente, maior a percepção de invisibilidade, humilhação e desumanização. Assim, a insalubridade não afeta apenas a saúde física, mas também a forma como o indivíduo percebe sua dignidade e seu lugar na ordem social.

Nascimento e Bandeira (2018) destacam que a atuação em saúde no sistema prisional não pode limitar-se a respostas pontuais e curativas, devendo incorporar práticas de promoção de saúde e redução dos danos produzidos pelo encarceramento. Essa compreensão é especialmente importante porque desloca o foco da assistência meramente reativa para a análise dos fatores institucionais que produzem adoecimento. Dentro dessa lógica, promover saúde mental significa também reduzir os efeitos nocivos da própria experiência de confinamento, o que exige enfrentar os determinantes ambientais e institucionais do sofrimento.

Dessa forma, superlotação, insalubridade e precariedade estrutural não constituem aspectos secundários da execução penal. Ao contrário, integram a experiência concreta da custódia e participam da produção do sofrimento psíquico. Quando o Estado mantém pessoas encarceradas em ambientes incompatíveis com a dignidade humana, o adoecimento mental não pode ser tratado como fato imprevisível ou exclusivamente individual, mas como consequência possível e juridicamente relevante das condições de encarceramento.

A restrição do contato social e a limitação dos vínculos familiares também assumem relevância à luz do sistema prisional, especialmente diante das dificuldades estruturais relacionadas às visitas e à manutenção da convivência social. A ruptura prolongada de vínculos afetivos tende a intensificar sentimentos de abandono, desesperança e sofrimento emocional, dificultando processos de reintegração social e agravando situações de vulnerabilidade psíquica.

Importa destacar que tais fatores não se manifestam de forma isolada, mas atuam de maneira simultânea e cumulativa. A sobreposição entre superlotação, violência institucional, precariedade sanitária, limitação do acesso à saúde e restrição de vínculos sociais cria ambiente permanentemente hostil à preservação da saúde mental das pessoas privadas de liberdade.



Ao examinar os modelos penitenciários modernos, Foucault (2002) observa que o cárcere ultrapassa a função meramente punitiva, consolidando-se como instrumento de controle disciplinar sobre os corpos e as condições de vida dos indivíduos. No interior do sistema prisional brasileiro, essa lógica manifesta-se por meio de práticas institucionais que submetem a população encarcerada a condições degradantes de existência, frequentemente incompatíveis com os direitos fundamentais assegurados constitucionalmente.

Dessa forma, a análise da saúde mental em contextos de privação de liberdade evidencia que o sistema prisional brasileiro não atua apenas como espaço de execução da pena, mas também como ambiente potencialmente produtor e agravador de sofrimento psíquico.

A persistência de condições estruturais precárias, associada à insuficiência de políticas públicas efetivas de saúde mental, demonstra que o adoecimento psíquico da população encarcerada encontra-se diretamente relacionado às condições concretas de custódia impostas pelo próprio Estado.

3.3 O cárcere como ambiente de produção e agravamento do adoecimento mental

A identificação das condições estruturais do cárcere brasileiro permite avançar para a questão central deste capítulo: tais condições não apenas dificultam o acesso à saúde mental, mas participam ativamente da produção e do agravamento do adoecimento psíquico. Assim, o problema deixa de ser apenas a ausência de atendimento adequado e passa a envolver o próprio modelo de encarceramento, que concentra fatores permanentes de sofrimento, vulnerabilidade e desorganização subjetiva.

Conforme demonstrado no tópico anterior, as condições materiais do cárcere brasileiro concentram fatores permanentes de risco à saúde mental. No contexto prisional, tais elementos não se apresentam de forma eventual, mas integram a



própria estrutura do ambiente carcerário, produzindo vulnerabilidade contínua e favorecendo a transformação da prisão em espaço de adoecimento.

A restrição da liberdade, elemento central da pena privativa, implica não apenas a limitação do direito de locomoção, mas também a imposição de um conjunto de condições que afetam diretamente a organização psíquica dos indivíduos. A separação do convívio social, a perda de autonomia e a submissão a rotinas rígidas interferem na construção da identidade e na capacidade de adaptação, favorecendo o surgimento de sentimentos de angústia, ansiedade e desesperança.

Além disso, a realidade estrutural do sistema prisional brasileiro, marcada pela superlotação, pela precariedade das instalações e pela insuficiência de recursos, intensifica os impactos negativos sobre a saúde mental. Ambientes superlotados comprometem a privacidade, aumentam os níveis de tensão e dificultam a prestação de serviços essenciais, incluindo o atendimento em saúde. Essa situação contribui para a ampliação de conflitos interpessoais e para a intensificação do estresse psicológico.

A exposição à violência constitui outro elemento central nesse processo. A convivência em ambientes nos quais a insegurança é constante, associada à presença de conflitos internos e à ausência de mecanismos eficazes de proteção, contribui para a construção de um estado permanente de alerta, característico de quadros de ansiedade crônica. A repetição de situações de ameaça ou agressão tende a produzir efeitos duradouros sobre o equilíbrio psíquico, comprometendo a saúde mental dos indivíduos.

A ausência ou insuficiência de assistência à saúde, especialmente no campo da saúde mental, agrava esse cenário. A dificuldade de acesso a atendimento psicológico e psiquiátrico, aliada à falta de acompanhamento contínuo, impede a identificação precoce de transtornos e a adoção de medidas terapêuticas adequadas. Como resultado, quadros iniciais de sofrimento psíquico evoluem para condições mais graves, muitas vezes irreversíveis.



