

Residência Terapêutica e Residência Inclusiva: Perspectivas do atendimento territorializado

Therapeutic Residence and Inclusive Residence: Perspectives on territorialized care

Residencia Terapéutica y Residencia Inclusiva: Perspectivas de la atención territorializada

**Ana Luíza Ribeiro Câmara¹
Lívia Vasco Mota²**

RESUMO

Este artigo tem por objetivo contextualizar, de forma crítica, o arcabouço normativo que orienta a concepção de saúde e de assistência social voltada ao cuidado em liberdade, em contraposição ao encarceramento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. A partir de uma perspectiva intersetorial e com foco na experiência do Distrito Federal, foram delimitados os componentes preconizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e por outros dispositivos da rede socioassistencial, voltados especificamente à desinstitucionalização de pessoas em cumprimento de medida de segurança, conforme os princípios da política antimanicomial. O texto também explora os limites e as possibilidades do atendimento psicossocial de base comunitária e territorial, a partir da interlocução entre diversas políticas públicas no cuidado compartilhado, visando a uma intervenção segura e responsável por parte das equipes dos serviços diretamente envolvidos. Ao mesmo tempo, contribui para a compreensão do tema e de suas nuances, de modo a provocar importantes reflexões.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Assistência Social. Colaboração Intersetorial. Medida de Segurança. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

This article aims to critically contextualize the normative framework that guides the concepts of health and social assistance directed toward care in freedom, as opposed to the incarceration of people with mental disorders in conflict with the law. From an intersectoral perspective and focusing on the experience of the Federal District, the study identifies the components recommended by the Psychosocial Care Network (RAPS) and other social

¹Ana Luíza Ribeiro Câmara: Assistente Social da Subsecretaria de Assistência Social da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Distrito Federal, especialista em Saúde Mental do Adulto (Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde do Distrito Federal). Conselheira do Conselho de Assistência Social do DF, camaralu@hotmail.com.

²Assistente Social da Gerência de Saúde do Sistema Prisional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, especialista em Elaboração de Projetos Sociais e Políticas Públicas, com ênfase em Direitos Humanos, Violência e Cidadania (Instituto de Ciências Sociais e Humanas -ICSH/CESB). Membro suplente do Grupo Conductor da PNAISP e do Grupo Conductor da RAPS do DF, livvasco@gmail.com.

assistance devices specifically aimed at the deinstitutionalization of individuals under security measures, in accordance with the principles of the anti-asylum policy. The text also explores the limits and possibilities of community- and territory-based psychosocial care, considering the dialogue among various public policies within shared care, seeking a safe and responsible intervention by the service teams directly involved. At the same time, it contributes to understanding the topic and its nuances, fostering important reflections.

Keywords: Mental Health Services. Social Assistance. Intersectoral Collaboration. Security Measures. Deinstitutionalization.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo contextualizar críticamente el marco normativo que orienta las concepciones de salud y de asistencia social dirigidas al cuidado en libertad, encontra posición al encarcelamiento de personas con trastornos mentales en conflicto con la ley. Desde una perspectiva intersectorial y con enfoque en la experiencia del Distrito Federal, se identifican los componentes recomendados por la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y por otros dispositivos de la red socio asistencial destinados específicamente a la desinstitucionalización de personas sometidas a medida de seguridad, conforme a los principios de la política anti manicomial. El texto también explora los límites y las posibilidades de la atención psicosocial comunitaria y territorial, considerando la interlocución entre diversas políticas públicas en el cuidado compartido, con miras a una intervención segura y responsable por parte de los equipos de los servicios directamente involucrados. Al mismo tiempo, contribuye a la comprensión del tema y de sus matices, promoviendo importantes reflexiones.

Palabras Clave: Servicios de Salud Mental. Asistencia Social. Colaboración Intersectorial. Medida de Seguridad. Desinstitucionalización.

1 INTRODUÇÃO

A superação da lógica de reprodução das práticas excludentes e manicomiais nas instituições de acolhimento exige a sensibilização contínua dos atores das políticas públicas. Ao romper com rotinas patologizantes e internações prolongadas, torna-se possível viabilizar o diálogo sobre a desinstitucionalização segura das pessoas vulneráveis em sofrimento mental. Para isso, é imprescindível dar visibilidade a esse público socialmente discriminado, integrando-o a estratégias de reorientação dos serviços em rede. Esse processo deve ser pautado pela gestão do cuidado centrado na pessoa e pelo atendimento assistido no território, considerando sempre os determinantes sociais a partir de uma análise multifatorial e interseccional.

Desse modo, a criação de espaços institucionais para esse debate permite evidenciar interfaces críticas, como o atendimento à saúde no sistema prisional e a política de saúde mental. Embora urgente, essa assistência permanece insuficiente, uma vez que os pontos de

atenção voltados à desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei ainda não estão plenamente consolidados no âmbito intersetorial. Essa fragilidade é reflexo de lacunas históricas alimentadas pelo racismo estrutural, pela seletividade penal e pela perpetuação de relações institucionais fundamentadas no controle e no poder.

