

SAÚDE MENTAL E SOCIOEDUCAÇÃO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS CUIDADOS OFERTADOS A ADOLESCENTES PRIVADOS(AS) DE LIBERDADE/RECIFE

Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e
do Sistema Socioeducativo do Tribunal de Justiça do Estado
de Pernambuco - **GMF/TJPE**





Supervisor GMF

Desembargador Mauro Alencar de Barros

Juíza Coordenadora GMF Socioeducativo

Marília Ferraz Martins

Juíza Coordenadora Adjunta GMF Socioeducativo

Laura Amélia Moreira Brennand Simões

Gerente de Políticas Socioeducativas

Felipe Amorim A Menezes

Equipe GMF Socioeducativo

Amilton José da Silva

Daniela de Melo Neves

Apoio

Programa Fazendo Justiça (CNJ/PNUD)

Elaboração

Érica Renata Araújo

Felipe Amorim A Menezes

Daniela de Melo Neves

Colaboração

Adne Kelly Mafra

Priscila Linhares

Manoela Carneiro

Glauciene Rocha

Representações GT Saúde Mental na Socioeducação

Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema Socioeducativo do Tribunal de Justiça de Pernambuco - GMF/TJPE;

Coordenadoria da Infância e Juventude;

Defensoria Pública do Estado de Pernambuco;

Ministério Público do Estado de Pernambuco;

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – Gerência de Saúde da Criança e do Adolescente e Gerência de Saúde Mental – Coordenação PNAISARI;

Secretaria Estadual da Criança e Juventude;

Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares - GAJOP

Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco - FUNASE;

Comissão Interinstitucional SINASE;

Conselho Estadual de Psicologia;

Secretaria Municipal de Saúde de Recife - Coordenação PNAISARI

Secretaria Municipal de Assistência Social de Recife;

Conselho Regional de Medicina de Pernambuco;

SIGLAS

GTI - Grupo de Trabalho Interinstitucional

GMF - Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Prisional e Socioeducativo

DMF - Departamento de Monitoramento e Fiscalização

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

TJPE - Tribunal de Justiça de Pernambuco

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

FUNASE - Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis

CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

SUPAT - Superintendência da Política de Atendimento

TEA - Transtorno do Espectro Autista

GT - Grupo de Trabalho

CIJ - Coordenadoria da Infância e Juventude

GAJOP - Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares

SGD - Sistema de Garantia de Direitos

GTISMS - Grupo de Trabalho Interinstitucional de Saúde Mental da Socioeducação

CRP - Conselho Regional de Psicologia

CRM - Conselho Regional de Medicina



APRESENTAÇÃO

O documento **Saúde Mental e Socioeducação: Diagnóstico Situacional dos Cuidados Ofertados a Adolescentes Privados(a) de Liberdade/Recife** tem como objetivo conhecer detalhadamente o atendimento e a oferta da política de atenção à saúde mental para adolescentes privados(as) de liberdade do referido município, identificando os principais desafios enfrentados na garantia desse direito, com o objetivo de subsidiar a elaboração de estratégias conjuntas a serem pactuadas e fortalecidas pelos integrantes do Sistema de Garantia de Direitos e da Rede de Atenção Psicossocial municipal.

Esse documento é resultado do mapeamento realizado entre outubro e março de 2025 pelas representações da Rede de Atendimento Especializada e demais atores do Sistema de Garantia de Direitos de Recife que compõe o Grupo de Trabalho Interinstitucional de Saúde Mental no Socioeducativo (GTISMS) coordenado pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Prisional e Socioeducativo (GMF), conforme Portaria Conjunta TJPE, nº 77 de 26 de abril de 2024.

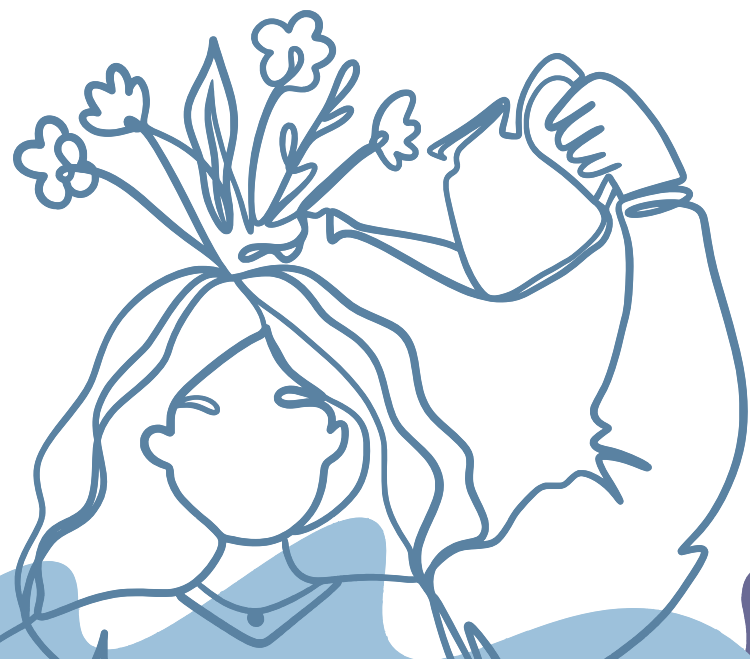
Para esse diagnóstico, foi utilizado instrumental que foi enviado e preenchido pelos representantes do executivo e demais os atores e atrizes participantes do GTISMS com perguntas abertas e fechadas subdivididas em 4 áreas: 1) Identificação e caracterização da Rede de Atendimento Especializada; 2) Mapeamento de espaços formais de discussão e/ou articulação; 3) Identificação do perfil epidemiológico local; e 4) Identificação de fluxos e condutas em cada fase do ciclo socioeducativo, considerando o atendimento inicial, o cumprimento da medida e o pós-cumprimento, além de demais informações disponibilizadas diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde além das obtidas no Plano Operativo da PNAISARI/Recife e dados da Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco (FUNASE).

Como resultado, apresentamos a análise descritiva dos dados coletados a fim de subsidiar as discussões sobre a promoção da saúde mental na privação de liberdade de adolescentes e jovens, ao tempo em que buscamos construir, a partir dela, estratégias de ação promovendo fluxos de atendimento à saúde mental no município de Recife, fortalecendo as diretrizes do SUS, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)¹ e da Lei 10.216.

¹ Ver: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html

SUMÁRIO

GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO (GMF)	7
GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE MENTAL NA SOCIOEDUCAÇÃO (GTISMS)	8
SISTEMA SOCIOEDUCATIVO E GARANTIA À SAÚDE MENTAL	10
CONHECENDO O ÓRGÃO GESTOR DAS MEDIDAS DE MEIO FECHADO DE PERNAMBUCO	13
REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DO RECIFE E SUAS INTERLOCUÇÕES COM AS POLÍTICAS INTERSETORIAIS	15
1 - Dados sobre cuidados em Saúde Mental nas Unidades de Meio Fechado de Recife	22
2 - Identificação de Fluxos (Não Formais) para garantia do cuidado em Saúde Mental em cada fase do Ciclo Socioeducativo	25
2.1 - Atendimento Inicial	25
2.2 - Cumprimento da Medida Socioeducativa	26
2.3 - Porta de Saída/Pós-Medida	27
IDENTIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E ARTICULAÇÃO	28
1 - Poder Judiciário	28
2 - Defensoria Pública	29
3 - Ministério Público	30



GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO (GMF)

A partir da instituição, no Conselho Nacional de Justiça, do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), os respectivos Tribunais Estaduais de Justiça implementaram os Grupos de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Sistema Socioeducativo que têm como objetivo principal propor e fomentar avanços nas respectivas políticas judiciárias em relação aos desafios apresentados em ambos os sistemas. A partir desse novo contexto, o GMF passa a fortalecer a atuação do Poder Judiciário enquanto integrante da rede de proteção a garantia de direitos no que se refere aos(as) adolescentes privados(as) e restritos(as) de liberdade potencializando seu papel de articulador e proponente de ações que qualificam todo o ciclo socioeducativo.

Em Pernambuco, o Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMF) tem desempenhado um papel estratégico na promoção da garantia de direitos de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de meio fechado. Sua atuação tem se concentrado na qualificação da execução dessas medidas, com foco na prevenção de possíveis violações de direitos. Entre suas principais iniciativas, destacam-se:

- Promoção da atenção à saúde mental de adolescentes autores(as) de atos infracionais, por meio da articulação com os demais atores do Sistema de Garantia de Direitos (SGD);
- Criação de Grupos de Trabalho locais, voltados à pactuação e normatização de fluxos interinstitucionais;
- Fortalecimento e qualificação da PNAISARI (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei), contribuindo para sua efetiva implementação no estado.
- Realização de processos formativos sobre saúde mental e medidas socioeducativas, voltados a profissionais que atuam diretamente com essa população;

Essas ações evidenciam o compromisso do GMF com a melhoria contínua das práticas socioeducativas, reforçando seu papel como articulador, fiscalizador e promotor de políticas públicas voltadas à proteção integral dos(as) adolescentes.

GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE MENTAL NA SOCIOEDUCAÇÃO (GTISMS)

A Resolução CNJ nº 487/2023 institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário, orientando práticas voltadas à garantia de direitos e ao cuidado em liberdade de pessoas com sofrimento mental.

Essa política também se aplica, no que couber, a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, conforme previsto no Art. 22 da resolução, enquanto não houver regulamentação específica para esse público.

Reconhecendo as especificidades da adolescência e do sistema socioeducativo — como a necessidade de abordagens intersetoriais, proteção integral e respeito à condição peculiar de desenvolvimento — o GMF/Socioeducativo do TJPE passou a incorporar essa diretriz em suas ações estratégicas. A publicação da Resolução 487 provocou amplo debate nacional, mobilizando tribunais e instituições do Sistema de Garantia de Direitos. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do Programa Fazendo Justiça, tem fomentado e apoiado a criação e o fortalecimento de espaços interinstitucionais de discussão técnica, voltados à implementação da política em diferentes contextos locais.

Nesse cenário, o GMF/TJPE deliberou, no âmbito da Câmara Técnica do Socioeducativo, pela criação de uma instância própria de articulação: o Grupo de Trabalho Interinstitucional de Saúde Mental na Socioeducação (GTISMS), formalizado pela Portaria Conjunta nº 07/2024. O GTISMS tem como objetivo principal:

- Construir e pactuar fluxos de atendimento em saúde mental nas unidades de internação e no atendimento inicial;
- Promover formações técnicas para profissionais da rede;
- Fortalecer a articulação entre o sistema de justiça, saúde e assistência social.

A iniciativa do TJPE está alinhada à tendência nacional, como pode ser observado na figura abaixo, que apresenta o panorama das ações similares em outros tribunais estaduais:

Figura 01 – Distribuição de GT no Brasil



Fonte: Painel BI Saúde Mental do CNJ

De acordo com o art. 2º da Portaria Conjunta, o GTISMS tem como finalidade, dentre outras, propor fluxos e protocolos interinstitucionais para a garantia do acesso aos cuidados em saúde mental de adolescentes e jovens em todas as fases do ciclo socioeducativo, fomentar e propor a articulação entre o Sistema de Justiça e as políticas públicas de saúde, assistência social, socioeducativa e de direitos humanos, visando colaborar com a criação de dispositivos de gestão que viabilizem acesso aos cuidados de adolescentes e jovens e contribuir para o fortalecimento e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) no Estado de Pernambuco;

Desde seu início, em junho de 2024, com reuniões realizadas mensalmente, o Grupo se configurou, por um período, como o único espaço ativo de discussão da pauta, trazendo à tona os desafios e gargalos do acesso a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A portaria é composta por 18 órgãos, porém, participando em média, por reunião, temos entre 10 e 15 representações, dentre elas: Funase, Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Coordenadoria da Infância e Juventude (CIJ), Conselho Regional de Medicina (CRM), Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares (GAJOP), Ministério Público, GMF/Fazendo Justiça, Secretaria de Assistência Social. Algumas representações, apesar de todos os esforços efetuados, seja por contatos telefônicos sistemáticos e e-mails, não estiveram presentes.

Sua atuação tem se baseado no Plano de Trabalho elaborado e monitorado pelo próprio GTISMS, propondo ações que vão desde a articulação e participação dos atores locais com intuito de construir parcerias interinstitucionais, proposição de protocolos e fluxos para garantia do acesso à saúde em todas as fases do ciclo socioeducativo até a elaboração deste diagnóstico com sistematização das informações e dados sobre a rede de saúde de forma a indicar leitura de cenário e pontos de atenção a serem considerados. O diagnóstico se propõe, portanto, a ser um instrumento estratégico para identificar possibilidades de qualificação do acesso ao cuidado em saúde mental visando elaborar estratégias conjuntas, entre todos os atores e atrizes do SGD, para assegurar os cuidados em saúde mental para adolescentes atendidos(as), dentre essas estratégias: o fortalecimento da RAPS. Mas, é preciso também pensar estratégias voltadas para os demais atores e instituições responsáveis.

SISTEMA SOCIOEDUCATIVO E GARANTIA À SAÚDE MENTAL

Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 por meio da lei n.º 8.069/1990, crianças e adolescentes passaram a ser prioridade absoluta na elaboração e execução de políticas públicas, sendo reconhecida a condição de peculiar desenvolvimento que possuem. O ECA, enquanto ordenamento jurídico que reafirma a Proteção Integral já citada na Constituição Federal de 1988, vem reconhecer que a Doutrina da Situação Irregular imposta pelo anterior Código de Menores não correspondia às necessidades fundamentais desse público, sendo necessário seguir normativas internacionais que já assinalavam que crianças e adolescentes deveriam receber tratamento menos cruel e degradante.

Junto com o ECA, houve mudanças quanto à prática jurídica e a compreensão da responsabilização quanto à prática de atos infracionais que são análogos aos crimes e contravenções penais (Brasil, 1990), devendo ser aplicada, de acordo com o art. 112, medidas socioeducativas baseadas no critério de maior gravidade e obedecer aos princípios da brevidade e excecionalidade, principalmente, quando se tratar das medidas de Meio Fechado, que privam ou restringem à liberdade, internação e semiliberdade, respectivamente. Tais medidas só devem ser determinadas judicialmente quando não houver outra suficiente e pelo tempo mais breve possível, sendo dada prioridade a medidas de meio aberto que são cumpridas no próprio território de residência do adolescente, respeitando assim o direito à convivência familiar e comunitária.

Como forma de estabelecer parâmetros, diretrizes e normativas para a execução dessas medidas, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) dispõe de diversas Resoluções que contemplam o Sistema Socioeducativo, a exemplo da Resolução nº 119/2006 que institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), incluindo o sistema nacional, estadual e municipal, bem como todas as políticas, planos e programas específicos de atenção ao adolescente em conflito com a lei. O SINASE aponta como uma de suas principais diretrizes a incompletude institucional, que assinala a necessidade de todas as políticas públicas atuarem com base na intersetorialidade, garantindo assim a proteção integral sem que haja violação de algum direito e sem que haja sobreposição destes. Segundo Tosi (2004), quando falamos de direitos humanos é necessário compreender a perspectiva de “interconexão, indivisibilidade e indissociabilidade” (p. 23) em todas suas dimensões, ou seja, sem que haja divisão entre eles, mas sim, uma organicidade relacionada a integralidade dos direitos.

Ao falar de integralidade de direitos fundamentais verifica-se nessa discussão a garantia do direito ao atendimento e acompanhamento em saúde mental de adolescentes e jovens privados(as) de liberdade, foco deste diagnóstico. Nesse contexto, torna-se imprescindível apontar os marcos legais que fundamentam tal garantia, a saber:

- Constituição Federal de 1988 – art. 227;
- Estatuto da Criança e do Adolescente – art. 112, mais especificamente à saúde mental no parágrafo 3º;
- Sinase em seu artigo 60, inciso III destacando os cuidados especiais em saúde mental;
- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória (PNAISARI) regulamentada pela Portaria Consolidada/MS nº 2 e nº 6, Seção V, Capítulo II, ambas de 2017;

Ademais, a história do cuidado em saúde mental requer uma análise social e histórica a partir da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216, que dispõe sobre os direitos de pessoas com transtorno mental e substitui a institucionalização pela assistência ambulatorial em serviços de base territorial, sendo implementada a partir dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), que passam a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tal reforma modifica a promoção de saúde mental buscando humanizar os atendimentos e garantir assistência priorizando o tratamento ambulatorial.

Quanto ao recorte da saúde mental no contexto da privação de liberdade, alguns aspectos devem ser considerados para compreender tal questão. Primeiramente é necessário definir saúde mental, que segundo a Organização Mundial da Saúde, é um “estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade” (p. 01). Quando se fala de adolescentes e jovens privados(as) de liberdade, refere-se, em sua maioria, as pessoas que estão à margem do acesso a políticas públicas e, no geral, advém de um contexto de diversas vulnerabilidades sociais e possuem um perfil específico, sendo geralmente do sexo masculino, negros ou pardos e periféricos (Brasil, 2025). Tais elementos nos ajudam a traçar uma compreensão acerca da prática do ato infracional e também o contexto de desestruturação estatal em que esses(as) adolescentes e jovens se encontram inseridos, o que por si só, já viola direitos.

Somando-se a estas questões há de se considerar que a própria privação de liberdade potencializa o sofrimento psíquico por se tratar de unidades socioeducativas que, equivocadamente, operam sob a lógica de instituições totais (Goffman, 1974), contrariando o princípio da incompletude institucional, mas que acabam por isolar e despersonalizar o(a) adolescente durante o cumprimento da medida, o que pode ser compreendido como a mortificação do eu (Goffman, 1974) podendo gerar sujeitos dóceis, padronização de corpos e o seu disciplinamento (Foucault, 1987).

Assim, ao tratar de saúde mental no contexto socioeducativo é imperioso considerar todos esses condicionantes que marcam trajetórias de vidas e que antecedem qualquer conflito ou prática de ato infracional e que nos ajudam a compreender os sofrimentos psíquicos pelos quais passam adolescentes e jovens, acrescidos de outras situações adversas geradas a partir do cumprimento da medida de meio fechado.