Importa destacar que esses fatores não atuam de forma isolada, mas se manifestam de maneira cumulativa, potencializando seus efeitos. A sobreposição de condições adversas cria um ambiente estruturalmente propício ao adoecimento, no qual o sofrimento psíquico deixa de ser exceção para se tornar fenômeno recorrente.

A compreensão do cárcere como ambiente produtor de adoecimento mental exige reconhecer que o sofrimento psíquico não decorre apenas de episódios extremos ou situações excepcionais de violência. Ele também se constrói na repetição cotidiana de privações, controles e incertezas que atravessam a vida prisional. A falta de privacidade, a vigilância constante, a limitação de vínculos familiares, a imprevisibilidade institucional, a convivência forçada e a ausência de espaços de escuta produzem um desgaste progressivo, que se acumula ao longo do tempo e compromete a estabilidade emocional da pessoa encarcerada.

Esse processo é agravado pelo fato de que, no ambiente prisional, manifestações de sofrimento mental podem ser interpretadas como indisciplina, resistência ou inadequação à ordem institucional. Sintomas como irritabilidade, isolamento, alterações de sono, crises de ansiedade, agressividade ou desorganização emocional nem sempre são reconhecidos como sinais de sofrimento psíquico. Muitas vezes, são absorvidos pela lógica disciplinar do cárcere, que tende a responder com contenção, controle ou punição, e não com cuidado, acolhimento e acompanhamento terapêutico.

Nesse ponto, torna-se necessário distinguir duas formas de compreender a relação entre prisão e saúde mental. A primeira limita-se a reconhecer que existem pessoas com transtornos mentais dentro do sistema prisional, o que conduz a respostas centradas apenas no atendimento individual. A segunda, adotada neste trabalho, compreende que o próprio ambiente prisional pode produzir ou agravar sofrimento psíquico, exigindo respostas estruturais voltadas à transformação das condições de custódia. Essa distinção é fundamental, pois impede que o problema seja reduzido à existência de indivíduos previamente adoecidos.

Nascimento e Bandeira (2018) ressaltam que a prática psicológica no sistema prisional encontra limites significativos quando permanece submetida a uma lógica



institucional orientada prioritariamente pela segurança e pelo controle. A saúde mental, nesse contexto, não pode ser tratada como simples adaptação do indivíduo à prisão, pois isso deslocaria para a pessoa presa a responsabilidade por suportar condições que, em si mesmas, produzem sofrimento. O cuidado em saúde mental deve, portanto, reconhecer os danos do encarceramento e atuar também na redução de seus efeitos institucionais.

Essa análise permite afirmar que o cárcere brasileiro frequentemente concentra fatores de risco e reduz fatores de proteção. Ao mesmo tempo em que expõe o indivíduo à violência, à insegurança, à precariedade e à ruptura de vínculos, limita o acesso ao cuidado contínuo, à convivência familiar, à autonomia e a atividades capazes de sustentar alguma perspectiva de futuro. Tal combinação torna a prisão um ambiente especialmente propício ao agravamento de quadros psíquicos preexistentes e ao surgimento de novas formas de sofrimento.

Assim, o adoecimento mental no sistema prisional não deve ser interpretado como efeito colateral inevitável da pena, mas como resultado previsível de determinadas formas de execução penal. Quando a instituição prisional mantém condições degradantes e, simultaneamente, não oferece mecanismos suficientes de prevenção e cuidado, o sofrimento psíquico adquire relevância jurídica. A saúde mental no cárcere, portanto, deixa de ser tema exclusivamente clínico e passa a constituir questão de direitos humanos, execução penal e responsabilidade estatal.

No âmbito prisional, o cárcere passa a desempenhar papel ativo na produção do adoecimento mental, deixando de ser apenas espaço de cumprimento de pena para se configurar como ambiente que interfere diretamente na saúde psíquica dos indivíduos. Tal constatação impõe a necessidade de repensar a função do sistema prisional à luz dos direitos fundamentais, especialmente no que se refere à preservação da dignidade da pessoa humana.

Dessa forma, a análise do sistema prisional brasileiro evidencia que o transtornos mentais das pessoas privadas de liberdade não pode ser atribuído exclusivamente a fatores individuais, mas deve ser compreendido como resultado de



condições estruturais e institucionais que incidem diretamente sobre essa população.

O ambiente carcerário, ao concentrar múltiplos fatores de risco, contribui significativamente para o desenvolvimento e agravamento de transtornos mentais, revelando um cenário de incompatibilidade entre a realidade prisional e os parâmetros jurídicos de proteção à saúde.

O ambiente carcerário, ao concentrar múltiplos fatores de risco, contribui significativamente para o desenvolvimento e agravamento do sofrimento psíquico, revelando um cenário de incompatibilidade entre a realidade prisional e os parâmetros jurídicos de proteção à saúde. Essa incompatibilidade evidencia não apenas falhas na implementação de políticas públicas, mas um descompasso estrutural entre o modelo de encarceramento adotado e as exigências normativas de proteção à dignidade humana. Tal constatação será aprofundada, inicialmente, a partir dos dados estatísticos sobre a realidade prisional brasileira e, em seguida, por meio da análise da responsabilidade estatal pela violação do direito à saúde mental.