Nesse sentido, o presente estudo com o objetivo de sintetizar as contradições das políticas de saúde e de assistência social, apresenta uma linha do tempo sobre os marcos normativos das políticas públicas de saúde e de assistência social de abrangência nacional, transversais à política antimanicomial brasileira, com ênfase na atuação psicossocial dos serviços tipificados de proteção social e de assistência à saúde mental. Adotou-se a metodologia da reflexão teórica a partir da prática profissional nessas políticas, além da revisão bibliográfica voltada a uma análise crítica que problematiza as perspectivas intersetoriais no atual contexto de desinstitucionalização das pessoas em cumprimento da medida de segurança em unidades penais do Distrito Federal (DF).

Tal estratégia metodológica resultou na sistematização dos exemplos de arranjos institucionais entre a saúde, assistência social e a política penal, o que vem de encontro a uma proposta de serviços integrados para as pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei e de responsabilidades intersetoriais no enfrentamento das violações de direitos durante o processo de transferência do cuidado em liberdade.

1.1 Linha do tempo e os marcos-legais

A discussão sobre a necessidade de articulações intersetoriais é aprofundado, no DF, com a aprovação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário, estabelecida pela Resolução do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) Nº 487/2023. Neste contexto, as pessoas em cumprimento da medida de segurança na modalidade internação em Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), passam a ser desinternadas pelo(a) juiz(a) da Vara de Execução Penais (VEP) do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) nos prazos definidos pela referida Resolução, a qual requer que as políticas de saúde e assistência social articulem-se na construção do plano de desinstitucionalização e indicação de local de acolhimento, especialmente para aquelas sem suporte familiar.

Para melhor contextualização, registra-se uma breve linha do tempo sobre o cuidado psicossocial e socioassistencial voltado às pessoas privadas de liberdade ou ainda em cumprimento de medida de segurança, bem como egressas(os) do sistema prisional:

1940: O Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848/1940) prevê a garantia da manutenção dos direitos sociais das pessoas após o encarceramento e ainda inclui o dispositivo da inimputabilidade ou semi-imputabilidade (Art. 26), ou seja, converte-se a pena em tratamento psiquiátrico, surgindo então uma lógica de fusão entre manicômio e prisão¹.

1984: As políticas sociais no âmbito prisional somente foram criadas pelo Estado a partir da Lei de Execução Penal (LEP) - Lei nº 7.210/1984^{2, 3}. Esta legislação reconhece o direito à assistência social (Art. 22), o direito à saúde (Art. 41) e também delega aos assistentes sociais e psicólogos atribuições em perícias e exames criminológicos³.

1988: A Constituição Federal prevê a assistência social como política pública, a qual será prestada a quem dela necessitar. Logo assim, a redação da LEP³ não foi atualizada em relação às prerrogativas constitucionais no campo da assistência social, assim como da saúde.

1990: Surge a Lei nº 8.080/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)⁴, porém, somente foi possível regulamentar, por meio da Lei 12.435/2011, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁵, portanto, reside um hiato temporal de normativo entre ambos os Sistemas.

2000: A Portaria MS/GM nº 106/2000 cria os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Saúde Mental³, contudo, seu artigo 7º foi alterado pela Portaria MS/GM nº 175/2001, afirmando que essa residência deve estar vinculada aos serviços ambulatoriais de saúde mental como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para acompanhamento e auxílio na reabilitação psicossocial^{6, 7}.

2001: Após os avanços da reforma psiquiátrica no Brasil, houve a edição da Lei Antimanicomial, Lei nº 10.216/2001⁸. Todavia, a referida legislação não alcançou em sua prática os “pacientes judiciários”.

2003: A Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777/2003 aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, destinado a prover atenção à saúde da população prisional, bem como dos hospitais de custódia, pelo princípio de universalidade do SUS, definindo-se as equipes multiprofissionais financiadas através do Ministério da Saúde, incluindo, obrigatoriamente, assistentes sociais e psicólogos em sua composição⁹.

³ Quanto ao DF, a 2ª Prosus/MPDFT ajuizou ação civil pública em 2010 e obteve a condenação do DF, em 2015¹³. Em 2018, ajuizou-se ação de cumprimento. Porém, somente em 2024 a sentença foi cumprida, com a implementação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do DF, por meio de edital de chamamento público, contendo 20 vagas (10 femininas e 10 masculinas)¹⁴.

2009: A Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) Nº 109/2009 tipificou os serviços da assistência social, estabelecendo, dentre as modalidades de serviços de acolhimento, a Residência Inclusiva, com a previsão de profissionais assistente social e psicólogo nas equipes de referência¹⁰.

2014: A Portaria Interministerial MS/MJ nº 01/2014 define a Política Nacional de Atenção Integral à saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema prisional no âmbito do SUS (PNAISP) e institui as Unidades Básicas de Saúde Prisional como ponto de atenção na Rede de Saúde¹¹. Para a operacionalização desta Política, tem-se a Portaria MS Nº 482/2014, que prevê a composição mínima das equipes multiprofissionais e das opcionais com ênfase em saúde mental, em que permanece a confusão conceitual entre assistência social e serviço social em sua redação¹².

2014: A Portaria MS/GM nº 94/2014⁴ institui o Serviço/equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), sendo uma equipe não assistencial com característica conectora (interface com o SUS, SUAS e Poder Judiciário)¹⁵. Prevê profissional de serviço social e de psicologia na composição de equipe. Tal norma sugere reorientar o modelo de atenção aos pacientes em medida de segurança, a partir de experiências exitosas de alguns Estados para a desinstitucionalização¹⁵.