CONHECENDO O ÓRGÃO GESTOR DAS MEDIDAS DE MEIO FECHADO DE PERNAMBUCO

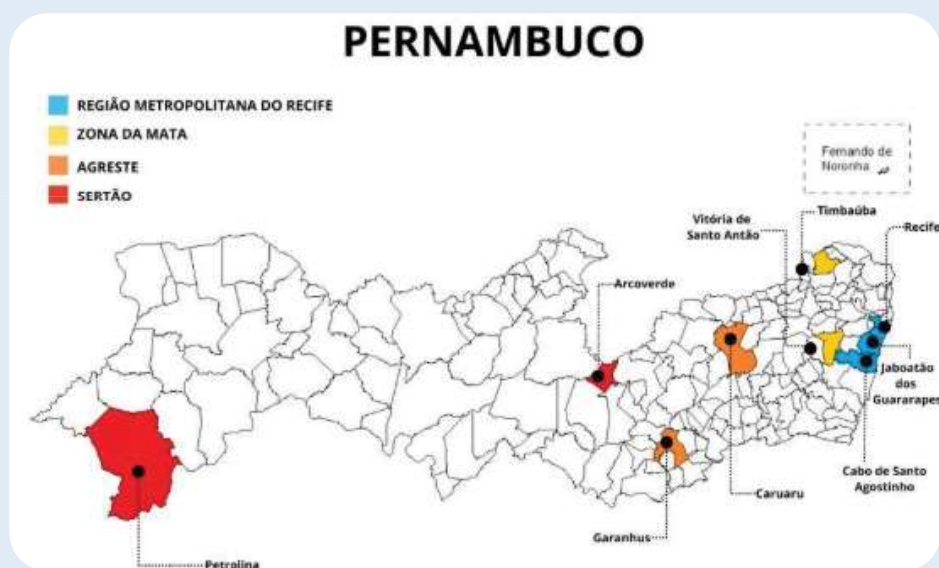
As medidas socioeducativas de meio fechado em Pernambuco são executadas pela Fundação de Atendimento Socioeducativo (Funase), fundação governamental que faz parte do organograma da Secretaria Estadual da Criança e Juventude e que possui autonomia administrativa e financeira. Tem por finalidade executar a política de atendimento a adolescentes e jovens a que se atribui a prática de atos infracionais, ou seja, a privação ou restrição de liberdade. Ao todo a Funase possui, atualmente, 21 unidades socioeducativas, localizada em Recife as seguintes unidades:

Tabela 01 – Unidades Socioeducativas em Recife

PROVISÓRIA	INTERNAÇÃO	SEMILIBERDADE
Uniai (NAI)	Case Santa Luzia (Feminina)	Casem Santa Luzia (Feminina)
Cenip Santa Luzia (Feminina)	-	Casem Harmonia (Masculina)
Cenip Recife (1 e 2) (Masculina)	-	Casem Areias (Masculina)
-	-	Casem Iputinga (Masculina)

Em dados quantitativos, no mês de maio de 2025, a Funase encontrava-se com um contingente populacional de 423 adolescentes, sendo 102 nas unidades que atendem a capital e, destes, 10 eram do gênero feminino. É possível constatar que não há unidade de internação masculina na capital, ficando estas na região metropolitana do estado, zona da mata e sertão, cumprindo assim a regionalização territorial da medida e das vagas, conforme a Portaria Funase nº 004/2024, que dispõe sobre o reordenamento da capacidade de atendimento e faixa etária das unidades de atendimento socioeducativo e o art. 123 do ECA, que preconiza a separação de adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa de internação e internação provisória por critérios de gênero e idade, compleição física e gravidade da infração:

Figura 02 – Unidades Socioeducativas de Pernambuco



Fonte: Painel BI Saúde Mental do CNJ

As vagas disponíveis e ocupadas estão sujeitas a qualificação do atendimento, conforme princípios da Resolução nº 367/2021 do Conselho Nacional de Justiça, que dispõe sobre a implementação da Central de Vagas a partir da decisão proferida pelo Supremo Tribunal Federal no *Habeas Corpus* nº 143.988, em 25 de agosto de 2020, a qual determinou que as unidades de execução de medida socioeducativa não ultrapasassem a capacidade projetada.

A regionalização das medidas socioeducativas responde a um contexto de manutenção dos vínculos familiares e comunitários e parte da garantia da integração e agilidade no atendimento, garantindo que adolescente ou jovem cumpra sua medida o mais próximo de seus familiares, não perdendo, portanto, suas referências afetivas, culturais e sociais. Insta informar que a Funase, no reordenamento realizado em 2024, após provocação do Fazendo Justiça por meio do GMF/TJPE, passou a ter unidade de internação feminina também no sertão, promovendo a regionalização também para a socioeducação feminina.

REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DO RECIFE E SUAS INTERLOCUÇÕES COM AS POLÍTICAS INTERSETORIAIS

O desenho institucional das políticas públicas voltadas à saúde mental de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas é um reflexo das complexas interseções entre os sistemas de justiça, saúde, cultura, educação e assistência social. Essa estrutura é moldada por diretrizes nacionais como o ECA e o SINASE, aqui já mencionados, e a Política Nacional de Saúde Mental que busca articular ações intersetoriais para garantir o acesso integral e humanizado aos seus usuários. Além disso, a Pnaisari, ao organizar a atenção à saúde de adolescentes a quem se atribua a prática de atos infracionais, dá destaque ao cuidado em saúde mental, conforme pode-se ver nos materiais publicados pelo MS (Brasil, 2014).

Nesse contexto, o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) é central, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde e tem como objetivo estruturar uma rede de serviços articulados que ofereça cuidado integral, contínuo e em liberdade às pessoas com sofrimento psíquico, considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica e dos direitos humanos, além de ser composta por diferentes pontos de atenção à saúde, sendo os mais relacionados à articulação com a política socioeducativa: os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil e os Serviços de Urgência e Emergência, além dos leitos em hospitais gerais para situações de crise (Brasil, 2011).

A articulação entre esses serviços de saúde mental e as unidades socioeducativas deve ocorrer de forma contínua, com foco no cuidado psicossocial, no atendimento de base comunitária, no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e na construção de projetos de vida fora da lógica punitivista. Apesar dos avanços legais e normativos aqui mencionados, na prática, essa estrutura institucional ainda enfrenta desafios operacionais. A ausência de sinergia entre as políticas corresponsáveis pelo atendimento, a escassez de profissionais qualificados, precariedade das condições físicas das unidades de internação e a dificuldade de articulação entre os entes estaduais e municipais e o órgão gestor das medidas comprometem a efetividade das ações e dos atendimentos. Além disso, muitas vezes, prevalece uma abordagem disciplinar e medicalizante, em detrimento de uma escuta qualificada e de estratégias terapêuticas integradas.

É fundamental, portanto, o fortalecimento de estratégias intersetoriais com ênfase no reconhecimento da saúde mental como direito e dimensão essencial do atendimento socioeducativo, constituindo um passo imprescindível para a efetivação de uma política pública inclusiva, emancipadora e comprometida com a justiça social. Para isso, é necessário conhecer onde a saúde mental encontra-se contemplada no contexto das demais políticas públicas com as quais as medidas socioeducativas fazem interlocução, apontando atores e setores estratégicos para articulação e diálogo desta pauta.

A partir do mapeamento observou-se que o desenho institucional, seja municipal ou estadual, apresenta-se diverso, com espaços específicos para tratar do socioeducativo (meio fechado) na Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, Secretaria Estadual de Educação e da Criança e Juventude com uma Gerência de Socioeducação, assim como no órgão gestor das medidas, a Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco (Funase) que tem, em seu organograma institucional o Eixo Saúde e nele o Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas² que estão vinculados a Superintendência da Política de Atendimento (SUPAT). No organograma interno das respectivas secretarias, os espaços ocupados pelo sistema socioeducativo estão vinculados às áreas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Políticas de Ciclos de Vida e Populações Prioritárias.

Observou-se que, tanto a Secretaria Estadual quanto a Municipal de Cultura não dispõem de um setor de referência ou de ações pensadas estrategicamente para o público socioeducativo, evidenciando uma dificuldade encontrada no território para pautar o fomento à cultura nesse âmbito, demonstrando a ausência de interlocução entre essas duas políticas. Em ações paralelas de fomento à cultura, o GMF tem buscado realizar diálogos e provocações em ambas as secretarias, avançando de forma lenta, porém com boas perspectivas de ampliação do espaço para a política socioeducativa no âmbito da cultura municipal e estadual.

A incorporação da cultura como estratégia nos cuidados em saúde mental representa uma abordagem importante e eficaz, especialmente quando considerada sob a perspectiva multidimensional do sofrimento psíquico. As manifestações culturais — enquanto expressões simbólicas, coletivas e identitárias — possibilitam a articulação entre aspectos subjetivos, sociais e históricos que atravessam as experiências de sofrimento. Ao promover espaços de escuta, criação e pertencimento, as práticas culturais contribuem para o fortalecimento de vínculos comunitários, a valorização da diversidade e a ampliação do acesso a formas não medicalizadas de cuidado. Dessa forma, a cultura se configura como um dispositivo transversal às políticas públicas, capaz de potencializar ações intersetoriais e promover ambientes terapêuticos mais inclusivos, sensíveis às singularidades dos(as) adolescentes e às condições sociais que impactam sua saúde mental.