3.4 Dados Estatísticos e Realidade Atual da Saúde Mental no Sistema Prisional Brasileiro

A saúde mental das pessoas privadas de liberdade constitui um dos aspectos mais críticos e negligenciados do sistema penitenciário brasileiro. Estudos demonstram que o encarceramento intensifica condições pré-existentes e desencadeia novos transtornos mentais, em razão do isolamento, da superlotação e da ausência de políticas efetivas de cuidado. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), o primeiro ano da pandemia da Covid-19 provocou um aumento global de 25 % na prevalência de ansiedade e depressão, revelando o



agravamento das desigualdades em saúde mental e a sobrecarga dos sistemas públicos de atendimento.¹

Na realidade carcerária, tais vulnerabilidades são ampliadas. O Relatório Anual de 2022 do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC, 2022) identificou violações sistemáticas de direitos fundamentais nas unidades prisionais do país, incluindo precariedade de atendimento médico, falta de acompanhamento psicológico e ausência de articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema penitenciário. O documento reforça a necessidade de políticas intersetoriais que integrem o cuidado psicossocial e a reinserção social.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2023a), por meio do Painel sobre Saúde Mental e Medidas de Segurança, também evidencia deficiências graves na execução das diretrizes da Lei nº 10.216/2001 e da Resolução CNJ nº 487/2023, destacando que milhares de pessoas com transtornos mentais permanecem em estabelecimentos de caráter manicomial e submetidas a medidas de segurança por tempo indeterminado². Em outro levantamento, o CNJ (2023b) apontou que os problemas de saúde e as ameaças à vida dentro das prisões são agravados pela superlotação, pela escassez de equipes multiprofissionais e pela ausência de espaços adequados de atendimento, o que inviabiliza a integralidade do cuidado³.

Estudos empíricos reforçam essas constatações. Costa et al. (2016) verificaram que aproximadamente um terço da população carcerária do Rio de Janeiro apresenta sintomas compatíveis com transtornos mentais graves, como depressão, psicose e ansiedade. Resultado semelhante foi observado por Coelho (2013), em Salvador, onde o ambiente prisional foi identificado como fator de risco para o desenvolvimento de sofrimento psíquico severo, exigindo intervenções interdisciplinares contínuas.

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.

² CNJ – Conselho Nacional de Justiça. Painel sobre saúde mental e medidas de segurança no Brasil: [Painel inédito reúne dados sobre saúde mental e medidas de segurança no Brasil - Portal CNJ](#).

³ CNJ – Conselho Nacional de Justiça. Pesquisa destaca problemas de saúde e ameaças à vida nas prisões do Brasil: [Pesquisa do CNJ destaca problemas de saúde e ameaças contra a vida nas prisões do Brasil](#).



Embora anteriores, tais estudos permanecem atuais diante da persistência das condições estruturais do sistema prisional brasileiro, que pouco se alteraram ao longo dos anos, o que reforça a permanência do problema em níveis alarmantes.

Esse cenário reflete a ausência de um sistema estruturado de atenção integral à saúde física e mental no cárcere. Complementarmente, a Pastoral Carcerária (2023) informa que, em 2023, 191 pessoas morreram por suicídio nas prisões brasileiras, o que representa 10,8 % dos óbitos registrados no período, configurando o suicídio como a segunda principal causa de morte nas unidades prisionais⁴.

Esse dado revela não apenas a gravidade do sofrimento psíquico no cárcere, mas também a insuficiência de mecanismos de prevenção e acompanhamento contínuo da saúde mental nas unidades prisionais.

No plano regional, a realidade de Mato Grosso do Sul — um dos estados com maior taxa proporcional de encarceramento do país — reflete esse quadro nacional. Dados da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN, 2023) apontam que os atendimentos psiquiátricos e psicológicos estão entre os mais frequentes nas unidades, revelando elevada demanda por suporte especializado. Em 2023, as equipes multidisciplinares da AGEPEN realizaram mais de 139 mil atendimentos em unidades prisionais⁵, abrangendo ações de saúde física e mental, acompanhamentos psicológicos e campanhas preventivas.

De forma complementar, a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP/MS, 2023) tem promovido ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde mental, com foco na capacitação de servidores e na sensibilização sobre o sofrimento psíquico no cárcere⁶.

⁴ CARCERÁRIA – Pastoral Carcerária Nacional. Óbitos por suicídio no sistema prisional brasileiro: <https://carceraria.org.br/combate-e-prevencao-a-tortura/mes-de-prevencao-ao-suicidio-os-obitos-por-suicidio-no-sistema-prisional-brasileiro>.

⁵ AGEPEN – Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário. Com atenção à saúde prisional, equipes multidisciplinares realizaram 139 mil atendimentos em 2023. Campo Grande, 2023. Disponível em: <https://www.agepen.ms.gov.br/com-atencao-a-saude-prisional-equipes-multidisciplinares-realizaram-139-mil-atendimentos-em-2023>.

⁶ SEJUSP/MS – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso do Sul. Com foco na prevenção, ações voltadas à saúde mental são desenvolvidas em presídios de MS: <https://www.sejusp.ms.gov.br/com-foco-na-prevencao-aco-es-voltadas-a-saude-mental-sao-desenvolvidas-em-p-residios-de-ms/>.



Esses elementos revelam que, mesmo quando há iniciativas institucionais voltadas à saúde prisional em Mato Grosso do Sul, a elevada demanda por atendimentos psicológicos e psiquiátricos indica que o sofrimento psíquico no cárcere não constitui fenômeno marginal, mas dimensão recorrente da experiência prisional. Assim, os dados regionais reforçam a tese central deste trabalho: a saúde mental no cárcere depende não apenas da existência formal de políticas públicas, mas da capacidade concreta de responder a uma demanda estruturalmente produzida pelo próprio ambiente prisional.

No campo acadêmico, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS, 2021) confirma que a privação de liberdade acarreta altos índices de estresse, ansiedade e sintomas depressivos, sendo a ausência de vínculos familiares e o confinamento prolongado fatores determinantes para o agravamento do sofrimento mental.