2020: A Portaria GM/MS nº 2.298/2020 redefine normas para o financiamento das equipes de saúde prisional com destaque à modalidade opcional da Equipe Complementar Psicossocial, em que assistentes sociais e psicólogos tornaram-se opcionais para composição das equipes, bem como o profissional psiquiatra¹⁶.

2023: A Portaria GM/MS n.º 757/2023 atualiza a Portaria GM/MS n.º 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), organizando os dispositivos de assistência em saúde mental a partir dos serviços substitutivos de base comunitária e territorial¹⁷. A RAPS passa a ser, então, constituída por sete componentes em diferentes pontos e em todos os níveis de atenção à saúde¹⁷.

2023: A Resolução CNJ Nº 487/2023 institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança, findando a possibilidade de internação em instituições de caráter asilar ou Hospitais de Custódia e

⁴Destaca-se em seu art. 12 que: “A estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão regulamentados em ato específico do Ministro de Estado da Saúde”¹⁵.

Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e estabelecimentos congêneres, devendo ainda considerar para a desinternação os pareceres das equipes multiprofissionais da RAPS, da equipe EAP ou outra equipe conectora¹⁸.

2024: A Portaria GM/MS nº 2.070/2024 estabelece a equipe EAP Desinst⁵, portanto, esta equipe passa a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a competência para realizar avaliações diagnósticas, subsidiar os serviços do SUS e SUAS no Plano Terapêutico Singular (PTS), atuando de forma conectora para ampliação do acesso aos serviços e apoiador nas ações de capacitação profissional das políticas afetas ao tema, etc¹⁹.

2024: A Resolução CNAS Nº 166/2024 estabelece os parâmetros para atuação da Política de Assistência Social junto a pessoas em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e para aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde e suas famílias²⁰. Ao reafirmar as competências do SUAS, passou a não reconhecer o atendimento desse público pelas unidades de acolhimento socioassistenciais.

1.2 Problematização: (des)encontros entre saúde e assistência social na desinstitucionalização de pessoas em cumprimento de medida de segurança

Na perspectiva sócio-histórica, há grandes questões a serem elaboradas no campo da disputa entre as políticas de saúde e de assistência social. No entanto, ao elencar a transversalidade entre a saúde mental, proteção social e o percurso das pessoas privadas de liberdade pelo ciclo penal, possibilitou problematizar o modelo da desinstitucionalização adotado para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, assim como os limites envolvendo o paradigma do cuidado em liberdade e sua dimensão territorial.

A partir da linha do tempo, é possível observar que, de maneira geral, o SUAS não conta com ofertas desenhadas para as especificidades da população em privação de liberdade. Geralmente, os serviços e benefícios socioassistenciais se voltam às famílias destas pessoas, que em muitos casos já tem até mesmo os vínculos rompidos, portanto, há uma importante limitação na oferta da proteção social a este público.

No campo do SUS, as atuais equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) se diferem da previsão originalmente definida pela LEP para a assistência à saúde. Além disso, a saúde

⁵ Todavia, destaca-se, conforme Portaria GM/MS Nº 4.876/2024, art. 101, parágrafo único: “É vedada a instalação de EAP-Desinst em ambientes com características prisionais, asilares ou manicomiais, devendo sua instalação ocorrer, preferencialmente, na Secretaria Estadual de Saúde ou em serviços integrados à RAS”²¹.

prisional não possui a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável pela busca ativa com base na territorialização em saúde, portanto, se diferencia das demais equipes de atenção primária e também das Equipes Multiprofissionais (eMulti), sendo opcional a composição de equipes Complementares Psicossociais, que operam de maneira complementar e integrada às outras equipes da saúde prisional.

Cabe salientar a rotina desse atendimento, que exige a escolta realizada por policiais penais, ensejando a dificuldade de priorizar o deslocamento aos equipamentos de saúde extramuros quando envolve a necessidade de atendimento frequente ou continuado. Também implica a necessidade de se adequar aos processos de trabalho para uma gestão compartilhada do cuidado com a Administração Penitenciária. Outro aspecto que gera impacto na rotina de atendimento é a demanda advinda dos órgãos de justiça, de controle e fiscalização que atuam no sistema prisional, na medida em que as equipes são requisitadas para produzirem estudos e relatórios em resposta a tais demandas²².

No Sistema Penitenciário do DF, existem 9 (nove) Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP) que são pontos de atenção para intervenção da atenção primária aos agravos decorrentes dos transtornos mentais leves e moderados, além de casos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, entre outros aspectos gerados pelo confinamento, ou ainda aos primeiros socorros de custodiados em sofrimento psíquico. Nos casos de transtornos mentais graves ou persistentes, deve-se referenciar para os serviços de saúde especializados que também compõem a RAPS, inclusive como estratégia de desinstitucionalização da pessoa em medida de segurança internada na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), atualmente, sob a gestão da Administração Penitenciária.