Em Pernambuco, a política pública de cultura é executada pela Fundação do Patrimônio Histórico e Artístico de Pernambuco (FUNDARPE) que faz parte da Secretaria de Cultura do Estado. Em consulta ao Plano Estadual de Cultura, contrariando as informações levantadas no diagnóstico realizado, está previsto alguns eixos estratégicos, a exemplo do eixo 6 e 8, neste último mais precisamente a Ação 134 que prevê a instituição de “programa de educação artístico-cultural em unidades de atendimento socioeducativo, integrada com a política de formação cultural de Pernambuco”, somada a outras estratégias que poderiam

² Portaria Funase 535/23, de 20 de novembro de 2023.

ser articuladas em prol do acesso à cultura para o público em questão. Ressalta-se que, além de direito constitucional a ser assegurado, a cultura, entendida como expressão artística, memória, identidade e pertencimento, oferece aos(as) adolescentes oportunidades de resgatar vínculos com suas histórias e comunidades, ampliando horizontes e reduzindo sentimentos de isolamento e desesperança comuns no contexto de privação de liberdade. Nesse sentido fomentar e ampliar o seu acesso mostra-se essencial para a qualificação do atendimento socioeducativo.

Em se tratando da política socioassistencial, no âmbito estadual, as medidas socioeducativas possuem uma Gerência Socioeducativa localizada na Secretaria da Criança e Juventude, já no município encontra-se na Secretaria de Assistência Social e Combate à Fome, mais especificamente por meio do Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa executado nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que, em Recife, possui 07 unidades.

Quanto aos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), constatamos um total de 14 que estão localizados nos seguintes bairros da capital: Santo Amaro; Joana Bezerra/Coque; Campina Do Barreto; Alto Santa Terezinha; Alto Do Mandu; Dois Irmãos; Torrões; Cordeiro; Rosilda Mendes; Totó; Bongji; Ibura De Baixo; Pina; Ibura De Cima/Cohab.

A atuação dos serviços socioassistenciais, como os CRAS e CREAS, frente às demandas de saúde mental de adolescentes a quem se atribui a prática de atos infracionais, apresenta lacunas significativas em termos de articulação intersetorial e institucional. Embora o PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) não acompanhe diretamente esses(as) adolescentes e suas famílias, possivelmente, há familiares beneficiários de programas socioassistenciais, a exemplo dos de transferência de renda, como o Bolsa Família. No entanto, nesse diagnóstico, não houve registros formais de acompanhamento institucional específico voltado para nosso público alvo, não sendo identificados, portanto, fluxos estabelecidos entre os serviços socioassistenciais (CRAS/CREAS), a política socioeducativa e os serviços de saúde para o encaminhamento e acompanhamento de adolescentes em situação de sofrimento mental. A ausência de protocolos intersetoriais compromete a integralidade do cuidado, especialmente nos casos em que há rompimento de vínculos familiares e comunitários. Contudo, vimos que, no poder judiciário, quando a condição de sofrimento psíquico é formalmente registrada em relatórios técnicos ou peças processuais, o encaminhamento é realizado pelo Juízo competente à equipe psicossocial do Tribunal, que, por sua vez, define os encaminhamentos necessários.

Ademais, não foram identificados mecanismos de referenciamento e contrarreferenciamento entre os serviços de saúde e os serviços socioassistenciais no acompanhamento de adolescentes com sofrimento mental que cumprem medidas de privação ou restrição de liberdade ou mesmo em meio aberto. Os principais desafios enfrentados pelo atendimento socioassistencial frente às demandas de saúde mental dessa população não foram informados, o que reforça a necessidade de aprofundamento desse recorte em busca de compreender estratégias eficazes de intersetorialidade entre as políticas.

Quanto a composição do atendimento de saúde mental para adolescentes em internação, internação provisória e semiliberdade no município, as unidades estão referenciadas pelos distritos sanitários I, IV e V, divididos das seguintes formas:

Tabela 02 – Referências Distritais para Unidades Socioeducativas e respectivos serviços para adolescentes até os 18 anos

DISTRITO	UNIDADES	SERVIÇOS CAPS ³
Distrito I	UNIAI (Até 24h)	Casem Santa Luzia (Feminina)
Distrito IV	Cenip 1 e 2, CASEM Harmonia e Iputinga, CASE E CASEM Santa Luzia	CAPS Cléa Lacet CAPS Prof. Luiz Cerqueira (noturno e fins de semana)
Distrito V	Casem Areias	

Por meio da tabela acima é possível constatar que todas as unidades socioeducativas de Recife estão referenciadas a 02 serviços, embora o segundo, CAPS Luiz Cerqueira, só atue quando não é possível o atendimento pelo “Clea Lacet”, nos casos previstos acima na tabela. Importante mencionar que as unidades estão localizadas, em sua maioria, num mesmo território, o que influencia diretamente nesse contexto. Para jovens de 18 a 21 anos, independente da medida a ser cumprida, o mesmo é atendido nos serviços destinados ao público adulto.







Embora previsto no Plano Operativo Municipal⁴ da PNAISARI, o fluxo de atendimento para o meio fechado, na prática, não é executado, de modo que confirma e dialoga com as discussões realizadas no âmbito do GTISMS referente a RAPS no tocante ao lapso temporal entre o encaminhamento e o atendimento e a ausência de equipe suficiente para atender a toda a demanda⁵, informações que também foram possíveis constatar por meio do referido mapeamento. Ressalta-se que os dois serviços descritos acima foram identificados como referências para o fluxo de atendimento para casos graves, porém estabilizados, crises de saúde mental (urgências) e adolescentes com uso prejudicial de álcool e outras drogas. Atenção especial para necessidade de formalizar e monitorar fluxos intersetoriais com prazos, metas e indicadores, em conformidade com a Portaria Consolidada/MS e as diretrizes da PNAISARI, assegurando efetividade e integração das ações.

³ Por decisão da gestão em saúde mental do município os CAPS não fazem mais diferenciação do público atendido, quando se trata de crianças e adolescentes, ou seja, todos atendem demandas relacionadas a sofrimento psíquico e/ou transtorno mental grave e persistente decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas.

⁴ Durante a elaboração deste diagnóstico, fomos informados que o Plano Operativo estava passando por modificações, inclusive nos fluxos, nos colocando à disposição para participar do GT como também das discussões que dizem respeito à saúde mental.

⁵ Dados disponibilizados pela Funase apontam que, nos meses de abril e maio de 2025, havia demanda reprimida de 10 adolescentes aguardando atendimento para psicoterapia e psiquiatria.

TABELA 03 – Cobertura Equipe Multiprofissional

 CASEM Harmonia e CASEM Iputinga	Equipe Multiprofissional – USF Sítio das Palmeiras 
 CASEM Areias	Equipe Multiprofissional – USF Iraque 
 CENIPs, UNIAI e CASEM e CASE Santa Luzia	Descoberta 

Fonte: Coordenação PNAISARI

Essa mudança na cobertura do acesso aos cuidados em saúde mental no território avalia-se como positiva visto que as reuniões, debates e avaliações dos dados realizadas nas reuniões dos GTs - GMF e PNAISARI - podem ter contribuído nessa decisão. Contudo, ainda se verifica que as unidades provisórias e unidade de internação feminina ainda permanecem sem essa cobertura, com exceção para a Unidade de Acolhimento Inicial (UNIAI) devido a sua especificidade de atendimento inicial onde o adolescente/jovem fica no máximo 24h sendo as referências para demandas de saúde as unidades de pronto-atendimento.

Referente às Unidades de Acolhimento da RAPS, recomenda-se a implementação de Unidades de Acolhimento Infantojuvenis no município, suprimindo a lacuna estrutural e garantindo atendimento integral previsto na Portaria nº 3.088/2011.

Os casos considerados leves e estabilizados são encaminhados para os seguintes serviços:

- **Para adolescentes de 12 a 18 anos:** Unidades Básicas de Saúde e CAPS;
- **Para adolescentes e jovens de 18 a 21:** Unidades Básicas de Saúde e CAPS adulto.

Também foi possível verificar no Plano Operativo da PNAISARI que algumas unidades socioeducativas possuem ambulatório próprio, contando com profissionais de saúde (médico, dentista e técnico de enfermagem) efetivos da FUNASE e que desenvolvem ações de assistência à saúde dos(as) adolescentes e de matriciamento no interior das unidades, recebendo insumos da prefeitura municipal e realizando encaminhamentos para a rede básica de saúde ou mesmo de saúde mental. Ainda que haja oferta de serviços de saúde no interior de algumas unidades socioeducativas da capital, é fundamental observar as diretrizes estabelecidas pela PNAISARI que orienta que tais serviços devem ser ofertados de forma complementar e não substitutiva ao cuidado prestado pelos serviços de saúde do território. A centralidade do cuidado deve permanecer na rede de atenção territorial, garantindo a continuidade e integralidade do acompanhamento. A prestação de serviços exclusivamente no âmbito das unidades socioeducativas contraria os princípios da PNAISARI e da incompletude institucional já apontada pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), comprometendo a articulação intersetorial e a efetividade das ações de cuidado em saúde mental.