A leitura conjunta desses dados revela que o problema da saúde mental no cárcere brasileiro não se limita à existência de transtornos individuais entre pessoas presas. O que se observa é a formação de um ambiente institucional de risco, no qual superlotação, ausência de equipes, precariedade assistencial, isolamento e fragilidade dos vínculos sociais atuam de forma combinada, produzindo uma demanda por cuidado superior à capacidade estatal de resposta.

3.5 A responsabilidade do Estado pela violação do direito à saúde mental no sistema prisional

A configuração do sistema prisional brasileiro como ambiente propício ao desenvolvimento e agravamento de transtornos mentais impõe a análise da responsabilidade estatal pela violação do direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. Tal responsabilidade decorre não apenas da previsão normativa expressa no ordenamento jurídico, mas também da própria natureza da relação estabelecida entre o Estado e o indivíduo em situação de custódia.



A Constituição da República de 1988 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196), impondo a formulação e a execução de políticas públicas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. No mesmo sentido, assegura às pessoas privadas de liberdade o respeito à integridade física e moral (art. 5º, XLIX), evidenciando que a restrição da liberdade não afasta a titularidade dos demais direitos fundamentais.

No âmbito infraconstitucional, a Lei de Execução Penal reforça esse dever ao dispor que a assistência à saúde do preso é responsabilidade do Estado, abrangendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico (art. 14). Complementarmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional estabelece diretrizes para a integração dessas ações ao Sistema Único de Saúde, reconhecendo essa população como destinatária de políticas públicas específicas.

A partir desse conjunto normativo, evidencia-se que o Estado não apenas deve abster-se de práticas lesivas à saúde dos indivíduos, mas também atuar positivamente para garantir condições adequadas de atendimento. Trata-se, portanto, de obrigação de natureza prestacional, cuja inobservância pode configurar violação de direitos fundamentais.

Nesse panorama prisional, essa obrigação assume caráter reforçado. A privação de liberdade implica a submissão do indivíduo ao controle direto do Estado, que passa a ser responsável pelas condições materiais de sua existência, incluindo aspectos relacionados à saúde física e mental. Nesse cenário, a omissão estatal não pode ser analisada sob os mesmos parâmetros aplicáveis a contextos de liberdade, uma vez que o indivíduo não possui autonomia para buscar, por meios próprios, o atendimento necessário.

A posição de garantidor assumida pelo Estado no âmbito prisional adquire especial intensidade quando se trata da saúde mental. A pessoa privada de liberdade não possui liberdade para escolher profissionais, buscar atendimento externo, afastar-se do ambiente que agrava seu sofrimento ou reorganizar sua rotina cotidiana para preservar sua estabilidade emocional. Seu corpo, seu tempo, sua



circulação, sua alimentação, sua convivência e seu acesso ao cuidado encontram-se submetidos à administração estatal. Por essa razão, a omissão do poder público em matéria de saúde mental possui gravidade reforçada.

A responsabilidade estatal, nesse campo, não se limita à existência formal de atendimento médico ou psicológico dentro das unidades prisionais. O dever de proteção exige a criação de condições materiais e institucionais compatíveis com a preservação da integridade psíquica das pessoas custodiadas. A ausência de equipes multiprofissionais suficientes, a falta de atendimento contínuo, a demora no encaminhamento psiquiátrico, a inexistência de protocolos efetivos de prevenção ao suicídio e a permanência em ambientes degradantes constituem expressões de uma omissão que ultrapassa a irregularidade administrativa.

Santos (2024), ao analisar os desafios da PNAISP, destaca que a efetivação da saúde mental no sistema prisional depende de articulação entre os entes federativos, ampliação da cobertura assistencial e superação de uma lógica predominantemente curativa. Essa constatação é relevante porque demonstra que a garantia do direito à saúde mental não se esgota na previsão normativa da política pública. É necessário que a política seja efetivamente implementada, com financiamento, equipes, fluxos de atendimento, integração ao Sistema Único de Saúde e capacidade de resposta às demandas específicas da população privada de liberdade.

Bartos (2023) também chama atenção para a importância da intersetorialidade na implementação da PNAISP, especialmente porque o acesso à saúde no cárcere envolve problemas complexos, que não podem ser resolvidos apenas pela atuação isolada de profissionais de saúde ou da administração penitenciária. A saúde mental prisional depende da articulação entre SUS, gestão penitenciária, Poder Judiciário, assistência social e políticas públicas de reinserção. Quando essa articulação não se concretiza, a pessoa presa permanece no centro de uma rede formalmente prevista, mas materialmente insuficiente.

Essa insuficiência revela que o Estado não falha apenas quando deixa de atender uma pessoa em crise. Ele também falha quando mantém condições de



custódia que produzem o sofrimento que deveria prevenir. Superlotação, violência, insalubridade, isolamento e ausência de suporte psicossocial são fatores conhecidos e persistentes no sistema prisional brasileiro. Por isso, quando o poder público administra esse ambiente sem adotar medidas eficazes para reduzir seus danos, sua omissão assume caráter estrutural.

Desse modo, a responsabilidade do Estado pela saúde mental das pessoas privadas de liberdade deve ser compreendida como responsabilidade decorrente do dever de proteção, da posição de garantidor e da manutenção de condições institucionais incompatíveis com a dignidade humana. Não se trata apenas de apurar episódios isolados de negligência, mas de reconhecer que a persistência de um modelo prisional adoecedor compromete a própria legitimidade da execução penal. A efetivação do direito à saúde mental exige, portanto, que o Estado responda não apenas pelos transtornos já instalados, mas também pelas condições de custódia que contribuem para sua produção ou agravamento.

Dessa forma, a manutenção de condições estruturais precárias, associada à insuficiência de serviços de saúde mental, configura hipótese de responsabilidade estatal por omissão. A superlotação, a ausência de profissionais especializados, a limitação de acesso a tratamentos e a inexistência de políticas públicas efetivas contribuem para a deterioração da saúde psíquica dos indivíduos, revelando um cenário de violação sistemática de direitos.