Nesse sentido, o componente da RAPS para as Estratégias de Desinstitucionalização deverá apresentar como objetivo a reintegração social de pessoas acometidas por sofrimento mental, egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos e também aquelas em Alas de Custódia, como é o caso da ATP. De acordo com as diretrizes nacionais, essa estratégia é formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou residências terapêuticas, que são moradias destinadas a adultos com transtornos mentais graves e persistentes, os quais apresentam limitações no autocuidado e autonomia nas atividades de vida diária e com necessidade de cuidados específicos em saúde mental, bem como não possuam moradia, suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção social.

Conforme a legislação vigente, é vedado às referidas residências, o funcionamento com características asilares ou de unidades penais, para tanto, os hospitais e/ou alas psiquiátricas devem, gradativamente, serem substituídos por medidas terapêuticas de base comunitária, ou seja, inseridos no território, articulando-se com os demais dispositivos da rede de saúde, educação, assistência social, habitação, emprego e renda, cultura, etc., favorecendo o cuidado em liberdade.

Por outro lado, o cumprimento da política antimanicomial vem marcado de polêmicas entre os segmentos da sociedade que defendem um pensamento conservador desta pauta, ao se questionar o rompimento com o atual modelo de internação e/ou que visa a defesa moderada do debate na perspectiva de uma “liberdade vigiada” pelo viés da avaliação de periculosidade, especialmente, para aqueles com transtorno mental grave em conflito com a lei (inimputáveis e semi-imputáveis), em que o Código Penal, nos artigos 96 a 99, descreve as Medidas de Segurança em duas modalidades: 1) internação em hospital psiquiátrico ou estabelecimento equivalente; 2) tratamento ambulatorial¹.

Baseado em fatores estabelecidos pela literatura científica e no intuito de apoiar a orientação às equipes multiprofissionais sobre avaliação de riscos psicossociais envolvendo o perfil desses pacientes, o Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica Nº 67/2021-CGMAD/DAPES/SAPS/MS, visando o encaminhamento à SRT ou realização de Perícia Técnica, já que parte dos casos, os conflitos envolvidos no histórico de vítimas entre os familiares, bem como o abandono, ruptura de vínculos e vulnerabilidades diversas limitam a disponibilidade dos familiares oferecerem suporte ao paciente²³. Assim, pressupõe-se que para a avaliação do grau do risco existente, a equipe de saúde mental poderá realizar busca ativa no território para melhor compreensão da situação dos membros familiares e assim sugerir locais de acolhimento condizentes ao seu risco latente, de modo a evitar, por exemplo, que outros pacientes mais vulneráveis sejam expostos a riscos de abuso ou violência.

Considerada a perspectiva da intersetorialidade, as pessoas em sofrimento mental que também sejam pessoas com deficiência, poderiam ser encaminhadas ao serviço de residência inclusiva, no âmbito da assistência social, mantendo os cuidados em saúde mental nos pontos da RAPS, conforme suas necessidades. Este também é um serviço com características residenciais, que deve estar na comunidade e envolvido nas dinâmicas do território. Todavia, é voltado exclusivamente para jovens e adultos com deficiência que possuem vínculos familiares rompidos ou fragilizados e sem condições de autossustentabilidade¹⁰. Portanto, por

suas características observa-se que a residência inclusiva seria destinada a uma parcela específica das pessoas que cumprem medidas de segurança.

Ademais, pessoas em processo de desinstitucionalização, as quais tenham demanda pelas diversas outras modalidades dos serviços de acolhimento do SUAS, poderiam acessá-los, observadas as condicionantes de saúde mental e a articulação intersetorial com os serviços complementares.

Nesse sentido, recupera-se que a Resolução CNAS N° 166/2024⁶ discrimina determinado perfil de usuário em razão da sua condição de saúde mental, o que não permite sequer a avaliação pelas equipes do SUAS para que seja analisado se os serviços atenderiam ou não as necessidades de cuidado e proteção social destes sujeitos. Portanto, pode-se compreender que essa vedação causa desassistência por parte desta política, ao impor obstáculos para o acesso à assistência social, por meio de mecanismos que limitam os indivíduos à sua condição de saúde, ao mesmo tempo dialoga, intrinsecamente, com uma concepção hospitalocêntrica.

Logo, se não é garantido o acesso igualitário, sem práticas vexatórias, aos serviços de acolhimento da assistência social por parte deste público, temos indicativos de que a Resolução CNAS N° 166/2024 apresenta vicissitudes perante os conceitos, princípios e diretrizes da assistência social, constantes na Constituição Federal, na Lei Orgânica e na Política Nacional de Assistência Social. Além de nitidamente ir na contramão da defesa de direitos, que é uma das funções da Política de Assistência Social (PNAS)²⁴ também se restringem as possibilidades de ampliar a garantia de proteção especial de alta complexidade para essa população referenciada no território.

Não obstante, os dispositivos da Resolução CNAS N° 166/2024 influenciam e são influenciados, sobretudo, pelos tensionamentos entre os interesses da política de saúde mental, da assistência social e das entidades sociais envolvendo a oferta direta ou indireta de serviços para as pessoas em situação de vulnerabilidade social, dentre estas, existem aquelas com medida de segurança instaurada sem acolhimento institucional, o que denota desigualdades profundamente enraizadas na lógica de se pensar o acesso a tais serviços.

