



UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO PÚBLICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

PALOMA LUCIANO DO NASCIMENTO

ENTRE A DISPOSIÇÃO LEGAL E A PRÁTICA INSTITUCIONAL: O DIREITO À
SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA
SOCIOEDUCATIVA DE MEIO FECHADO NO CEARÁ

FORTALEZA

2026

PALOMA LUCIANO DO NASCIMENTO

ENTRE A DISPOSIÇÃO LEGAL E A PRÁTICA INSTITUCIONAL: O DIREITO À
SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA
SOCIOEDUCATIVA DE MEIO FECHADO NO CEARÁ

Monografia apresentada ao Departamento de
Curso de Direito da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Fernanda Cláudia Araújo
da Silva

FORTALEZA

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N197e Nascimento, Paloma Luciano do Nascimento.

Entre a disposição legal e a prática institucional: o direito à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado no Ceará / Paloma Luciano do Nascimento Nascimento. – 2026.
86 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2026.

Orientação: Profa. Ma. Fernanda Cláudia Araújo da Silva.

1. Saúde Mental. 2. Medidas Socioeducativas. 3. Adolescentes. 4. PNAISARI. 5. Cuidado Integral. I. Título.

CDD 340

PALOMA LUCIANO DO NASCIMENTO

**ENTRE A DISPOSIÇÃO LEGAL E A PRÁTICA INSTITUCIONAL: O DIREITO À
SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA
SOCIOEDUCATIVA DE MEIO FECHADO NO CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Direito da Universidade Federal
do Ceará, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: 08/01/2026.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Fernanda Cláudia Araújo da Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Raquel Coelho Freitas
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Ana Vlândia Holanda Cruz
Universidade Christus - Unichristus

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Universidade Federal do Ceará, espaço que me permitiu ampliar horizontes muito além do que eu imaginava ao iniciar essa trajetória. Foi neste ambiente que descobri novos caminhos, perspectivas e formas de compreender o mundo, amadurecendo não apenas enquanto estudante, mas também como pessoa.

À Primeira Chance que apostou no meu potencial e me incentivou a sonhar e possibilitou as condições para que eu pudesse ingressar no ensino superior. A existência do projeto, que amplia oportunidades e rompe barreiras históricas de desigualdade, foi fundamental para a minha formação acadêmica. A contribuição da Primeira Chance ultrapassa o apoio material: representa um compromisso concreto com a inclusão, a transformação social e o direito à educação.

À Pró-Reitoria de Assistência Estudantil da Universidade Federal do Ceará, pelo apoio financeiro concedido ao longo da minha graduação, indispensável para minha permanência na universidade.

Agradeço à minha orientadora, Professora Fernanda Cláudia, pela orientação segura e pelo acompanhamento constante ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Sua disponibilidade e compromisso foram essenciais para a realização deste TCC na conclusão deste ciclo de formação.

À banca avaliadora desta monografia, pela disponibilidade e interesse em fazer uma leitura atenta, pelas observações qualificadas e pelas contribuições fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

Aos professores e professoras, registro minha profunda gratidão pela dedicação, paciência e pelo compromisso em estimular o pensamento crítico. Cada aula, orientação e desafio proposto contribuíram significativamente para minha formação acadêmica e humana.

À Tia Rosa, que tão cedo me ensinou a ler e escrever, abrindo as portas para tanto conhecimento que viria depois. As palavras antes incompreendidas tornaram-se portas para mundos inteiros.

À Professora Herlane, minha eterna diretora de turma, que tanto me encorajou e ensinou o verdadeiro sentido da palavra autonomia.

Aos meus pais deixo minha gratidão mais profunda. Este trabalho, assim como cada etapa da minha formação, também é por vocês. Nada disso teria sido possível sem o amor, o cuidado e a força que sempre me transmitiram, mesmo com os mais de 600 km de distância que nos separam desde que decidi trilhar essa jornada.

Ao Centro de Assessoria Jurídica e Popular - CAJU/UFC e ao Centro de Defesa da Criança e do Adolescente - CEDECA Ceará, espaços decisivos na minha formação acadêmica, política e humana. Foi nestes lugares que compreendi, de forma viva e concreta, o sentido da assessoria jurídica popular, da defesa intransigente dos direitos humanos e da construção coletiva de justiça social.

À minha família e às pessoas que amo, obrigada pelo incentivo constante e pela vibração a cada conquista. Sem esse suporte, a caminhada até aqui teria sido bem mais difícil.

Aos meus amigos, de Jardim e de Fortaleza, e aos muitos outros que deram sentido e suporte a toda a trajetória até aqui. Acácio, Laryssa, Ana Cristina, André Aghasi, Brenda, Giovanna, Lana, Rayssa, Guilherme.

À Sarah Benício, Jefferson Araújo, Paloma Kauany e Maria Eduarda, que caminharam ao meu lado, agradeço pelas trocas, pelos debates, pelas risadas e pelo apoio mútuo nos momentos mais difíceis. Compartilhar essa jornada com vocês tornou tudo mais leve e significativo.

Ao meu amor, Glória Viana, por estar ao meu lado naquela que foi a parte mais desafiadora dessa jornada. Seu amor, paciência e apoio foram fundamentais para a conclusão desse ciclo. Obrigada por ser meu porto e farol, e por me ensinar cotidianamente da forma mais profunda e serena, a respirar fundo, ouvir o movimento das coisas e a acreditar que, depois de qualquer onda, sempre existe um novo começo.

Ao Jake, à Luna, à Fiona, ao Bart - companheiros de pêlo, patas, e olhos atentos - deixo um agradecimento tecido de carinho e ternura. Vocês transformaram o peso do estudo e dissiparam a ansiedade da rotina. Ensinarão-me sem dizer nada, que o descanso também é parte do caminho.