Além disso, a análise desenvolvida nos tópicos anteriores evidencia que o sistema prisional não apenas falha na prestação de serviços de saúde, mas também atua como fator ativo na produção do adoecimento mental. A presença simultânea de múltiplos fatores de risco, como isolamento, violência e insegurança, indica que o próprio ambiente carcerário contribui para o agravamento do sofrimento psíquico.

No plano institucional, a responsabilidade estatal ultrapassa a mera omissão na prestação de serviços e passa a abranger a própria estrutura do sistema prisional. Ao manter um modelo de encarceramento que expõe os indivíduos a condições adversas à saúde mental, o Estado incorre em violação de seus deveres constitucionais e internacionais de proteção à dignidade da pessoa humana.



Tal cenário revela que a inefetividade das políticas públicas no sistema prisional não pode ser compreendida como falha pontual ou circunstancial, mas como expressão de um quadro estrutural de violação de direitos fundamentais. A ausência de medidas eficazes para prevenir e tratar o adoecimento psíquico evidencia a incompatibilidade entre a realidade do sistema prisional e os parâmetros jurídicos estabelecidos pelo ordenamento normativo.

Com isso, a análise da responsabilidade estatal no quadro, da saúde mental no sistema prisional brasileiro demonstra que o descumprimento das obrigações de proteção e promoção da saúde não se limita a irregularidades administrativas, configurando verdadeira violação de direitos humanos, cuja superação exige a revisão das práticas institucionais e a adoção de medidas estruturais capazes de assegurar a efetividade dos direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade.

3.6 Desafios e perspectivas para a saúde mental no sistema prisional brasileiro

A superação dos déficits de acesso à saúde mental no sistema prisional brasileiro exige enfrentar obstáculos estruturais, institucionais e culturais que não se resolvem apenas com a criação de normas. O problema central está na capacidade de transformar a PNAISP, a política antimanicomial e as diretrizes de direitos humanos em práticas permanentes de cuidado, prevenção e acompanhamento psicossocial no cotidiano das unidades prisionais.

Nesse sentido, Branco (2024) observa que a garantia da saúde da população carcerária ainda enfrenta desafios significativos no sistema prisional brasileiro, especialmente diante da superlotação, da carência de profissionais especializados e da insuficiência de investimentos voltados à estruturação dos serviços de saúde. A contribuição do autor reforça que a efetivação do direito à saúde no cárcere depende de condições materiais e institucionais capazes de transformar a previsão normativa em atendimento concreto, contínuo e integral.



Esse diagnóstico torna-se ainda mais evidente quando confrontado com os dados apresentados na seção anterior, que demonstram altos índices de sofrimento psíquico, suicídio e insuficiência de atendimento adequado nas unidades prisionais.

A precariedade das condições de encarceramento agrava o sofrimento psíquico e dificulta a implementação de medidas terapêuticas humanizadas. Como evidenciado no item 3.2, fatores como superlotação, isolamento e escassez de profissionais especializados não apenas comprometem o cuidado em saúde mental, mas também atuam como elementos estruturais de produção do adoecimento psíquico no cárcere.

A literatura crítica sobre o cárcere também evidencia que a superação dos déficits em saúde mental exige a formação e sensibilização dos profissionais que atuam no sistema prisional. A compreensão das dinâmicas institucionais de controle, disciplina e vulnerabilização subjetiva é indispensável para que o cuidado em saúde mental não seja reduzido à medicalização ou à contenção comportamental, mas compreendido como prática vinculada à dignidade humana e à reinserção social.

A efetividade da atenção em saúde mental nas prisões depende da cooperação federativa e do fortalecimento da PNAISP, especialmente por meio da articulação entre Secretarias de Saúde, administrações penitenciárias, equipes multiprofissionais e Rede de Atenção Psicossocial. A ausência de fluxos permanentes de diálogo entre os entes responsáveis tende a produzir fragmentação administrativa, sobrecarga das equipes locais e descontinuidade do cuidado.

Essa constatação dialoga diretamente com os dados institucionais apresentados anteriormente, que evidenciam a fragmentação da atuação estatal e a insuficiência de articulação entre os entes federativos, resultando em lacunas significativas na prestação de serviços de saúde mental.

As discussões mais recentes, promovidas por instituições acadêmicas e órgãos públicos, reforçam que o enfrentamento dos desafios estruturais do sistema prisional deve incluir a saúde mental como prioridade transversal das políticas de direitos humanos. Iniciativas como os **“Webinários Direitos Humanos – Os**



Desafios do Sistema Prisional Brasileiro⁷ enfatizam a urgência de estratégias de prevenção ao sofrimento psíquico, de capacitação de agentes e de ampliação do acesso a serviços especializados.

Por fim, o estudo conduzido por Costa et al. (2016) na Ciência & Saúde Coletiva evidencia que as condições prisionais brasileiras ainda produzem sofrimento psíquico em larga escala, com altas taxas de depressão e ansiedade, demonstrando a necessidade de transformar o sistema de encarceramento em um espaço de cuidado, e não de desumanização.

Assim, os desafios à saúde mental nas prisões brasileiras não se limitam à insuficiência de recursos, mas dizem respeito à própria lógica punitiva e excludente do sistema penal.