⁶No art. 4º da Resolução CNAS N° 166/2024 é estabelecido que não é competência do SUAS, dentre outras: [...] III. inserir em unidades de acolhimento socioassistenciais, usuárias(os) com sofrimento e/ou transtorno mental, em processo de desinstitucionalização de alas ou instituições congêneres de custódia, tratamento psiquiátrico e aquelas que requerem cuidados prolongados e intensivos em saúde, em função da necessidade de assistência especializada em saúde de que derivaram as medidas judiciais; [...]”²⁰.

Assim, o atual discurso institucional é atravessado por violações de direitos praticadas pelo próprio Estado, como a manutenção do modelo que continua segregando essas pessoas em serviço hospitalar psiquiátrico por ausência de vagas nos demais serviços da rede de apoio no território, além de disputas políticas que mais promovem iniquidades pelo desconhecimento do arcabouço técnico e científico sobre a temática, do que de fato se propõe a construir normativas que visam a defesa dos interesses individuais e coletivos dessa população.

No âmbito do Poder Judiciário, os grupos de trabalho interinstitucionais instituídos para o alinhamento das estratégias e o monitoramento da implementação da desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança prevista na Resolução CNJ 487/2023, não foram suficientes até o momento para alcançar a completa desinternação das pessoas recolhidas em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou congêneres, assim como não necessariamente se considerou a repercussão dos aspectos contraditórios da transição e seus impactos para o novo modelo de atendimento territorializado:

a) O DF possui um dos piores indicadores no Brasil⁷ de cobertura do CAPS por 100 mil habitantes²⁵, componente do serviço ambulatorial da RAPS, e conta com apenas um Serviço de Residência Terapêutica (SRT) para toda a população que necessita de suporte contínuo à saúde mental, após a desinternação.

b) A legislação vigente considera o tempo de internação de no mínimo 02 (dois) anos para o encaminhamento às SRT, o que pressupõe que essa é uma estratégia transitória e não haverá adesões futuras para esse serviço, desafiando o Grupo Condutor da RAPS⁸ para que se defina outras estratégias distritais de desinstitucionalização dos pacientes que não alcançaram esse requisito.

c) A vedação de inserção em serviços de acolhimento do SUAS limita as possibilidades, principalmente, de pessoas em sofrimento mental leve e/ou casos com maior estabilidade, assim como, aquelas que não atendem os critérios do SRT.

⁷ Conforme a 13ª Edição do Relatório Saúde Mental em Dados, divulgado pelo Ministério da Saúde, o indicador nacional de cobertura de CAPS é de 1,17, enquanto no DF esse índice é de 0,55, o segundo pior do país, ficando atrás apenas do Estado do Amazonas (0,49)²⁵.

⁸ Portaria GM/MS N° 4.876/2024, Art. 104: “Compete ao Grupo Condutor Estadual da RAPS, de que trata o art. 14, inciso II, alínea “d”, do Título I do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n° 3, de 2017, desenvolver estratégia estadual ou distrital voltada para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e contribuir para sua efetiva implementação. Parágrafo Único: O Grupo Condutor Estadual da RAPS deverá colaborar, quando necessário, com grupos ou comitês interinstitucionais do Poder Judiciário, com o intuito de apoiar o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”²¹.

d) Os casos identificados como transtorno mental grave durante as audiências de custódia, não mais podem ser encaminhados à ATP, o que evidenciou as lacunas institucionais para absorver essa demanda por meio de serviços substitutivos no território e as dificuldades por equipes matriciadas na expertise necessária ao manejo dos casos avaliados como de maior risco em interação com a família e/ou comunidade.

e) Observou-se situações de lapso processual envolvendo o encarceramento provisório desse perfil de paciente no sistema prisional comum para o cumprimento de medida de segurança, particularmente, no Centro de Detenção Provisória (CDP), até que seja garantido o cuidado em liberdade, conflitante com a própria Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Ressalta-se que em 2025, durante o mês em que se comemorou nacionalmente a luta antimanicomial, houve o encerramento do Grupo de Trabalho Interinstitucional para implementação da Política Antimanicomial no âmbito do Distrito Federal (GTIPA), presidido pelo TJDF, em que se registrou como avanço as iniciativas para a expansão de vagas de acolhimento e a criação de Serviço Residencial Terapêutico no DF. Ainda havia pontos preocupantes como a existência de 26 pessoas aptas a serem desinternadas da ATP aguardando apenas a indicação de um local, pelos órgãos do Poder Executivo com atribuição para viabilizar o respectivo acolhimento e a continuidade do tratamento em regime ambulatorial²⁶. Em novembro do mesmo ano, inaugurou-se o Comitê Distrital Interinstitucional para Monitoramento da Política Antimanicomial (CDIMPA), igualmente presidido pelo TJDF, e que durante a sua gestão, pacientes desinternados da ATP com medidas de segurança extintas foram acolhidos, por determinação judicial, na Casa de Passagem, considerado um serviço transitório de cuidado em saúde mental do DF, entre outros dispositivos da rede.

O encarceramento puro e simples de uma pessoa com transtorno mental grave, sem o suporte necessário, agravado pela ausência de Equipe EAP Desinst no DF para o acompanhamento e avaliação desses casos, poderá vir a causar consequências desastrosas na piora da sua condição, pois as evidências que baseiam sua detenção provisória por meio de perícias forenses, não refletem um cuidado adequado à saúde mental desses pacientes e ainda geram dúvida sobre como se dará o manejo dessas pessoas no ambiente prisional comum ou ainda como realizar sua transferência do cuidado de forma responsável e comprometida com os princípios do SUS, de tal modo que não se perpetue a condição de aprisionamento desses indivíduos como forma de punição.