Além dos espaços para tratar do socioeducativo dentro das secretarias e serviços aqui mencionados para atendimento da demanda da Capital, poucos espaços de discussão sobre o socioeducativo e a saúde mental foram constatados, sendo estes:

- **Grupo de Trabalho Interinstitucional da PNAISARI⁸**, do qual, até o presente momento, o Poder Judiciário não faz parte da composição, contudo há interlocução com a coordenação da PNAISARI por meio do GTISMS;
- **Grupo Interprofissional da Vara Regional de Recife (sem normativa que o institui)**, com reuniões mensais para realização de estudos de casos, no qual participam a equipe de técnicos(as) da Vara e 02 representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação de equipamento destinado ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras neurodiversidades e representante de saúde mental do município). Atuam sob demanda, quando provocado pelo(a) magistrado(a), nos processos de descumprimento de MSE de Meio Aberto;
- **Comissão Interinstitucional Estadual Sinase** que, em 2024, esteve ativa com reuniões e discussões especificamente sobre o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo (PEDAS) e para seu monitoramento. No ano em curso, 2025, houve uma reunião, até o momento.

Quanto a este ponto, o poder judiciário, por meio do GMF, tem dialogado com a Secretaria da Criança e Juventude, no intuito de contribuir com estratégias de fortalecimento desse espaço de discussão, na perspectiva de um acompanhamento da política de atendimento socioeducativo de maneira ampliada e constante.

Ponto de destaque quanto aos espaços de discussão foi a ausência de citação da Comissão SIMASE de Recife e a ausência da participação dos Conselhos Estadual e Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente nos espaços interinstitucionais que debatem a política socioeducativa, apesar de fazer parte, a exemplo do próprio GTISMS e do GT do Atendimento Inicial Integrado. Embora conste que o Conselho Estadual possui uma Câmara Técnica do Socioeducativo, não foi possível constatar atuação desta nos espaços de discussão, como também nenhuma incidência na temática de saúde mental de adolescentes restritos ou privados (as) de liberdade, o que configura-se como um sinal de alerta, uma vez que é papel dos Conselhos de Direitos formular, deliberar e fiscalizar as políticas públicas voltadas à proteção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes, além de possuir funções deliberativas e de controle do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo, nos termos previstos no inciso II do art. 88, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

É imprescindível, pois, reforçar as atribuições previstas no art. 88, II, do ECA, que conferem aos Conselhos de Direitos papel deliberativo e fiscalizador no acompanhamento das políticas públicas, incluindo a saúde mental no socioeducativo.

1 - Dados sobre cuidados em Saúde Mental nas Unidades de Meio Fechado de Recife

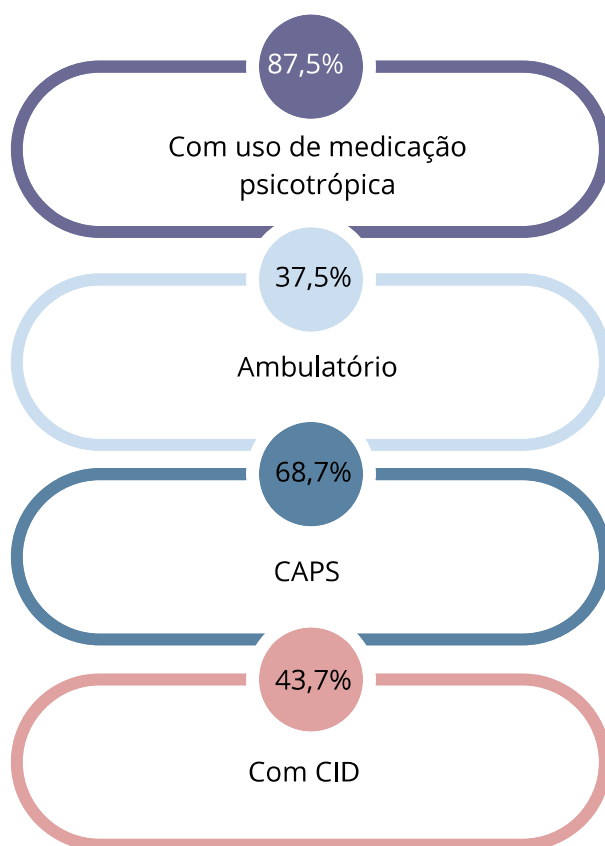
A saúde mental pode ter uma definição complexa quando pensamos nos condicionantes de saúde e no seu conceito ampliado partindo da perspectiva biológica, psicológica e social. Para além da ausência de transtornos mentais, devemos considerar que esta deve ser compreendida como um processo dinâmico, construído histórica e socialmente, que envolve o bem-estar subjetivo, autonomia, capacidade de enfrentamento das adversidades e implica a promoção de condições sociais, econômicas, afetivas e culturais que favoreçam o desenvolvimento integral do(a) adolescente. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ela é influenciada por múltiplos determinantes sociais como renda, educação, moradia, trabalho, vínculos afetivos e acesso a serviços de saúde (OPAS, 2022). Essa abordagem está alinhada ao conceito ampliado de saúde proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que entende saúde como resultado das condições de vida e não apenas como um estado físico ou ausência de doença (Cecílio, 2009), o que coaduna com a perspectiva apresentada neste diagnóstico.

⁸ Aprovado pela Resolução COMDICA nº. 014/2024 e publicado na Edição nº 048 - 11.04.2024 do Diário Oficial do Recife.

Já na perspectiva da Psicologia Social e da Saúde Coletiva, a saúde mental também envolve dimensões subjetivas e simbólicas, marcadas por experiências de sofrimento, sentido de vida e pertencimento. O autor Paulo Amarante (1995) ressalta que saúde mental está diretamente relacionada ao grau de liberdade, reconhecimento social e cidadania de cada indivíduo, assim, deve ser promovida em redes de cuidado que respeitem a singularidade do sujeito, a escuta qualificada e o fortalecimento da autonomia.

Ao associar a saúde mental e privação de liberdade compreendemos que o encarceramento expõe adolescentes e jovens a múltiplos fatores de risco que comprometem seu desenvolvimento psicológico, emocional e social, sem considerar que, frequentemente, eles são oriundos de um contexto de vulnerabilidade que potencializa o surgimento de sofrimentos psíquicos, decorrentes de situações como: desigualdade socioeconômica e contextos diversos de violações de direito.

Dados disponibilizados pela Funase no seu sítio eletrônico indicam que em 31 de maio, 102 adolescentes estavam em atendimento socioeducativo nas 08 unidades socioeducativas de meio fechado de Recife (03 unidades de internação provisória, sendo uma feminina, 01 unidade de internação e 01 unidade de semiliberdade femininas, e 03 unidades de semiliberdade masculinas). Sobre o atendimento em saúde mental, segundo informado pela Coordenação do Eixo Saúde da FUNASE, em maio de 2025, 16 adolescentes apresentavam demandas de cuidados, destacando-se:



Dos 16 adolescentes com demandas de cuidados em saúde mental, 68,7% são acompanhados(as) pelo CAPS. 37,5% estão em acompanhamento ambulatorial em serviços de atendimento psicológico, como por exemplo clínica-escola de universidades. Ressalta-se que pode ocorrer de um(a) mesmo(a) adolescente atendido(a) pelo CAPS também estar em atendimento ambulatorial. Sobre medicação e diagnósticos, entre os(as) 16 adolescentes com demandas de cuidados em saúde mental, 87,5% fazem uso de medicação psicotrópica, e 43,75% possuem diagnóstico fechado.

Os dados indicam que parte do cuidado está sendo realizado em serviços comunitários, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Essa vinculação também está alinhada à PNAISARI, que orienta que adolescentes em conflito com a lei devem ter acesso a serviços de saúde mental integrados ao território, com escuta qualificada e construção de projetos terapêuticos singulares. Resta, portanto, entender quais estratégias de cuidados em saúde mental estão sendo adotadas para o percentual de adolescentes que não está em acompanhamento em CAPS ou serviços ambulatoriais. Também importante pensar, para os casos que estão vinculados em mais de um tipo de acompanhamento, se há um diálogo entre serviços, para garantia de um cuidado integrado, com ações e estratégias que se somem, e não se sobreponham. Finalmente, os dados sinalizam um percentual de adolescentes em uso de medicação maior do que o percentual de adolescentes com diagnóstico. Esse dado deve ser observado com cautela, haja vista o contexto de hipermedicalização na socioeducação no cenário nacional, conforme pode-se constatar no Painel BI de Saúde Mental no Socioeducativo disponibilizado na página do CNJ.