Diante do cenário apresentado ao longo deste capítulo, torna-se evidente que a superação dessas dificuldades exige não apenas o fortalecimento das políticas públicas existentes, mas também uma reconfiguração do modelo de gestão do cárcere, orientada pela centralidade da dignidade humana e pela efetividade dos direitos fundamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar os déficits no acesso ao pleno direito à saúde mental no sistema prisional brasileiro, a partir da compreensão de que a privação de liberdade não afasta a titularidade dos demais direitos fundamentais da pessoa presa. Partiu-se da premissa de que o cárcere, embora formalmente destinado ao cumprimento da pena, não pode ser compreendido apenas como espaço de restrição da liberdade ambulatorial, sobretudo quando suas condições estruturais produzem ou agravam situações de sofrimento psíquico.

⁷ Webinários Direitos Humanos – Os desafios do sistema prisional brasileiro: [Webinários Direitos Humanos - Os desafios do sistema prisional brasileiro](#)



A análise desenvolvida demonstrou que o Direito Internacional dos Direitos Humanos estabelece limites materiais ao exercício do poder punitivo estatal. As Regras de Mandela, os tratados internacionais de direitos humanos e o próprio processo de constitucionalização desses instrumentos no Brasil revelam que a execução penal deve observar parâmetros mínimos de dignidade, integridade física, psíquica e moral. Assim, a pessoa privada de liberdade permanece protegida por um sistema normativo integrado, composto pela Constituição Federal, pelos tratados internacionais e pelas normas infraconstitucionais de proteção à saúde.

Verificou-se, contudo, que a realidade prisional brasileira permanece marcada por violações estruturais de direitos fundamentais. A superlotação, a precariedade sanitária, a insuficiência de assistência médica e psicossocial, a violência institucional e a limitação dos vínculos familiares evidenciam que o sistema prisional frequentemente opera em desconformidade com os parâmetros jurídicos nacionais e internacionais de proteção da dignidade humana. Nesse cenário, a chamada “normalidade do desumano” revela-se como expressão da naturalização institucional de condições degradantes de custódia.

No campo da saúde mental, concluiu-se que o sofrimento psíquico das pessoas privadas de liberdade não pode ser reduzido a uma dimensão estritamente clínica ou individual. A análise dos fatores de vulnerabilidade demonstrou que isolamento, insegurança, perda de autonomia, ausência de suporte psicossocial e exposição continuada a ambientes hostis atuam de forma cumulativa sobre a subjetividade dos indivíduos encarcerados. Desse modo, o adoecimento mental no cárcere deve ser compreendido como fenômeno também produzido por condições sociais, institucionais e ambientais.

Sob a perspectiva da biopolítica, observou-se que o Estado exerce, no ambiente prisional, controle direto sobre os corpos, a rotina, os vínculos, o espaço físico e as condições materiais de existência das pessoas encarceradas. Quando esse controle é exercido em ambiente marcado pela precariedade, pela negligência assistencial e pela ausência de políticas públicas efetivas, a prisão deixa de representar apenas mecanismo de execução penal e passa a atuar como espaço de intensificação do sofrimento físico e psíquico.



A pesquisa também evidenciou que, embora o Brasil disponha de instrumentos normativos relevantes, como a Lei nº 10.216/2001, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e a Resolução CNJ nº 487/2023, a implementação dessas diretrizes permanece limitada por entraves estruturais, institucionais e orçamentários. A existência de normas protetivas, por si só, não assegura o cuidado efetivo quando ausentes equipes multiprofissionais suficientes, fluxos permanentes de atendimento, articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e integração entre sistema de justiça, administração penitenciária e Sistema Único de Saúde.

Os dados analisados reforçaram essa conclusão. A ocorrência de suicídios no sistema prisional, a elevada incidência de sofrimento psíquico em pesquisas empíricas e a demanda significativa por atendimentos de saúde em Mato Grosso do Sul demonstram que a saúde mental no cárcere não constitui problema marginal ou excepcional, mas dimensão recorrente da experiência prisional. No plano regional, os dados da AGEPEN e as iniciativas da SEJUSP/MS indicam a existência de esforços institucionais, mas também revelam a intensidade da demanda por suporte especializado, confirmando que o sofrimento psíquico está diretamente relacionado às condições concretas de custódia.

Do ponto de vista jurídico, reafirma-se que o Estado possui responsabilidade reforçada em relação às pessoas sob sua custódia. A omissão na prestação de assistência adequada à saúde mental, somada à manutenção de condições estruturais degradantes, não pode ser tratada como mera falha administrativa. Trata-se de violação de direitos fundamentais e de direitos humanos, especialmente porque a pessoa privada de liberdade não dispõe de autonomia plena para buscar, por meios próprios, a proteção de sua saúde física e psíquica.

Nesse sentido, a responsabilidade estatal ultrapassa a ausência pontual de atendimento psicológico ou psiquiátrico. Ela alcança a própria manutenção de um modelo de encarceramento que expõe indivíduos a fatores permanentes de adoecimento. Se o Estado assume a custódia da pessoa presa, também assume o dever de assegurar condições compatíveis com a dignidade humana, o que inclui prevenção, acompanhamento, tratamento adequado e políticas de cuidado capazes



de impedir que a pena se transforme em sofrimento psíquico institucionalmente produzido.

Conclui-se, portanto, que a superação dos déficits no acesso à saúde mental no sistema prisional brasileiro exige mais do que a ampliação formal de normas ou a criação isolada de programas institucionais. Exige a reconfiguração da lógica de gestão do cárcere, com fortalecimento da PNAISP, efetiva articulação com o SUS e a RAPS, capacitação dos profissionais que atuam nas unidades prisionais, ampliação das equipes multiprofissionais e consolidação de práticas orientadas pela dignidade humana, pela prevenção do sofrimento psíquico e pela reinserção social.