Assim, concluo estes agradecimentos reafirmando minha gratidão a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho. A colaboração de cada um foi essencial para a concretização deste objetivo.

“Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim, descobrindo-se, com eles sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam.”
(Paulo Freire)

RESUMO

Analisa-se a atenção à saúde mental para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado no estado do Ceará, à luz do ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), da Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Lei nº 12.594/2012) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), instituída pela Portaria nº 1.082 do Ministério da Saúde, em 23 de maio de 2014. Para tanto, a presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo-analítico e documental, voltada à compreensão da garantia do direito à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado no Ceará, a partir do contraste entre a disposição legal e a prática institucional. Descreve-se o marco normativo do direito à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Em seguida, analisa-se o panorama da saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado nas unidades socioeducativas do Ceará, com base nos documentos e diretrizes que conformam a atenção em saúde mental a nível estadual, bem como relatórios de monitoramento produzidos por órgãos e instituições especializadas. Por fim, discorre-se acerca dos desafios para a efetivação daquilo que foi estabelecido pelas normativas legais, as quais garantem o acesso integral, contínuo e humanizado à saúde mental dos adolescentes no contexto socioeducativo. Identificam-se ainda, desafios e entraves à efetivação desse direito, tais como a precariedade das estruturas institucionais, a carência de equipes multiprofissionais especializadas e a dificuldade de articulação entre os sistemas de saúde e o sistema socioeducativo. Ao final, são apresentadas reflexões que buscam contribuir para o fortalecimento de políticas públicas intersetoriais, capazes de garantir o cuidado integral e humanizado a adolescentes em conflito com a lei.

Palavras-chave: Saúde Mental. Medidas Socioeducativas. Adolescentes. PNAISARI. Cuidado Integral.

ABSTRACT

The present research aims to analyze mental health care for adolescents serving custodial socio-educational measures in the state of Ceará, Brazil, in light of the Brazilian legal framework, especially the Statute of the Child and Adolescent (Law No. 8,069/1990), the Psychiatric Reform Law (Law No. 10,216/ 2001), the National System of Socio-Educational Services Act (Law No. 12,594/2012), and the National Policy for Comprehensive Health Care for Adolescents in Conflict with the Law (PNAISARI), established by Ordinance No. 1,082 of the Ministry of Health on May 23, 2014. To this end, this research adopts a qualitative, descriptive-analytical, and documentary approach aimed at understanding the guarantee of the right to mental health for adolescents serving custodial socio-educational measures in Ceará, based on the contrast between legal provisions and institutional practice. The research initially examines the normative framework governing the right to mental health for adolescents serving socio-educational measures. Next, the study analyzes the mental health landscape of adolescents serving custodial socio-educational measures in closed-regime facilities in the state of Ceará, based on the documents and guidelines that structure mental health care at the state level, as well as monitoring reports produced by specialized bodies and institutions.. Finally, it discusses the challenges to the effective implementation of the standards established by legal regulations, which ensure comprehensive, continuous, and humane access to mental health care for adolescents within the socio-educational context. This study identified challenges and obstacles to the realization of this right, such as the precariousness of institutional structures, the shortage of specialized multidisciplinary teams, and difficulties in coordination between health systems and the socio-educational system. In conclusion, the paper presents reflections intended to contribute to the strengthening of intersectoral public policies capable of ensuring comprehensive and humane care for adolescents in conflict with the law.

Keywords: Mental Health. Custodial Socio-Educational Measures. Adolescents. PNAISARI. Comprehensive care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico de adolescentes/jovens por raça/cor.....	63
Figura 2 - Gráfico de adolescentes/jovens por faixa etária.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades Socioeducativas do Estado do Ceará.....	39
Tabela 2 - Análise da atenção à saúde mental no PPP.....	43
Tabela 3 - Síntese quantitativa por eixo.....	56
Tabela 4 - Total de adolescentes/jovens em atendimento socioeducativo.....	63
Tabela 5 - Colaboradores Ativos da SEAS.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCED	Associação Nacional dos Centros de Defesa de Criança e Adolescente
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CEDCA	Conselho Estadual dos Direitos de Crianças e Adolescentes
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CNDH	Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNIUPS	Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades e Programas Socioeducativos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
Fórum DCA	Fórum Permanente das Organizações Não Governamentais em Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes
GMF	Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas
GTI	Grupo de Trabalho Interinstitucional
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis e Intersexuais
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da sociedade civil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade
PPP	Plano Político-Pedagógico
PTS	Planos Terapêuticos Singulares
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEAS	Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SOPAI	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STDS	Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Trabalho do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 O MARCO NORMATIVO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI.....	19
2.1 O Direito à Saúde Mental como direito fundamental.....	19
2.2 O paradigma da atenção à saúde mental no Brasil.....	22
2.3 A atenção à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei	24
2.4 A Lei do SINASE e o direito à saúde mental na socioeducação.....	28
2.5 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI).....	32
3 SAÚDE MENTAL NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO CEARÁ.....	37
3.1 Estrutura e funcionamento do sistema socioeducativo de meio fechado do Ceará....	37
3.2 Atenção à saúde mental no Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo do Ceará (2019-2028).....	41
3.3 Os planos político-pedagógicos das unidades socioeducativas do Ceará.....	43
3.4 A Portaria nº 023/2019 de Prevenção ao Suicídio da SEAS.....	59
4 ENTRE A NORMA E A REALIDADE: O DIREITO À SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA INSTITUCIONAL	62
4.1 O perfil dos adolescentes nas unidades socioeducativas do Ceará.....	62
4.2 O panorama da saúde mental no sistema socioeducativo do Ceará.....	65
4.3 Impactos da violência institucional na saúde mental de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.....	687
4.4 Fragilidades institucionais, desafios e possibilidades para a efetivação do direito à saúde mental.....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, especialmente naquelas que implicam privação ou restrição da liberdade, insere-se em um campo tensionado por disputas históricas entre responsabilização, cuidado e violação de direitos. Embora o ordenamento jurídico brasileiro reconheça a saúde como direito fundamental e a adolescência como fase peculiar do desenvolvimento humano, a efetivação do direito à saúde psíquica no sistema socioeducativo permanece profundamente atravessada por lógicas punitivas, seletivas e estigmatizantes, que fragilizam práticas de cuidado.