Embora não seja a maioria nos dados apresentados, o número de adolescentes com CID também enseja reflexões sobre saúde mental de adolescentes e jovens, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e institucionalização. O legado da Reforma Psiquiátrica permite-nos pensar sobre a permanência de abordagens medico-centradas do sofrimento psíquico, indicando uma possível dependência do modelo biomédico, em detrimento de abordagens psicossociais. No contexto infantojuvenil soma-se ainda os riscos de que rotulações precoces gerem estigmatizações e retirem a autonomia e protagonismo dos(as) adolescentes. Ademais, a PNAISARI orienta que o cuidado seja integral e intersetorial e o uso predominante de medicação pode sinalizar fragilidade na oferta de outras formas de cuidado, como escuta qualificada, oficinas terapêuticas, atividades culturais e esportivas, defendendo que a medicação deve ser um recurso complementar, e não a única resposta ao sofrimento psíquico.

Diante dos achados, é fundamental que o cuidado em saúde mental seja pautado por princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e da PNAISARI, priorizando abordagens integradas, territoriais e não medicalizantes. A superação da lógica patologizante exige investimentos em estratégias de cuidado que valorizem a escuta, o vínculo e a construção de projetos terapêuticos singulares, garantindo que o direito à saúde mental seja efetivado de forma equânime, ética e humanizada em todos os contextos socioeducativos.

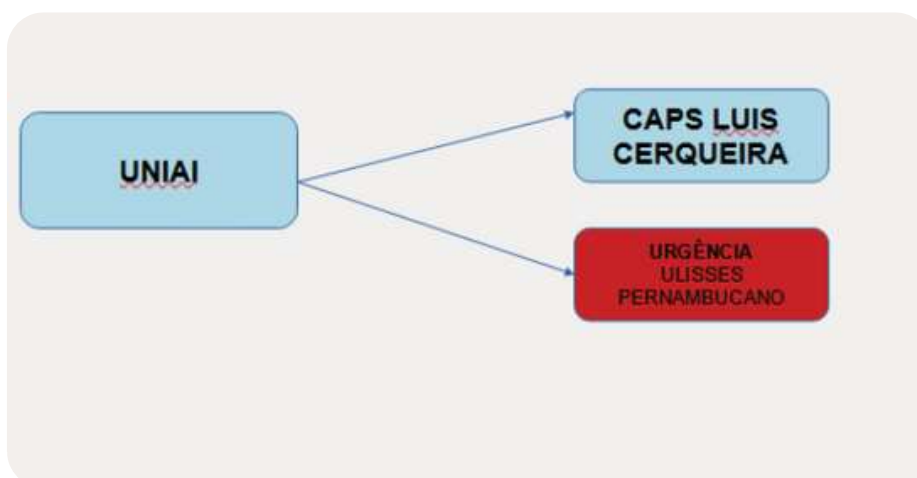
Quanto à metodologia do mapeamento realizado, além de conhecer o cenário da Funase quanto aos dados de cuidado em saúde mental nas unidades de meio fechado de Recife, também foi possível reunir informações específicas sobre a institucionalização de protocolos ou fluxos em cada etapa do ciclo socioeducativo conforme item seguinte.

2 - Identificação de Fluxos (Não Formais) para garantia do cuidado em Saúde Mental em cada fase do Ciclo Socioeducativo

2.1 - Atendimento Inicial

Durante o atendimento inicial, desde a apreensão até a audiência de apresentação, a Funase informou que há um protocolo instituído para identificar e encaminhar adolescentes para os serviços de saúde e atendimentos especializados conforme suas necessidades. Este fluxo é acionado no momento de entrada do adolescente na UNIAI (Unidade de Atendimento Inicial), quando é realizado o acolhimento inicial pela equipe multiprofissional composta por psicólogo, assistente social e pedagogo, que realizam entrevistas, escuta qualificada e avaliação de vulnerabilidades, incluindo aspectos relacionados à saúde física e mental.

Figura 03 – Fluxo Atendimento Inicial



Fonte: Funase

Quanto ao fluxo de urgência há um protocolo específico para situações de urgência em saúde mental. Quando identificado risco iminente, sofrimento psíquico intenso ou sinais de transtorno mental grave, a equipe técnica realiza encaminhamento imediato para hospitais de referência, como o Hospital Ulisses Pernambucano, no caso de Recife, ou para as UPA's envolvendo atores dos referidos serviços, nos locais sem hospital de referência.

Embora seja informada a existência de fluxo, este é interno da UNIAI. Ademais, em Recife, o Núcleo de Atendimento Inicial que corresponde ao Justiça Sem Demora (JSD) encontra-se em fase de normatização e pactuação de fluxos específicos para o atendimento inicial, ação esta que está sendo qualificada pelo GMF/TJPE.

2.2 - Cumprimento da Medida Socioeducativa

Para esta etapa do ciclo socioeducativo, as perguntas do mapeamento versaram sobre adolescentes que estão tanto na privação quanto na restrição de liberdade. Observa-se que na privação, o acesso à Rede de Atenção Psicossocial é escasso, com apenas 2 serviços de referência da RAPS em todo município, conforme descrito anteriormente e informado pela Secretaria Municipal de Saúde. Quando se trata de adolescentes de 18 a 21 anos, a rede também amplia visto que adolescentes e jovens podem recorrer a RAPS adulto.

A leitura atenta das respostas fornecidas pela FUNASE indicou a existência de esforços estruturados para o atendimento e encaminhamento de adolescentes em sofrimento psíquico, materializado em estratégias como a criação do Núcleo de Saúde Mental por meio da Portaria nº 535/23, bem como a articulação com a RAPS e outras instituições (como CAPS, Vara Regional e Hospital Ulisses Pernambucano), que indicam um cuidado institucional com os princípios da atenção psicossocial. Porém, com base nas normativas nacionais de saúde mental e dos direitos da criança e do adolescente, algumas fragilidades e gargalos se apresentam como significativos como o relato da gestão da Funase quanto à ausência de vagas para psicoterapia e psiquiatria no CAPS e/ou em ambulatórios. Destacamos, quanto à demanda reprimida, algo importante a considerar que parte da reflexão sobre a existência de serviços insuficientes na RAPS ou ausência de outras abordagens de cuidado em saúde mental que desaguam em encaminhamentos excessivos aos CAPS.

Tais fragilidades demonstram uma desconexão entre os dispositivos das normativas nacionais e a prática dos atendimentos, comprometendo o planejamento terapêutico e a inserção comunitária no pós cumprimento da medida. O atendimento de adolescentes em sofrimento mental, principalmente em contexto de privação de liberdade, exige uma qualificação da demanda concomitante ao fortalecimento da RAPS, para o direcionamento adequado dos casos, em todos os níveis de atenção do SUS - o que nem sempre ocorre de forma efetiva.

A elaboração de fluxos internos para atendimento em saúde mental é positiva, mas não substitui a necessidade de um diálogo intersetorial, que envolva o Poder Judiciário e demais atores do sistema de garantia de direitos, ambos - fluxo e diálogo - elaborados com base em normativas e em consonância com a Lei nº 10.216/2001, que estabelece o direito à atenção em saúde mental de forma digna e humanizada.

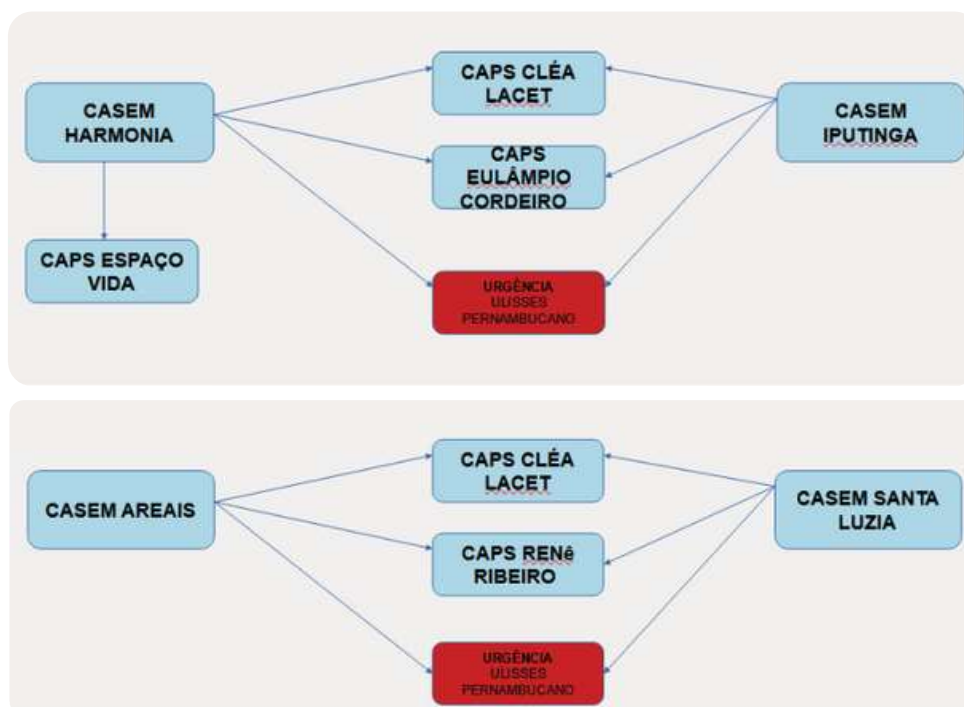
Além disso, o mapeamento também apontou que há iniciativas voltadas ao fortalecimento do vínculo familiar, mas não ficou claro como se estruturam as ações regulares com as famílias, ponto que merece ser mais bem aprofundado no desenvolvimento da qualificação deste atendimento. A Política Nacional de Saúde Mental reforça a importância do cuidado territorializado, comunitário e familiar, e o sistema socioeducativo deve estar articulado com esse princípio.