Considerando a complexidade do tema, não há imagem mais simbólica que a de uma paciente da ATP que costurou a própria boca²⁷. A metáfora é alusiva às seguintes inquietações: De que forma serão ouvidas as vozes aprisionadas no contexto da dualidade “proteger/punir” do nosso próprio sistema societário? Como reconhecer nos diversos territórios a urgência em promover o cuidado em liberdade não apenas pela gestão de risco? E como se dará a intersectorialidade para as pessoas privadas de liberdade na lógica de uma linha de cuidado em saúde mental? Será possível superar as diversas barreiras de acesso aos serviços a quem deles necessitam? Essas são algumas reflexões para uma abordagem psicossocial crítica.

Diante da dicotomia do cuidado intra e extramuro, bem como de significativas divergências ético-políticas envolvidas nas relações institucionais entre os campos da saúde, assistência social, segurança pública e penal, e a partir dos marcos normativos elencados, considera-se premente a reflexão sob o atual cenário do encarceramento brasileiro para uma visão crítica sobre o cuidado em liberdade, a seguir:

- a) Prática punitivista x ressocialização;
- b) Predomínio de uma visão jurídico-legalista em contraponto ao cuidado integral do “louco-infrator”;
- c) Medidas de pró-encarceramento em massa (superlotação prisional), recentemente confrontadas a partir do Estado de Coisas Inconstitucional (ECI), reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF nº 347²⁸;
- d) Carência de pesquisas epidemiológicas (perfil) e interseccionalidades (gênero, raça, ciclo de vida) sobre a população privada de liberdade desinstitucionalizada;
- e) Invisibilidade histórica nas políticas sociais das pessoas privadas de liberdade, incluindo aquelas em cumprimento de medida de segurança;
- f) Fragilidade no cuidado especializado à saúde mental durante a privação de liberdade, pois não há referência de CAPS e com a cobertura suficiente para a população carcerária;
- g) Perigos da prática excessivamente medicamentosa (contenção química) na rotina de cuidado das pessoas encarceradas, em detrimento de atividades terapêuticas e/ou práticas integrativas em saúde²⁹;
- h) Resistência para o acolhimento das pessoas desinstitucionalizadas com transtorno mental, gerando barreira de acesso, em consonância à Resolução CNAS Nº 166/2024, que dispõe sobre os parâmetros do SUAS no atendimento a esse público;

i) Déficit de recursos humanos das políticas públicas envolvidas para atender a demanda da saúde mental e da desinstitucionalização segura e responsável dos egressos do sistema prisional;

j) Desafios e limites para a participação social no contexto do sistema prisional e dos próprios mecanismos de desinstitucionalização disponíveis no território.

1.3 Possibilidades intersetoriais e responsabilidades compartilhadas para o cuidado em saúde mental

Como possibilidades para este contexto desafiador, tem-se debatido as recomendações do CNJ sobre a necessidade de arranjos intersetoriais por meio de cooperação interinstitucional para um novo modelo de atendimento compartilhado voltado à desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, considerando as especificidades do DF:

a) Órgão Gestor da Política de Saúde e Órgão Gestor das Unidades Penais: Atualmente, oferta-se atendimento em saúde possibilitada pela PNAISP e que tem sido viável no sistema prisional do DF por meio de portarias conjuntas (pactuações intersetoriais). Busca-se ainda articulação com os serviços de referência aos egressos do sistema prisional, como o Escritório Social e outras equipes previstas no SUS e SUAS.

b) Órgão Gestor da Assistência Social e Órgão Gestor das Unidades Penais: Garantir maior articulação entre o SUAS e a Política Penal para ampliar o acesso aos serviços e benefícios às pessoas privadas de liberdade, além de pactuação de fluxos com referência e contra-referência aos egressos do sistema prisional ou de carceragem policial, nos casos de vínculos familiares fragilizados ou rompidos, na perspectiva da reinserção social e o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, das políticas de transferência de renda, de segurança alimentar, etc.

c) Órgão Gestor da Saúde e Órgão Gestor da Assistência Social: Propor serviços intersetoriais para as pessoas com transtorno mental grave na modalidade de residência terapêutica, residência inclusiva e/ou serviço de acolhimento institucional, sendo necessário definir as responsabilidades compartilhadas e o financiamento conjunto, além da elaboração de PTS das pessoas desinstitucionalizadas, a ser amplamente discutido com a equipe de saúde, assistência social, segurança, judiciário, educação, entre outros dispositivos, considerando as implicações para o manejo e prevenção das crises.

Além destas possibilidades, o CNJ firmou, em 2025, um Acordo de Cooperação Técnica (ACT) com o Conselho Federal de Psicologia (CRP) para desenvolver e qualificar ações voltadas à saúde mental no sistema penal alinhadas ao fortalecimento da política antimanicomial, com vigência de um ano, podendo ser prorrogado por até cinco anos³⁰. Espera-se que movimento semelhante seja amplamente difundido aos demais conselhos e entidades de classe comprometidos com a reforma psiquiátrica, contribuindo para a pluralidade de saberes e ampliando as possibilidades de contribuições pela dimensão ética-profissional.