Dessa forma, o pleno direito à saúde mental das pessoas privadas de liberdade somente poderá ser efetivado quando o sistema prisional deixar de funcionar como espaço de invisibilização, desumanização e adoecimento, passando a ser submetido, de modo concreto, aos limites constitucionais e internacionais que vinculam o poder punitivo estatal. Enquanto a prisão permanecer marcada pela precariedade estrutural e pela insuficiência de cuidado, a execução penal continuará revelando não apenas uma crise administrativa, mas uma violação permanente da dignidade da pessoa humana.



REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, Hildebrando; SILVA, G. E. do Nascimento e; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de direito internacional público**. 27. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2025. ISBN 9788553625239.
- AGEPEN – Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário. **Com atenção à saúde prisional, equipes multidisciplinares realizaram 139 mil atendimentos em 2023**. Campo Grande, 2023. Disponível em:
<https://www.agepen.ms.gov.br/com-atencao-a-saude-prisional-equipes-multidisciplinares-realizaram-139-mil-atendimentos-em-2023>. Acesso em: 14 out. 2025.
- AGEPEN – Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário. **Total de atendimentos em saúde no sistema prisional de Mato Grosso do Sul – 2019**. Campo Grande, 2019. Disponível em:
<https://www.agepen.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/TOTAL-DE-ATENDIMENTOS-E-M-SA%C3%9ADE-NO-SISTEMA-PRISIONAL-DE-MATO-GROSSO-DO-SUL-002.pdf>. Acesso em: 14 out. 2025.
- ALMEIDA, Bruno Rotta; MASSAÚ, Guilherme Camargo. **A banalidade do mal e a normalidade do desumano: a violação de direitos humanos no sistema prisional brasileiro**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, São Paulo, v. 23, n. 119, p. 313-341, 2015.
- ALMEIDA, Bruno Rotta. **Prisão e desumanidade no Brasil: uma crítica baseada na história do presente**. Revista da Faculdade de Direito da UFMG, Belo Horizonte, n. 74, p. 43-63, 2019.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A criminologia crítica na América Latina e no Brasil: em busca da utopia adormecida**. In: LEAL, Jackson da Silva; FAGUNDES, Lucas Machado (org.). Direitos humanos na América Latina. Curitiba: Multideia, 2016.
- BARTOS, Mariana Scaff Haddad. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersectorialidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 2023. Registro doi:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022>. Acesso em 10 de abril. 2026.
- BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas**. Tradução de Paulo M. Oliveira. São Paulo: Edipro, 2015.
- BRANCO, André Michels. **OS DESAFIOS NA ATUALIDADE NO SISTEMA PRISIONAL PARA GARANTIR A SAÚDE DA MASSA CARCERÁRIA**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 118–125, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i1.12888. Disponível em:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12888>. Acesso em: 31 mar. 2026.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.



BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n.º 466.343/SP**. Rel. Min. Cezar Peluso, voto do Min. Gilmar Mendes, j. 03 dez. 2008a. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=611610>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n.º 87.585/TO**. Rel. Min. Marco Aurélio, voto vencedor Min. Gilmar Mendes, j. 03 dez. 2008b. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=473925>.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jan. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0001_02_01_2014.html. Acesso em: 14 out. 2025.

CARCERÁRIA – Pastoral Carcerária Nacional. **Óbitos por suicídio no sistema prisional brasileiro**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://carceraria.org.br/combate-e-prevencao-a-tortura/mes-de-prevencao-ao-suicidio-os-objetos-por-suicidio-no-sistema-prisional-brasileiro>. Acesso em: 14 out. 2025.

CASTILHO, Ricardo dos Santos. **Direitos humanos**. 8. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2024. ISBN 9788553628384.

CIDH. **Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile**. Sentença de 26 set. 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_154_esp.pdf.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça. **Painel sobre saúde mental e medidas de segurança no Brasil**. Brasília, 2023a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/painel-inedito-reune-dados-sobre-saude-mental-e-medidas-de-seguranca-no-brasil/>. Acesso em: 14 out. 2025.

CNJ – Conselho Nacional de Justiça. **Pesquisa destaca problemas de saúde e ameaças à vida nas prisões do Brasil**. Brasília, 2023b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisa-do-cnj-destaca-problemas-de-saude-e-ameacas-contra-a-vida-nas-prisoas-do-brasil/>. Acesso em: 14 out. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Brasília, DF: CNJ, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 14 out. 2025.



- COELHO, Maria Tereza do Carmo. **A saúde mental de infratores presos numa unidade prisional da cidade do Salvador.** In: _____. Saúde mental e cidadania. Salvador: EDUFBA, 2013. p. 143–162. DOI: 10.7476/9788523217358.009.
- COSTA, Ana Carolina et al. **O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, p. 2089–2098, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.01222016.
- DAMAS, Fernando Balvedi; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 01-24, 2013.
- DIAS, Camila Nunes. Encarceramento, **Seletividade e Opressão: a ‘crise carcerária’ como projeto político.** Análise. Nº 28/2017. FES Brasil. 30 p.
- FERNANDES, Paula Silva. Direito à saúde mental no sistema carcerário brasileiro entre os anos de 2018 a 2023. International Journal of Scientific Management and Humanities Research, v. 2, n. 5, 2023. DOI: 10.56238/isevmjv2n5-016.
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Direito fundamental à saúde: condição para dignidade humana.** Rio de Janeiro: ICICT, 2023. Disponível em: <https://www.iciet.fiocruz.br/noticias/direito-fundamental-saude-condicao-para-dignidade-humana>. Acesso em: 14 out. 2025.
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **A pesquisa no Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS).** [S. l.]: ENSP/Fiocruz, 2023. Vídeo (YouTube). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0VuhXdHROAU>. Acesso em: 14 out. 2025.
- FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. **Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro.** Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- GOUVEA, Carolina Carraro. **O controle Regional dos presídios brasileiros: sistema interamericano de Direitos Humanos - Criminologias e Política Criminal II,** CONPEDI, 2021, Florianópolis, p. 6 a 23
- HÄBERLE, Peter. **El Estado constitucional cooperativo.** México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.
- INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (IPqHC). **Saúde mental no Brasil: dados e panorama.** São Paulo: USP, 2024. Disponível em: <https://ipqhc.org.br/2024/04/15/saude-mental-no-brasil-dados-e-panorama/>. Acesso em: 14 out. 2025.
- IPSOS. World Mental Health Day 2024. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://www.ipsos.com/pt-br/world-mental-health-day-2024>. Acesso em: 14 out. 2025.
- LEAL, César Barros. **Direitos humanos dos presos.** 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.
- LIMA, A. D. P. **O impacto da pandemia da COVID-19 no sistema prisional catarinense e a atuação do Serviço Social: análise sobre a Penitenciária Masculina do Vale do Itajaí.**