A menção à existência de parcerias para formação continuada é coerente com a Resolução CONANDA nº 46/2006, que determina a necessidade de qualificação dos profissionais que atuam com adolescentes privados(as) de liberdade. No entanto, é necessário que a formação seja contínua, supervisionada e voltada às especificidades da saúde mental infantojuvenil, evitando práticas medicalizantes ou punitivas disfarçadas de intervenção terapêutica e sempre ouvindo a demanda do próprio território.

A reavaliação de medida de adolescentes com sofrimento mental é um ponto de destaque, pois, está diretamente alinhada às diretrizes do CNJ que orienta pela priorização das reavaliações em casos com vulnerabilidades específicas (Brasil, 2021).

2.3 - Porta de Saída/Pós-Medida

Figura 04 – Semiliberdade



Fonte: Funase

Também foi informado fluxo específico para as unidades de semiliberdade, conforme fluxograma acima. Insta informar que o CAPS Eulâmpio Cordeiro e Renê Ribeiro são referências apenas para o público de 18 a 21 anos que, atualmente, é um recorte bem menor que os adolescentes.

É possível constatar nas respostas encaminhadas que também há fluxo no momento do desligamento de adolescentes com sofrimento mental ou transtorno psíquico, por meio da equipe técnica em conjunto com o CAPS, articulando a transferência para continuidade do acompanhamento no município de origem do(a) adolescente ou jovem. Recife não conta com Programa de Acompanhamento a Adolescentes Pós-cumprimento de Medida Socioeducativa de Restrição e Privação de Liberdade⁹, contudo, quando o(a) adolescente/jovem é transferido(a) de unidade ou retorna ao convívio no território, toda articulação e encaminhamento são feitos pela equipe técnica da Funase. Para fins de análise, seria necessário se aprofundar nesse fluxo visando possíveis adequações.

IDENTIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E ARTICULAÇÃO

Essa subdivisão do mapeamento teve a finalidade de conhecer e identificar as estratégias adotadas pelo Sistema de Justiça, com foco específico na Vara da Capital. Buscou-se compreender como os procedimentos e práticas judiciais estão organizadas para garantir a efetivação da proteção integral, especialmente no que tange ao cuidado integral, à proteção da saúde mental e à articulação com os serviços de saúde, assistência social e educação.

1 - Poder Judiciário

A Vara da Capital dispõe de uma equipe multiprofissional composta por seis servidores, incluindo Psicólogo, Assistente Social e Pedagogo, que atuam no âmbito infracional com adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa. Foi constatado que a equipe mantém interlocução permanente com as equipes do atendimento socioeducativo, bem como com as demais políticas públicas e integra esforços com as redes de Assistência Social, Educação e Saúde para a efetiva garantia de direitos dos(as) adolescentes e jovens atendidos(as). Mensalmente, participa do GTISMS com o objetivo de aprofundar o acompanhamento dos casos de sofrimento psíquico, discutir a rede de atenção à saúde mental, atualizar legislações pertinentes e a produção teórico-clínica sobre o tema. Além disso, responde a demandas específicas para estudos de caso em articulação com as Equipes da Execução (CREAS e FUNASE) e atuam, quando demandados pelo Juízo, em processo de descumprimento de medida de meio aberto. Nessas atuações, discutem situações individuais de adolescentes, ouvindo-os(as) juntamente com seus familiares ou responsáveis, seja em sessões conjuntas ou reservadas.

⁹ Ver: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/handle/123456789/561>

A equipe também realiza articulações para a efetivação dos serviços necessários ao cuidado em saúde mental, elabora relatórios técnicos dos atendimentos e estudos de caso e se posiciona nos autos judiciais conforme a demanda.

Quanto aos procedimentos adotados diante de comunicações sobre sofrimento mental, ao receber relatórios, Planos Individuais de Atendimento (PIA) ou outras comunicações que indiquem quadros de sofrimento mental entre adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, relatam que o juiz da Vara aciona a equipe que, por sua vez, adota os procedimentos mencionados anteriormente, garantindo atendimento integrado, estudo detalhado da situação, articulação com serviços de saúde mental e elaboração de relatórios técnicos que subsidiam a decisão judicial e o acompanhamento do(a) adolescente.

2 - Defensoria Pública

No que tange à Defensoria Pública do Estado, não foram identificadas ações estruturadas, estratégias, protocolos ou fluxos específicos para atuação direcionada a adolescentes com sofrimento mental ou transtorno psíquico. Entretanto, diante do recebimento de relatórios, notificações ou outras comunicações que indiquem quadros de sofrimento mental, a Defensoria Pública relatou que adota as seguintes medidas práticas:

- Pedido de suspensão da medida socioeducativa;
- Solicitação de instauração de incidente de insanidade mental;
- Pedido de encaminhamento do(a) adolescente para atendimento psiquiátrico nas RAPS;
- Solicitação aos pais ou responsáveis de documentação médica pertinente, como laudos ou receituários.

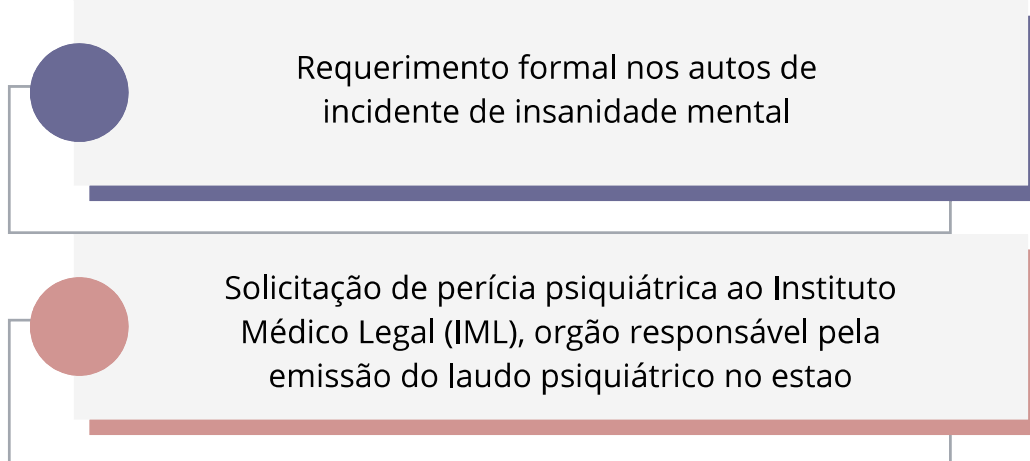
Um ponto sensível a ser destacado é a solicitação de instauração de incidente de insanidade mental. Este encontra-se previsto nos artigos 149 a 154 do Código de Processo Penal – referente, portanto, ao público adulto - e é solicitado quando há dúvida sobre a saúde mental do acusado e para verificar se, à época dos atos, ele era ou não inimputável. Contudo, quando se trata de adolescentes, este já é considerado inimputável à luz do art. 104 do ECA, não estando previsto, portanto, tal procedimento nas normativas e legislações específicas da socioeducação. Além disso, se estrutura a partir de uma lógica de diagnóstico, distanciando-se de uma abordagem integral e intersetorial de saúde que desconsidera a necessidade de avaliação interdisciplinar e individualizada da condição do(a) adolescente, quando se deveria priorizar cuidados em saúde mental, decorrentes de avaliações interdisciplinares (grifo nosso) conforme o art. 60, III, da Lei nº 12.594/2012 (Sinase) e a Lei nº 10.216/2001.

Ademais, destaca-se a Doutrina da Proteção Integral por meio do princípio da condição peculiar da pessoa em desenvolvimento e a complexidade do processo de subjetivação na adolescência e sua incapacidade de compreender o caráter ilegal do fato praticado.

A atuação do Defensoria, ainda que pontual demonstra uma preocupação institucional com a saúde mental dos(as) adolescentes, porém carece de um protocolo sistematizado que assegure resposta célere e articulada. Como instituição que assegura o acesso aos direitos, a Defensoria Pública tem papel fundamental na garantia da proteção integral, sobretudo daqueles vulnerabilizados por transtornos mentais e em cumprimento de medida de meio fechado. A ausência de protocolos claros e fluxos estruturados e pactuados para lidar com quadros de sofrimento mental em adolescentes pode fragilizar e prejudicar uma atuação mais incisiva e garantista, carecendo, portanto, de um debate qualificado visando a construção de estratégias conjuntas para ampliação e fortalecimento do direito à saúde de adolescentes.