Outras experiências intersetoriais com abrangência nacional, passam pelo “Plano Pena Justa” (ADPF 347), que reúne um conjunto de ações para o enfrentamento das violações de direitos em estabelecimentos prisionais, tendo como uma das suas metas ampliar fluxos entre justiça criminal e saúde mental, para a efetivação da Política Antimanicomial em consonância às diretrizes da PNAISP²⁸. Tal iniciativa também provoca um diálogo permanente entre as diversas áreas integradas com o sistema prisional, permitindo, inclusive, o lançamento do “Painel Saúde Mental e Medidas de Segurança”.

O referido painel apresenta um mapeamento dos equipamentos da RAPS e das Unidades Penais, por ente federado, contendo dados da rede de saúde e da política penal, favorecendo, assim, maior transparência e qualificação das informações voltadas às pessoas com transtorno mental ou deficiência psicossocial em conflito com a lei. Após o seu lançamento em 2025, o DF apresentava o total de 87 pessoas em cumprimento de medida de segurança, sendo cinco recolhidas no CDP e as demais no estabelecimento da Penitenciária Feminina do DF, onde funciona a ATP, em que somente cinco eram do gênero feminino. A informação mais recente do Painel, registra 67 pessoas em medida de segurança de internação no DF, sendo 4 mulheres³¹.

Percebe-se que a partir desta ferramenta será possível, por exemplo, monitorar a institucionalização e a desinstitucionalização dessas pessoas, ao tempo que uma possível desassistência a esse público também será objeto de análise para que se possa repensar o modelo proposto. Esta inovação aprimora a governança e possibilita ainda reafirmar o compromisso voltado às responsabilidades intersetoriais entre a saúde e a política penal, com potencial de agregar outras políticas públicas, lançando um olhar de proteção e cuidado para além dos muros.

2 Considerações Finais

Considera-se que o campo da saúde no sistema prisional representa uma significativa intersecção entre a política prisional e outras políticas públicas³², o que, a despeito das melhorias ainda necessárias, poderá servir de inspiração para os avanços nas demais assistências legalmente previstas na LEP como, por exemplo, a Política de Assistência Social, que ainda carece de maior articulação interinstitucional e de diretrizes organizativas em âmbito nacional para atuar diretamente no sistema prisional, assumindo a prerrogativa da política de proteção social às pessoas custodiadas pelo Estado em unidades penais.

Para além dos aspectos normativos, faz-se necessário atualizar o debate em relação às atribuições e competências sobre o cuidado psicossocial no espaço da Saúde Prisional e da Assistência Social, em interlocução com os dispositivos da saúde mental no território e da rede socioassistencial, de modo a contribuir para o fortalecimento da prática profissional em prol da garantia dos direitos sociais e da participação social dos(as) sujeitos(as), ou seja, comprometida com os princípios ético-políticos na relação com o usuário e suas implicações subjetivas³³.

Neste sentido, é preciso aprofundar o aspecto transversal do cuidado compartilhado também a partir da perspectiva da participação social, que, de forma geral, figura como diretriz das políticas sociais brasileiras. Notadamente, a saúde e assistência social vêm sendo mais demandadas, mesmo com as limitações aqui exploradas, nos processos de desinstitucionalização, assim, é oportuno levar este debate aos espaços conferenciais, bem como às demais instâncias de controle social.

É salutar recuperar que, em 2025, ocorreu o ciclo ordinário municipal, estadual, distrital e nacional de Conferências de Assistência Social, ademais, a Resolução CNAS/MDS N°188, de 2 de abril de 2025 abriu possibilidade para as Conferências Livres, que são autogestionadas e debatem temas específicos a fim de encaminhar proposições à Conferência Nacional³⁴. Entende-se este momento seria propício para questionar-se: qual é o papel da assistência social na proteção às pessoas em processo de desinstitucionalização no contexto de extrema vulnerabilidade social? Os serviços e normas existentes são suficientes para alcançar os direitos à assistência social das pessoas privadas de liberdade e/ou desinternadas dos hospitais e alas de custódia? Os normativos atuam na defesa e garantia de direitos ou agem como barreiras de acesso? Quais fluxos entre saúde, assistência social e demais políticas devem existir para de fato assegurar uma desinstitucionalização segura?

Cabe, então, recuperar as bases da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, considerando a noção de que o cuidado em saúde mental, em liberdade e na comunidade, deve considerar as

determinações sociais, portanto, também as desigualdades e suas relações com o sofrimento mental. Ademais, as articulações intersetoriais devem ter por horizonte a responsabilidade compartilhada, pois, os sujeitos que demandam as políticas sociais expressam necessidades complexas que nem sempre poderão ser delimitadas pelos limites de organização de cada política. Obviamente, aqui não nos propomos a ignorar a precarização que vem marcando as políticas sociais no Brasil, entretanto, trata-se de propor um olhar para as possibilidades que também estarão presentes nos territórios, buscando assegurar o acesso aos direitos e lutando por sua ampliação.