O imaginário punitivista na sociedade brasileira, orientado pela lógica do controle social seletivo, constitui um dos elementos estruturantes das respostas que o Estado oferece à questão da infração às normas de direito penal. Esse imaginário reflete valores profundamente enraizados e, muitas vezes, é usado para sustentar a punição rigorosa como único mecanismo legítimo e eficaz para lidar com aqueles que ousam infringir a lei, negando-lhe qualquer condição de dignidade humana.

A seletividade do sistema penal é tema amplamente debatida na criminologia crítica, corrente que tem como um de seus maiores representantes Eugenio Raúl Zaffaroni, jurista e criminólogo argentino, ex-ministro da Suprema Corte da Argentina e atualmente juiz da Corte Interamericana de Direitos Humanos. Na obra *“Em Busca das Penas Perdidas”*, Zaffaroni explica que a seletividade penal se manifesta em três níveis interdependentes que estruturam o funcionamento do sistema punitivo (ZAFFARONI, 1989).

No primeiro nível, ocorre a seleção dos tipos penais que serão efetivamente criminalizados, revelando opções políticas que definem quais condutas serão consideradas socialmente intoleráveis. Tais escolhas já revelam interesses hegemônicos e deixam de fora práticas lesivas associadas às classes dominantes. O segundo nível diz respeito à aplicação concreta da lei penal, em que instituições como polícia, Ministério Público e Judiciário filtram quem será de fato alcançado pela punição. Essa etapa revela com nitidez como o sistema opera seletivamente contra grupos vulnerabilizados. O terceiro nível envolve a execução penal, momento em que a seletividade se materializa na imposição de penas mais severas, condições degradantes e maior controle sobre aqueles que já tinham sido previamente selecionados (ZAFFARONI, 1989).

O presente trabalho se concentra especialmente no terceiro nível da seletividade penal, aquele relacionado à execução das penas, ou melhor, na execução das medidas

socioeducativas. A socioeducação, embora formalmente concebida para promover direitos, ressocialização e desenvolvimento integral de adolescentes em conflito com a lei, muitas vezes reproduz a lógica do sistema penal. O sistema de responsabilização juvenil permanece ancorado na mesma lógica histórica de punição do sistema penal (NICODEMOS et al., 2006).

O autor enfatiza que não houve, nem há, uma ruptura efetiva entre o sistema penal destinado aos adultos e o controle juvenil aplicado aos adolescentes autores de ato infracional, tratando-se não de um erro teórico, mas de “uma opção política do Estado, a partir de uma base ideológica, desencadeando seus mecanismos de controle, pautado por uma estratégia repressora de contenção dos grupos sócio-economicamente excluídos” (sic!) (NICODEMOS et al., 2006, p. 65).

Nesse cenário, em que o imaginário social é capturado pelo punitivismo, muitas vezes tornam-se aceitáveis ou até invisíveis as violações sistemáticas de direitos dentro do sistema socioeducativo. As percepções e práticas institucionais esvaziadas do caráter pedagógico e protetivo reverberam em um ambiente marcado pela reprodução de desigualdades estruturais, sobretudo para a juventude pobre, negra e periférica, e pela negação de direitos, dentre eles o direito à saúde mental.

O estigma constitui um elemento central na compreensão dos obstáculos de acesso ao direito à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei, uma vez que esses sujeitos já se encontram socialmente marcados por uma identidade desacreditada em razão do ato infracional a que respondem. Conforme analisa Erving Goffman, o estigma consiste no processo social que reduz o indivíduo de uma pessoa inteira e comum a alguém desqualificado, cuja identidade passa a ser definida a partir de atributos negativos socialmente construídos (GOFFMAN, 1988).

O estigma não reside no atributo em si, mas no processo social que o transforma em motivo de descrédito, produzindo expectativas, estereótipos e práticas discriminatórias que afetam a forma como o sujeito é percebido e tratado na interação com os outros (GOFFMAN, 1988). No âmbito do sistema socioeducativo, essa marcação tende a produzir leituras moralizantes e punitivas sobre os adolescentes, influenciando práticas institucionais que reforçam a exclusão e dificultam o reconhecimento de suas necessidades singulares, inclusive no campo da saúde mental.

O próprio cuidado em saúde mental já carrega um estigma historicamente associado à loucura, à periculosidade e à incapacidade. A sobreposição desses estigmas aprofunda processos de invisibilização. Assim, a assistência em saúde mental, que deveria constituir-se como dimensão essencial da socioeducação, acaba tensionada por um modelo institucional

que inviabiliza a garantia plena de direitos. O resultado é a conformação da atenção à saúde mental como um direito secundarizado e fragilizado, distante do que é preconizado pelas normas vigentes, o que favorece a predominância de respostas centradas no controle e na disciplina, em detrimento de abordagens psicossociais integrais e intersetoriais.

Para adolescentes em conflito com a lei, o direito à saúde mental assume contornos especiais, a priori pelo alto grau de vulnerabilidades que muitas vezes permeiam suas trajetórias. A compreensão desse sujeito exige uma abordagem que considere tanto as variáveis relativas às intensas mudanças físicas, biológicas, psicológicas quanto aquelas relacionadas a seus grupos de pertencimento, a seu meio social e a seu trânsito no mundo da cultura (TEIXEIRA et al., 2006).