2021. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

NASCIMENTO, Lucas Gonzaga do; BANDEIRA, Maria Márcia Badaró. **Saúde penitenciária, promoção de saúde e redução de danos do encarceramento: desafios para a prática do psicólogo no sistema prisional.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, p. 102-116, 2018. Registro doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000212064>. Acesso em 10 de março. 2026

NOAL, Débora da Silva. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/CEPEDES, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>. Acesso em: 23 jul. 2020.

Malvasi, Paulo Artur; Dantas, Heloisa de Souza; Manzalli, Sofia Fromer. **Direitos humanos e saúde: reflexões sobre vida e política no contexto da população carcerária.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 2, e210720pt, 2022. DOI: 10.1590/S0104-12902022210720pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210720pt>. Acesso em: 14 out. 2025.

MDHC – Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Relatório Anual 2022: diagnóstico das violações de direitos no sistema prisional brasileiro.** Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/colegiado-vinculado-ao-mdhc-di-vulga-relatorio-em-que-pede-censo-penitenciario-e-traz-diagnostico-sobre-violacoes-de-direitos-no-sistema-prisional/RelatrioAnual2022_FINALDEFINITIVOATUALIZADO1.pdf. Acesso em: 14 out. 2025.

MELLO, Cleyson de Moraes. **Direitos humanos: da construção histórica aos dias atuais.** 2. ed. Rio de Janeiro: Processo, 2023. ISBN 9786599756788.

MORAES, Alexandre de. *Direito constitucional.* 40. ed. São Paulo: Atlas, 2024. ISBN 9786559776375.

ONU. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos (Regras de Mandela).** Nova York: ONU, 2015.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção.** Washington, D.C., 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 14 out. 2025.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e justiça internacional.** 10. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2024. ISBN 9788553623365.

PIOVESAN, Flávia. **Curso de direitos humanos: sistema interamericano.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2026. 1 recurso online (276 p.). ISBN 9788530999193.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos.** 11. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2024. ISBN 9788553623068.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina.** In: **LANDER, Edgardo (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais.** Buenos Aires: CLACSO, 2005.

RAMOS, André De Carvalho. **Curso de direitos humanos.** 13. ed. Rio de Janeiro: Saraiva Jur, 2026. 1 recurso online (1132 p.). ISBN 9786551770166.



- SÁNCHEZ, Alexandra; LEAL, Maria do Carmo; LAROUZÉ, Bernard. **Realidade e desafios da saúde nas prisões**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 7, p. 1996, 2016. Registro doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08682016>. acesso em 15 de fev. 2026
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes**. Revista Crítica de Ciências Sociais, Coimbra, n. 78, p. 3-46, 2007.
- SANTOS, Késia Vitória dos. **A garantia da saúde mental no sistema prisional: desafios e responsabilidades dos entes federativos a partir da PNAISP**. Revista FT, v. 29, n. 140, 2024. registro doi: 10.69849/revistaft/ni10202411040740. Acesso em 15 abril. 2026.
- SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos direitos fundamentais. 12. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2017.
- SEJUSP/MS – Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso do Sul. **Com foco na prevenção, ações voltadas à saúde mental são desenvolvidas em presídios de MS**. Campo Grande, 2023. Disponível em: <https://www.sejusp.ms.gov.br/com-foco-na-prevencao-acoes-voltadas-a-saude-mental-sao-desevolvidas-em-presidios-de-ms/>. Acesso em: 14 out. 2025.
- SYKES, Gresham. La sociedad de los cautivos. Buenos Aires: Siglo XXI, 2017.
- TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF: TJDFT, 2023. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-sem-anal/internacao-psiquiatrica-compulsoria>. Acesso em: 14 out. 2025.
- UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. **Fatores associados à saúde mental do homem privado de liberdade**. Campo Grande, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/5073>. Acesso em: 14 out. 2025.
- VELÁSQUEZ, J. J. M. **Impacto da COVID-19 na Saúde Mental da População**. Medscape, 2 de maio de 2020. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6504623>. Acesso em: maio de 2026.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19 pandemic triggers 25 % increase in prevalence of anxiety and depression worldwide**. 2 mar. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>. Acesso em: 16 out. 2025.
- YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O inimigo no direito penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2007.
- ZATERA, Marília; FAVRETTO, Helena; MARCHESAN, Jéssica; MILANI, Maiara; CRUZ, Rafaela; FRANÇA, Rafael. **A política de atenção integral à saúde, às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP) e às relações com a saúde mental em tempos de pandemia**. Iniciação Científica Cesumar, Maringá, v. 23, n. 2, p. 185-199, jul./dez. 2021.