3 - Ministério Público

Já o Ministério Público relata ter estratégias mais delineadas para incidência nos casos de adolescentes com sofrimento mental. As Promotorias de execução, especialmente as localizadas na 6ª, 39ª e 45ª Vara da Capital, adotam procedimento padrão ao receberem processos de execução de medidas socioeducativas com suspeita de transtornos psíquicos:



Observa-se o relato que a maioria dos processos chega à execução sem que tenha sido possível conhecer, minimamente, as condições de saúde do(a) adolescente pelo juízo de conhecimento. Também foi informado que os laudos psiquiátricos, cuja emissão tem se estendido por meses, orientam a decisão ministerial de manter, extinguir ou substituir a medida socioeducativa, priorizando medidas em meio aberto quando o(a) adolescente necessita de cuidados familiares e acompanhamento adequado. Importante refletir que, para além do condicionamento a um laudo psiquiátrico que reforça uma perspectiva médico-centrada, esta prática desconsidera o aspecto multidimensional da saúde mental.

Com base nas informações acima observa-se uma predileção do sistema de justiça quanto a emissão de laudos psiquiátricos em detrimento de uma avaliação multidisciplinar elaborado pelas equipes técnicas das unidades socioeducativas baseado no Plano Individual de Atendimento (PIA) ou pelas equipes que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

Ressalta-se que o Sinase estabelece diretrizes para o atendimento socioeducativo quando há indícios de adolescentes com transtornos mentais, deficiência mental ou associados, devendo ser avaliado por equipe técnica multiprofissional e multissetorial (Art 64), devendo contemplar a análise detalhada do estado mental do(a) adolescente, suas condições clínicas, necessidades terapêuticas e eventuais limitações para o cumprimento da medida. O mencionado documento técnico pode subsidiar decisões judiciais, podendo fundamentar a suspensão, substituição ou adequação da medida socioeducativa, garantindo o respeito ao princípio da proteção integral e aos direitos humanos devendo ser, portanto, o mais técnico possível.

É preciso ainda, reforçar o que já foi pontuado no caso da Defensoria Pública, quanto a não previsão de incidente de sanidade mental no caso de menores de 18 anos.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL NO SOCIOEDUCATIVO

A análise realizada no presente diagnóstico evidenciou a premente necessidade de qualificação dos cuidados em saúde mental de adolescentes em contexto socioeducativo. Observa-se desafios recorrentes, sejam estruturais ou operacionais, que impedem a efetivação plena dos direitos garantidos aos(as) adolescentes e jovens em privação de liberdade, sobretudo no que se refere à atenção integral à saúde mental com foco nas especificidades das pessoas em peculiar condição de desenvolvimento. Esses desafios comprometem a implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, em especial a conformação de uma rede de atenção psicossocial articulada, contínua e territorializada, como preconiza a Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental estabelece, em seu Artigo 2º, que o cuidado deve ser centrado na pessoa, respeitando sua singularidade e promovendo a inserção social, familiar e comunitária. No entanto, o presente mapeamento revela a insuficiência do atendimento integral aos(as) adolescentes, bem como a carência de ações voltadas à continuidade do cuidado após o cumprimento da medida. Tal realidade torna frágil a garantia dos princípios de longitudinalidade do cuidado e de respeito à singularidade do sujeito, pilares centrais da política

Ainda segundo a Portaria nº 3.088/2011, em seu Artigo 3º, inciso III, é assegurado o direito ao acesso qualificado em todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entretanto, observou-se que adolescentes em cumprimento de medida de meio fechado em Recife estão referenciados a apenas dois serviços municipais (CAPS Clea Lacet e CAPS Luiz Cerqueira, em casos específicos), o que se mostrou, a partir dos dados, insuficiente diante da demanda. Soma-se a isso a ausência de Unidades de Acolhimento Infantojuvenil e de equipes multiprofissionais integradas no território, fragilizando a garantia do que está disposto no Artigo 5º, inciso IV da referida portaria, que determina a organização de pontos de atenção específicos à população infanto-juvenil, com acesso facilitado, resolutividade e articulação com demais políticas públicas.

Outro ponto sensível refere-se à descontinuidade do cuidado nos momentos de transição, especialmente no pós-medida. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), incorporada à Portaria de Consolidação nº 2, Capítulo II, Seção V, estabelece a obrigatoriedade da articulação entre os serviços de saúde e o sistema de justiça para garantir a continuidade do acompanhamento, o que não se verifica de maneira estruturada em Recife. A inexistência de programas específicos de acompanhamento pós-medida e de equipes de referência para transição desses(as) adolescentes à rede comunitária de atenção configura uma fragilidade à portabilidade e continuidade do cuidado.

A ausência de protocolos interinstitucionais que formalizem os fluxos de encaminhamento para serviços de saúde mental, sobretudo nos casos de urgência e sofrimento psíquico grave, também revela um descompasso com os princípios da integralidade e da intersetorialidade que regem tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) quanto o Sinase que, na Lei 12.594/12, em seu Artigo 60, inciso III, determina que os(as) adolescentes devem receber cuidados especiais em saúde mental, o que inclui o acompanhamento contínuo, não apenas em momentos de crise ou judicialização. O não cumprimento dessa diretriz gera efeitos negativos no processo de responsabilização socioeducativa e na construção de projetos de vida desses(as) adolescentes.

Adicionalmente, nota-se a prevalência de práticas psiquiatrizantes e medicalizantes, com foco em diagnósticos e prescrição de medicamentos, em detrimento da promoção de vínculos, da escuta qualificada e de abordagens psicossociais. Essa lógica vai de encontro à Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que preconiza a substituição do modelo hospitalocêntrico por redes de atenção baseadas na comunidade, voltadas à inclusão social e à valorização da cidadania. O Artigo 2º dessa lei assegura às pessoas com sofrimento psíquico o direito ao tratamento em ambiente terapêutico adequado, com preservação de seus direitos civis, sociais e humanos, o que se precariza no contexto das unidades socioeducativas.

A partir dessas considerações, é possível pensar estratégias e ações voltadas para o fortalecimento da política de atenção psicossocial no sistema socioeducativo de meio fechado em Recife Abaixo, seguem sugestões organizadas em dois eixos: estratégias e ações:

ESTRATÉGIAS

- Provocar formalmente a Comissão Interinstitucional do SINASE e a Câmara Técnica do Socioeducativo no CEDCA para discussão dessa pauta visando atuação propositiva e fiscalizadora;
- Inclusão do GMF/TJPE como membro permanente no GT Interinstitucional da PNAISARI;
- Expansão de Unidades de Acolhimento Infantojuvenis e equipes multiprofissionais em Recife, conforme previsto na PNAISARI;
- Qualificação da atuação dos atores do SGD de forma a incidir e superar práticas médico-centradas, além de reduzir a hipermedicalização no contexto socioeducativo.

AÇÕES

- Criação de linhas de cuidado em saúde mental específicas para adolescentes em cumprimento de medida, com enfoque na integralidade e continuidade do cuidado estabelecendo metas mensuráveis para acompanhamento e reavaliação de adolescentes, garantindo equidade no acesso à rede (ex: avaliação de saúde mental com protocolo específico; elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto com a equipe do SUS e Unidade);

- Pactuar com a Secretaria Municipal e Estadual de Saúde e Funase protocolos e fluxos formalizados para os diferentes momentos do ciclo socioeducativo (entrada, cumprimento e pós-medida), definindo responsabilidades institucionais, prazos e indicadores que fortaleçam a política e o cuidado em saúde mental;
- Incidir, por meio da PNAISARI e do GMF, na qualificação dos protocolos de recebimento e encaminhamento de demandas de cuidado em saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado na Defensoria Pública e o Ministério Público;
- Fortalecimento de instrumentos como o Plano Individual de Atendimento (PIA) e o Relatório Técnico na avaliação do cuidado psicossocial, priorizando diagnósticos interdisciplinares e não laudos psiquiátricos com CID;
- Promover, no âmbito do GTISMS, capacitações sistemáticas sobre saúde mental, álcool e outras drogas, escuta qualificada, e atendimento em rede para profissionais do socioeducativo e da saúde.
- Propor à Funase qualificação dos indicadores específicos de saúde mental com divulgação periódica dos dados;

Por fim, este diagnóstico tem como intenção basilar instrumentalizar o SGD, ao apontar as ausências, incongruências e potencialidades da prestação deste direito fundamental, servindo como ferramenta de incidência para promover a efetivação do direito à saúde mental dos(as) adolescentes e jovens em privação de liberdade. Sua aplicação prática impõe compromisso político e técnico das instituições envolvidas e da escuta permanente de adolescentes e suas famílias. A consolidação de uma rede de cuidado integral e territorializada não é apenas um imperativo legal e ético, mas também o caminho mais eficaz para a reconstrução de trajetórias marcadas pela exclusão, sofrimento e violações de direito.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Manual de fortalecimento dos grupos de monitoramento e fiscalização dos sistemas carcerário e socioeducativo (GMFs)*: elaborado conforme a resolução CNJ n.º 214/2015. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2024.

BRASIL. *Levantamento Nacional do SINASE – 2024*. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2025.

BRASIL. *Manual sobre audiências concentradas para reavaliação das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)*. Brasília, DF, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974. (Coleção Debates).

Organização Mundial da Saúde (OMS), Pan American Health Organization (PAHO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Ministério da Saúde (Brasil), 2022. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2022). *Determinantes Sociais da Saúde Mental*. Washington: OPAS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental>

TOSI, Giuseppe (org.). *Direitos Humanos: história, teoria e prática*. Editora UFPB: João Pessoa, 2004.