A autora supracitada ainda reflete que a conduta delituosa do adolescente sempre revela algo do indivíduo e de seu ambiente social. Dessa forma, o ato infracional frequentemente se apresenta como a manifestação visível de um conjunto de fatores estruturais, como exclusão social, negligência familiar, falta de acesso a direitos fundamentais e vivências marcadas por violência e desigualdade (TEIXEIRA et al., 2006).

Em segundo lugar, há que se falar nas estruturas e rotinas institucionais que conformam o atendimento socioeducativo, frequentemente orientadas pela lógica disciplinar, trazendo impactos à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que a aplicação de medida socioeducativa não exclui, mas reforça, o dever estatal de garantir direitos fundamentais. É diante desse cenário que a atenção à saúde mental de adolescentes em privação de liberdade configura-se como obrigação jurídica do Estado tão necessária. Tal prerrogativa encontra respaldo na Constituição Federal de 1988, que assegura atendimento integral em saúde a todos como direito fundamental. (BRASIL, 1988, 1990)

De maneira mais específica e integrada, diversas normativas reconhecem o direito à atenção psicossocial a adolescentes em conflito com a lei, como o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que impõe às unidades a garantia de acesso a serviços especializados e à atenção psicossocial adequada, bem como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI), que reafirma a necessidade de abordagem intersetorial, humanizada e contínua.

A problemática central deste trabalho consiste na existência de um distanciamento entre o robusto arcabouço jurídico-normativo que assegura o direito à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado e a forma como

esse direito se concretiza na prática institucional do sistema socioeducativo do estado do Ceará. O interesse sobre o tema manifestou-se a partir da experiência de estágio vivenciada junto ao Núcleo de Atendimento do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA Ceará), que possibilitou o acompanhamento de alto número de casos relacionados à saúde mental de adolescentes no sistema socioeducativo e na prática de monitoramento e acompanhamento das condições desse sistema realizado pela instituição.

Embora o ordenamento jurídico brasileiro, à luz da doutrina da proteção integral e da perspectiva dos direitos humanos, reconheça o adolescente como sujeito de direitos em condição peculiar de desenvolvimento, observa-se que a atenção à saúde mental no sistema socioeducativo do Ceará ainda se apresenta de maneira fragmentada, reativa e frequentemente orientada por práticas medicalizantes e de controle, em detrimento de ações preventivas, interdisciplinares e de cuidado integral.

A partir disso, identificou-se a necessidade de lançar luz sobre esse tema frequentemente invisibilizado: a saúde mental de adolescentes privados de liberdade, que enfrentam tanto os estigmas do sistema socioeducativo, as opressões estruturais a que estão submetidos, quanto às dificuldades próprias da política pública de saúde mental no Brasil.

Com o objetivo geral de analisar a efetivação do direito à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado no estado do Ceará, à luz do ordenamento jurídico brasileiro, o trabalho busca examinar o marco jurídico-normativo que fundamenta esse direito, descrever e analisar os documentos internos que conformam a atenção à saúde mental no sistema socioeducativo de meio fechado no estado do Ceará, investigar de que modo a atenção à saúde mental é prevista e operacionalizada na prática institucional e identificar os principais limites, fragilidades e desafios à efetivação do direito à saúde mental no contexto da privação de liberdade.

A metodologia adotada neste trabalho fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo-analítico, desenvolvida a partir de análise documental, voltada à compreensão da relação entre o marco normativo e a prática institucional da atenção à saúde mental. O recorte empírico da pesquisa concentra-se no sistema socioeducativo de meio fechado do estado do Ceará, o que se identifica como um estudo de caso. Para isso, foram utilizados como fontes de pesquisa livros, artigos acadêmicos, legislações nacionais e estaduais, dados oficiais provenientes dos sistemas de informação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), relatórios e documentos de gestão da Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS), além de relatórios de monitoramento e inspeção produzidos por órgãos públicos e entidades especializadas.

No primeiro capítulo analisa-se o marco normativo que assegura o direito à saúde mental, como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI). A análise fundamenta-se na compreensão da saúde mental como direito fundamental e condição indispensável para a concretização da socioeducação com respeito à dignidade humana dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

O capítulo contempla ainda considerações acerca do desafio de transitar de um modelo socioeducativo historicamente punitivo para um paradigma de responsabilização com caráter pedagógico, conforme previsto pelo SINASE. Além disso, discorre-se sobre o paradigma de cuidado estabelecido a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Em segundo momento, o trabalho se debruça sobre os documentos que orientam a atenção à saúde mental no âmbito da política estadual de atendimento socioeducativo, como o Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo 2019-2028, os planos político-pedagógicos das unidades e a Portaria nº 023/2019 da SEAS, de Prevenção ao Suicídio.

Por último, a pesquisa analisa o panorama do sistema socioeducativo no intuito de compreender eventuais contradições no âmbito da atenção à saúde mental, através de relatórios de monitoramento realizados por instituições da sociedade civil, dados oficiais produzidos pela gestão do sistema e dados oficiais disponibilizados por órgãos públicos. Tais contradições se expressam na insuficiência de acompanhamento psicossocial individualizado, na fragilidade da articulação com a rede externa de saúde, no predomínio de práticas emergenciais em detrimento da atenção contínua e preventiva, na hipermedicalização como estratégia terapêutica e, sobretudo, na não consideração dos múltiplos determinantes sociais que impactam a saúde psíquica dos adolescentes em restrição ou privação de liberdade.

Diante desse cenário, evidenciam-se avanços normativos, lacunas existentes na implementação da atenção à saúde mental destinada a essa população, bem como reflete sobre caminhos possíveis para a efetivação desse direito fundamental.

2 O MARCO NORMATIVO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Objetiva-se analisar o marco normativo que fundamenta o direito à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei, articulando instrumentos jurídicos nacionais e internacionais. Busca-se compreender de que modo o ordenamento jurídico brasileiro, alinhado aos parâmetros internacionais de direitos humanos, estabelece garantias específicas para saúde mental desse público.