Logo, é preciso superar a concepção das pessoas em processo de desinstitucionalização como sendo um público exclusivo da saúde mental. Independentemente de seu diagnóstico ou da gravidade dele, isto não fará com que uma única política sane as necessidades de proteção social destas pessoas. Muito embora esta última figure como objetivo da assistência social, é fundamental considerar que ela só é assegurada por ações que articulem o acesso ao conjunto dos direitos sociais.

Portanto, ao considerar que os desafios do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental em contraponto ao cuidado institucionalizado vigente não se esgotam nesta discussão, cabe parabenizar as instituições e entidades responsáveis pela iniciativa em fomentar esse tema, bem como, agradecer pelos esforços na aproximação do diálogo técnico-científico entre a Academia e as políticas públicas envolvidas com a garantia dos direitos, especialmente, das pessoas em processo de desinstitucionalização, historicamente negligenciadas, no acesso ao cuidado em liberdade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1940 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.html.
2. Lermen HS, et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis*. 2015;25(3):905-24.
3. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*. 1984 jul 13.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html.
5. Brasil. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.html.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5505_14_10_2024.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001. Institui incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0175_07_02_2001.html.
8. 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 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2001 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
9. Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios. MPDFT obtém implementação de primeira residência terapêutica do DF [Internet]. Brasília: MPDFT; 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2024/15772-mpdft-obtem-implementacao-de-primeira-residencia-terapeutica-do-df>.
10. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais [Internet]. Brasília: CNAS; 2009 [cited 2025 May 3]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf
11. 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. *Diário Oficial da União*. 2014 jan 3.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html.
13. Silva E. Ativação das residências terapêuticas é marco para serviços de saúde mental no DF [Internet]. Brasília: Agência Saúde-DF; 2024 Jun 10 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/ativacao-das-residencias-terapeuticas-e-marco-para-servicos-de-saude-mental-no-df>.

14. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Brasília: MS/MJ; 2003 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1777_09_09_2003.html.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2298_09_09_2020.html.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 18 de julho de 2023 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_18_07_2023.html.
18. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui diretrizes para a Política Antimanicomial do Poder Judiciário [Internet]. Brasília: CNJ; 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4417>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.070, de 6 de dezembro de 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt2070_06_12_2024.html.
20. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 166, de 18 de setembro de 2024. Dispõe sobre parâmetros nacionais para atuação da política pública de assistência social no SUAS no atendimento às pessoas em sofrimento e/ou com transtorno mental em processo de desinstitucionalização [Internet]. Brasília: CNAS; 2024 [cited 2025 May 6]. Available from: https://7f9ee646-2885-415a-bfa4-9e608360171d.usrfiles.com/ugd/7f9ee6_dada55ee3a044eac89ba119e03c68657.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.876, de 27 de dezembro de 2024. Institui o Serviço de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define critérios para sua organização e funcionamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 May 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4876_27_12_2024.html.
22. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Manual para atuação do Serviço Social na Atenção Primária Prisional do Distrito Federal. Brasília (DF); 2025 Apr.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 67/2021-CGMAD/DAPES/SAPS/MS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saude-mental/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-67-2021-cgmad-dapes-saps-ms.pdf>.
24. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS [Internet]. Brasília: MDS; 2004. Reimpr. 2009 [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental em dados. Ano 19, n. 13 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 May 21]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025>.
26. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Relatório de atividades do Grupo de Trabalho Interinstitucional para Implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário – GTIPA [Internet]. Brasília: TJDF; 2025 [cited 2025 May 20]. Available from:

https://www.tjdft.jus.br/informacoes/gmf-df/tornozeleiras-eletronicas/relatorio_de_atividades_do_gt_antimanicomial_primeira_fase_versao_final_28-02-24.pdf.

27. Xavier A, Zanello V. Mulheres, ato criminoso e cárcere: uma leitura das vivências e sentidos sócio-subjetivos gendrados e suas interseccionalidades. In press.
28. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 347. Estado de coisas inconstitucional do sistema penitenciário brasileiro [Internet]. Brasília: STF; 2015 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4783560>.
29. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Boletim informativo saúde prisional nº 16: uso de psicotrópicos e atendimento em saúde mental das pessoas privadas de liberdade no Distrito Federal (2021–2023). Brasília: SES-DF; 2024.
30. Conselho Federal de Psicologia. Acordo entre CFP e CNJ busca aprimorar políticas de saúde mental no sistema penal [Internet]. Brasília: CFP; 2025 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://site.cfp.org.br/acordo-entre-cfp-e-cnj-busca-aprimorar-politicas-de-saude-mental-no-sistema-penal/>.
31. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Centro de Informação Estratégica para a Gestão Estadual do SUS (CIEGES). Painel interativo [Internet]. Brasília: CONASS; s.d. [cited 2025 May 20]. Available from: <https://cieges.conass.org.br/paineis/3e692c71-be0f-42c5-b2e6-c1c2dff434a5>.
32. Freitas RS, et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: análise do processo de formulação e implantação. Rev Pol Públ. 2016;20(1):171-84.
33. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília (DF): CFESS; 2010.
34. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social; Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Resolução CNAS/MDS nº 188, de 2 de abril de 2025. Dispõe sobre diretrizes e parâmetros para a política de assistência social no âmbito do SUAS. Diário Oficial da União. 2025 abr 3.