2.1 O Direito à Saúde Mental como direito fundamental

A saúde mental constitui um dos eixos essenciais para o desenvolvimento integral da pessoa humana, sendo componente indissociável do direito fundamental à saúde. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), responsável por consagrar o Estado Democrático de Direito pautado na promoção do bem-estar, estabeleceu no seu art. 6º os direitos sociais, entre eles a saúde. Considerada uma Constituição Cidadã por ampliar significativamente os direitos fundamentais e sociais e as garantias individuais, a Constituição da República estabeleceu, no art. 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Embora a Carta Magna não trate de modo expreso da saúde mental, seu reconhecimento decorre da interpretação sistemática do direito à saúde, em sentido amplo e integral, inspirado na definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Preâmbulo da sua Constituição, assinada em 22 de junho de 1946, a OMS define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, complementado com o entendimento de que “os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, que só pode ser cumprida por meio do fornecimento de medidas sociais e de saúde adequadas.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Essa concepção ampliada do direito à saúde foi incorporada ao texto constitucional brasileiro, de modo que a saúde mental não constitui aspecto acessório, mas integra o núcleo

essencial desse direito fundamental, assegurada a sua universalidade, integralidade e equidade. Ao incluir a saúde mental no âmbito do direito à saúde, a OMS reconheceu a importância de uma abordagem integral do sujeito, que considera os fatores sociais, culturais e psicológicos que influenciam seu bem-estar.

Após a promulgação da Constituição, o Brasil passou por um processo de reestruturação das políticas públicas, incluindo a política de saúde. Nesse sentido, a Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, (LOS) se encarregou de estabelecer a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo conteúdo contempla os princípios que orientam seu funcionamento, bem como estabeleceu a organização dos serviços de saúde. A LOS reforçou a perspectiva do direito integral à saúde ao instituir que as ações e serviços de saúde devem considerar os fatores determinantes e condicionantes, inclusive os de ordem psicológica e comportamental, compreendendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, abarcando a atenção à saúde mental em todas as faixas etárias e contextos. (BRASIL, 1990)

No âmbito da infância e juventude, a Constituição reforça a prioridade absoluta dos direitos de crianças e adolescentes, incluindo o direito à saúde, por se tratar de sujeitos em desenvolvimento.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Brasil, 1988)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído mediante a Lei nº 8.069/1990, reproduz esse arcabouço, ao reconhecer expressamente a proteção integral e prioritária no artigo 4º, e expressamente, o direito à saúde no art. 7º. Inspirado na Convenção Internacional dos Direitos da Criança de 1989¹, o ECA consagrou princípios importantes para a proteção infanto-juvenil, com destaque para o princípio da proteção integral, assegurando condições para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social de crianças e adolescentes de forma plena e digna, estabelecendo, para este fim, a corresponsabilidade de todos os atores sociais nos cuidados específicos e políticas públicas voltadas à promoção, defesa e garantia de direitos. (BRASIL, 1990)

O ECA representou uma ruptura significativa com a antiga Doutrina da Situação Irregular, presente no Código de Menores de 1979, que enxergava crianças e adolescentes

¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos da Criança, 1989. Nova Iorque: ONU.

apenas como “menores” em situação de abandono, pobreza ou conflito com a lei, e tratava-os como objeto de tutela e repressão estatal. A nova Doutrina da Proteção Integral, passou a reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos em desenvolvimento, destinatários de proteção integral com absoluta prioridade. Essa mudança de paradigma, deslocou o foco da intervenção do Estado sobre aquelas crianças e adolescentes “em situação irregular” para a garantia universal de direitos fundamentais a todos.

Enquanto componente indissociável do direito à saúde, considerada em sua dimensão mais ampla, a garantia da atenção à saúde mental para crianças e adolescentes é ainda mais necessária, considerando-se sua condição peculiar de desenvolvimento. O ECA reconheceu a necessidade de proteção especial a essa fase crucial do desenvolvimento humano, marcada por um período de intensa transformação, formação de identidade, valores e vínculos afetivos, a qual exerce papel fundamental na formação psicológica, moral e social dos sujeitos.

O processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes é profundamente influenciado pelo ambiente em que ela está inserida, pelos estímulos aos quais são submetidos, pelas relações que são estabelecidas, entre outros fatores. De toda maneira, a adolescência é uma fase permeada por transformações biopsicossociais que demandam acompanhamento e suporte. Em sua obra “Psicologia Social”, David Myers destaca que a influência social molda o comportamento humano, suas ações e pensamentos. Normas, grupos e interações sociais impactam atitudes e decisões, revelando os impactos do contexto social na formação e expressão do comportamento individual (MYERS, 2014).

A ideia de que o desenvolvimento humano não ocorre isoladamente, mas em constante interação com o contexto social que o cerca já estava presente nas obras de antigos filósofos, como Jean Jacques Rousseau. “Do Contrato Social” (ROUSSEAU, 1999) destaca a profunda influência que o meio exerce sobre o indivíduo ao afirmar que “o homem nasce livre, e por toda parte encontra-se acorrentado”. Com essa reflexão, o autor evidencia que o indivíduo é inevitavelmente, construído pelas estruturas sociais, pelos costumes e pelas instituições em que está inserido, refletindo nos seus comportamentos e valores.

Garantir um ambiente seguro, acolhedor e condições adequadas para desenvolvimento durante a infância e a adolescência é indispensável para assegurar um crescimento saudável, tanto físico quanto emocional e social desses sujeitos, tendo em vista que nessa fase, crianças e adolescentes estão especialmente vulneráveis a fatores de risco que podem comprometer seu equilíbrio psicológico e social.

Diante disso, o ECA reforça a responsabilidade coletiva de proteção da infância e adolescência contra qualquer forma de violência ou negligência, reconhecendo que o cuidado

com o desenvolvimento saudável é um dever coletivo. Essa prioridade não se restringe à proteção física, mas compreende também a saúde mental e emocional, visto a importância do equilíbrio psíquico para o desenvolvimento integral do indivíduo.

Para além de alcançar adolescentes, visto que o direito à saúde integral se estende a todos independente da sua idade, esse direito também é garantido aos adolescentes em conflito com a lei que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa, pois esse direito independe da condição ou circunstância de privação de liberdade.

O reconhecimento da saúde mental como dimensão indissociável do direito à saúde integral exige avançar para a análise do modelo assistencial que orienta as ações e os serviços destinados a esse campo, que passou por reformulação a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim como a mudança de paradigma imposta pelo ECA para crianças e adolescentes, a Reforma trouxe implicações para a organização do cuidado, a superação de práticas manicomialistas e a promoção de abordagens psicossociais centradas no território, na autonomia e na cidadania dos sujeitos.

2.2 O paradigma da atenção à saúde mental no Brasil

O modelo de atenção à saúde mental do Brasil, assim como o de muitos outros países, se constituiu sob forte influência de uma abordagem biomédica, a qual priorizava o tratamento de doenças físicas sob a égide de intervenções médicas e hospitalocêntricas. O efeito disso era a sobreposição dos tratamentos psiquiátricos mediante práticas medicalizantes e punitivas para indivíduos com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico. (AMARANTE, 1990)

A atenção à saúde mental até o final do século XX seguia práticas baseadas no modelo asilar e manicomial, com foco na internação prolongada em hospitais psiquiátricos, com o isolamento do paciente da sociedade. Nesse período, o olhar sobre pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico era fortemente associado à ideia de risco social que elas representavam, refletindo no atendimento centrado na contenção e na custódia. Desse modo, não era priorizada a promoção da saúde mental e a proteção dos direitos dos pacientes, os quais frequentemente eram submetidos a maus tratos e violências (BRASIL, 2005).

Durante as décadas de 1970 e 1980, o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil ganhou força na busca pelo redirecionamento da política de saúde mental no Brasil, inspirados em correntes de pensamento crítico em saúde mental, como a Reforma Psiquiátrica Italiana liderada pelo psiquiatra Franco Basaglia, que privilegiava a desinstitucionalização dos

pacientes e o cuidado em liberdade por meio dos serviços territoriais com preservação dos vínculos comunitários (NASCIMENTO, 2009).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira não foi um evento isolado, mas resultado de um processo histórico e social amplo, permeado por transformações teóricas, políticas, culturais e institucionais. Diversos autores buscaram analisar a complexidade desse movimento, destacando seus múltiplos campos de atuação e os desafios de consolidar um novo paradigma de atenção à saúde mental. Entre essas contribuições, Amarante (1999), apresenta uma das definições mais completas sobre o caráter multidimensional da reforma, ao afirmar que:

A reforma se tratou de processo social complexo como um movimento amplo composto de fatores inter-relacionados, onde podemos destacar quatro campos fundamentais: um campo teórico-conceitual ou epistemológico, empreendendo o trabalho de desconstrução e reconstrução dos principais conceitos fundantes da psiquiatria, tais como doença mental, alienação, saúde mental, dentre outros; um campo técnico-assistencial, onde se busca a construção de uma rede de novos serviços, substitutivos ao modelo terapêutico tradicional; um campo jurídico-político, voltado para a revisão das legislações existentes, no que estão relacionadas à questão psiquiátrica; e um campo sócio-cultural, onde se procura operar uma transformação do imaginário social da loucura. (AMARANTE, 1999) (sic!)

Nesse contexto, a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, materializou juridicamente os princípios desse movimento quando estabeleceu a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei representa a tradução legal do processo político de transformação defendido pelos múltiplos atores que integravam o movimento de reforma psiquiátrica, ao reconhecer a importância da desinstitucionalização, do cuidado em liberdade e da substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede comunitária de atenção psicossocial, pautada na dignidade e na cidadania dos sujeitos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica alterou o paradigma da atenção à saúde mental, deslocando o foco do modelo asilar e manicomial, para um modelo assistencial. Dentre seus princípios, a Reforma Psiquiátrica pautou-se no respeito à dignidade da pessoa humana, à autonomia da pessoa em sofrimento psíquico, a desinstitucionalização e a proteção contra qualquer forma de abuso ou violência institucional.

Além disso, em seu art. 1º, a referida lei foi enfática ao ressaltar que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Portanto, os direitos e a proteção também se destinam a crianças e adolescentes.

Nesse contexto, passou a ser estruturada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, como um instrumento estratégico para a efetivação do cuidado sob novo paradigma. A rede organiza os serviços de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando diferentes pontos de cuidado de modo a garantir a atenção às pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), as Unidades de Acolhimento, os Consultórios na Rua, e a atenção básica com ações em saúde mental, dentre outros.

Além da reestruturação dos serviços destinados ao cuidado em saúde mental, a RAPS orienta-se pelos princípios da territorialidade, intersetorialidade e participação social, assegurando que o atendimento seja próximo ao território de vida do usuário e em articulação com políticas de educação, assistência social e justiça. (BRASIL, 2011)

O cuidado em saúde mental, dentro desse novo paradigma, é orientado por princípios éticos que valorizam a autonomia, o acolhimento e o vínculo entre profissionais, usuários e comunidade. Ele ultrapassa o tratamento medicamentoso, incorporando práticas psicossociais e comunitárias que consideram a singularidade do sujeito e seu contexto de vida. Essa compreensão sedimenta aquilo que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica: o bem-estar dos sujeitos não ocorre de maneira isolada, mas em um processo dialético e dinâmico com os âmbitos da vida social.

Em síntese, o paradigma de atenção à saúde mental no Brasil, fundamentado na Lei da Reforma Psiquiátrica e na RAPS, representou um avanço civilizatório na consolidação dos direitos humanos e na promoção de um cuidado ético, integral e humanizado. É partindo desse referencial de cuidado que a atenção à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei passa a ser analisada com mais profundidade.

2.3 A atenção à saúde mental de adolescentes em conflito com a lei

A Reforma Psiquiátrica, como resultado de um movimento complexo anterior pela transformação do modelo de atenção à saúde mental, introduziu uma lógica de compreender o sofrimento psíquico e o cuidado da pessoa em sofrimento que ultrapassa a lógica do isolamento e da punição. Tal mudança de paradigma é fundamental no contexto de adolescentes em conflito com a lei, considerando a alta prevalência de demandas em saúde mental presentes nesse público, sejam elas anteriores ao ingresso no sistema socioeducativo ou, ainda, intensificadas e produzidas a partir da experiência da privação de liberdade.

Na obra “*Crime e Castigo*” (DOSTOIÉVSKI, 2001), acompanha-se a trajetória de Rodion Raskólnikov, um jovem estudante pobre em São Petersburgo que comete o assassinato de Aliena Ivanovna, uma agiota e, acidentalmente, a irmã dela, Lizaveta Ivanovna. A obra explora não apenas o crime cometido por Raskólnikov, mas, sobretudo, as consequências psicológicas e existenciais do ato, mergulhando no sofrimento interior do protagonista, na culpa, no medo da punição e na busca por redenção. A abordagem do autor destaca as questões complexas e profundas sobre moralidade, justiça e consciência.

Em “*Crime e Castigo*”, Dostoiévski evidencia que o crime não pode ser compreendido apenas como um ato racional ou movido por interesses materiais, mas também como expressão de um intenso sofrimento psíquico. O assassinato cometido por Raskólnikov decorre tanto de sua condição social adversa quanto de suas elaborações subjetivas marcadas por angústia, isolamento e delírios de superioridade, revelando como fatores emocionais e mentais influenciam diretamente a prática criminosa. Essa perspectiva permite estabelecer um paralelo com adolescentes em conflito com a lei, frequentemente atravessados por histórias de trauma, exclusão social e fragilidade emocional.

A violência, a negligência, bem como a própria privação de liberdade geram impactos profundos e duradouros não somente pelo sofrimento psíquico direto decorrente, mas também influencia no modo como esses jovens se relacionam com o mundo, com o outro, com as instituições, e sobretudo, consigo mesmo.

Erving Goffman dedicou-se a analisar os impactos das chamadas instituições totais, como manicômios, prisões e conventos, sobre a vida subjetiva e social dos indivíduos nelas inseridos. Segundo ele, essas instituições impõem um regime de controle contínuo e abrangente sobre todas as dimensões da existência, de modo que os sujeitos passam a viver sob regras rígidas, rotinas padronizadas e vigilância constante, o que compromete significativamente a autonomia, a identidade e a capacidade de autodeterminação. (GOFFMAN, 2015).

O autor descreve esse processo como a “mortificação do eu”, caracterizado pela progressiva despersonalização, pela ruptura com os vínculos sociais externos e pela submissão a práticas disciplinares que redefinem o indivíduo a partir de sua condição institucional. Tal dinâmica produz efeitos duradouros, como sentimentos de humilhação, dependência e alienação, além de prejuízos à saúde mental, uma vez que a supressão da singularidade e da liberdade tende a gerar sofrimento psíquico e dificuldades de reinserção social após o desligamento da instituição (GOFFMAN, 2015).

Portanto, no contexto de privação de liberdade, a atenção à saúde mental revela-se como elemento central para a promoção do cuidado integral, possibilitando a redução dos danos psíquicos decorrentes da institucionalização e a ressignificação das trajetórias de vida dos adolescentes em conflito com a lei.

O ECA destina um título específico, o qual está subdividido em capítulos e seções, para tratar sobre atos infracionais. Neste título, o ECA regula a forma como o Estado e os demais atores sociais devem lidar com adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional, isto é, condutas descritas como crime ou contravenção penal pela legislação, mas praticadas por pessoas menores de 18 anos.

O Estatuto se ocupou de estabelecer os direitos e deveres do adolescente, procedimento de apuração e responsabilização que deve guiar a atuação estatal, as garantias processuais do adolescente em conflito com a lei, os deveres do Estado para com o adolescente, as medidas socioeducativas aplicáveis e suas respectivas regras, dentre outros.

Especificamente no âmbito da medida socioeducativa de internação, cuja aplicação é excepcional e deve obedecer ao princípio da brevidade e ao respeito incondicional aos direitos fundamentais do adolescente, o art. 124 do ECA elenca os direitos do adolescente internado, dentre eles o direito de ser tratado com respeito e dignidade (BRASIL, 1990). Além disso, o art. 125 estabelece que é “dever do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos” (BRASIL, 1990).

O ECA obedece às diretrizes contidas em tratados e convenções internacionais. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU, ressalta o dever do Estado em garantir o respeito à dignidade da pessoa humana, com atenção especial às peculiaridades que o adolescente apresenta.

Artigo 37

Os Estados Partes assegurarão que:

[...]

c) Toda criança privada de liberdade deve ser tratada com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana, levando em consideração as necessidades de pessoas de sua idade. (ONU, 1989, art. 37, c).

As Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça Juvenil (Regras de Beijing), reforça que adolescentes privados de liberdade devem receber cuidados adequados à sua saúde física e mental, incluindo atendimento médico e psicológico especializado (ONU, 1985).

Não se pode olvidar que a restrição da liberdade traz consigo uma série de alterações à vida do adolescente em conflito com a lei, como a separação da família, o distanciamento dos

ciclos sociais a que estava habituado, a convivência em ambientes potencialmente violentos, o estigma social e a interrupção, ao menos temporária, de projetos de vida.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a privação de liberdade é reconhecida como um determinante crítico de saúde mental, exigindo resposta institucional sensível, integral e contínua. Conforme a OMS, as prisões e outros contextos de privação de liberdade são marcados por superlotação, violência, isolamento, ruptura de vínculos sociais e acesso limitado a serviços adequados de saúde, fatores que tendem a intensificar problemas de saúde mental já existentes e a produzir novos agravos, sobretudo entre populações jovens e vulneráveis (OMS, 2014).

A privação de liberdade tende a agravar transtornos mentais preexistentes, aumentar a exposição a traumas e fragilizar vínculos sociais essenciais ao desenvolvimento dos adolescentes. A combinação entre rupturas afetivas, experiências de violência, estigmatização e falta de cuidado especializado contribui para o aumento da ideação e do comportamento suicida, evidenciando que o ambiente de detenção representa um fator crítico para a deterioração emocional de adolescentes privados de liberdade (BARROS, 2016).

Em que pese a infância e a adolescência ser considerada pelo próprio ECA como uma fase fundamental para o desenvolvimento físico, psíquico e social, o confinamento, por sua própria natureza, limita as possibilidades de expressão desses aspectos, muitas vezes dando espaço a sentimentos de isolamento, ansiedade, frustração e baixa autoestima.

Além disso, a alta incidência de vulnerabilidades sociais, como pobreza, violências, histórico de negligência e o uso abusivo e precoce de substâncias psicoativas na população de adolescentes em cumprimento de medida traz consigo demandas complexas de atenção psicossocial.

Quando se trata de adolescentes do gênero feminino, observa-se um fator adicional de vulnerabilidade em comparação aos meninos. Essas jovens são atravessadas por opressões estruturais de gênero que as colocam, desde cedo, em posições de maior subordinação, insegurança e exposição à violência. As relações de gênero são relações de poder que se articulam a outras formas de dominação, como a de classe e a de raça, produzindo desigualdades concretas nas oportunidades de vida das mulheres (SAFFIOTI, 2015).

O ingresso de meninas no sistema socioeducativo não pode ser compreendido apenas como transgressão da norma penal, mas como expressão de violências estruturais e interseccionais que limitam suas possibilidades de existência. Suas trajetórias são mais marcadas por abusos, exploração, responsabilidades precoces e rupturas familiares, elementos que intensificam sua vulnerabilidade social e emocional, produzindo impactos diferenciados

e, muitas vezes, mais profundos sobre sua saúde mental e suas possibilidades de proteção e cuidado.

Assim, o estigma social associado aos adolescentes autores de atos infracionais, aliado às recorrentes condições precárias das unidades de internação e à presença de práticas institucionais violadoras de direitos produz impactos significativos sobre as trajetórias desses jovens. A combinação desses fatores aprofunda processos de exclusão e vulnerabilização, comprometendo o seu desenvolvimento saudável e a sua saúde.

A atenção à saúde mental desses adolescentes, portanto, traz questões sensíveis no âmbito da atenção à saúde mental, que envolve aspectos jurídicos, sociais, institucionais e subjetivos. Assim, a qualificação das práticas socioeducativas no âmbito da assistência à saúde psíquica constitui elemento central para a efetivação da cidadania e para a promoção de processos pedagógicos que se realizem de maneira digna, com respeito à condição peculiar de desenvolvimento e à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

2.4 A Lei do SINASE e o direito à saúde mental na socioeducação

A Lei nº 12.594/2012, também conhecida como Lei do SINASE, foi responsável por instituir o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e regulamentar a execução de medidas socioeducativas destinadas a adolescentes a quem se atribua a prática de ato infracional. Essa lei representa um marco na consolidação dos direitos de adolescentes em conflito com a lei, em harmonia com a garantia de direitos desse público conforme a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente, sobretudo no que tange à proteção integral e o respeito à dignidade da pessoa humana.

A Lei do SINASE estrutura, organiza e estabelece as principais diretrizes que norteiam o sistema socioeducativo brasileiro, incluindo em seu conteúdo a divisão de competências e responsabilidades entre os entes federativos: união, estados, distrito federal e municípios. Como diretriz que orienta o funcionamento desse sistema, o referido diploma legal prevê, dentre outras, a intersetorialidade nas políticas públicas com o objetivo de possibilitar a integralidade da atenção ao adolescente em conflito com a lei, articulando saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, profissionalização, dentre outros.

Em suma, o SINASE visa por meio de princípios e regras, garantir a efetividade do sistema socioeducativo não só na responsabilização de adolescentes em conflito com a lei através da socioeducação, como também assegurar desenvolvimento integral e a reintegração social desses jovens.

No âmbito da saúde, a Lei nº 12.594/2012 dedica um capítulo para tratar sobre dispõe expressamente que atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativas, a saber, o capítulo V (artigos 60 a 65). O referido capítulo define o padrão normativo mínimo para a oferta de cuidados em saúde no contexto da socioeducação reafirmando a compreensão da saúde como um direito humano fundamental e como condição indispensável para o cumprimento das medidas. (BRASIL, 2012)

O art. 60 da Lei nº 12.594/2012 estabelece a base principiológica da atenção integral à saúde no âmbito socioeducativo ao determinar que o cuidado deve ser desenvolvido em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com preocupação voltada às especificidades do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, respeitando a sua singularidade, autonomia e dignidade.

Art. 60. A atenção integral à saúde do adolescente no Sistema de Atendimento Socioeducativo seguirá as seguintes diretrizes:

I - previsão, nos planos de atendimento socioeducativo, em todas as esferas, da implantação de ações de promoção da saúde, com o objetivo de integrar as ações socioeducativas, estimulando a autonomia, a melhoria das relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias;

II - inclusão de ações e serviços para a promoção, proteção, prevenção de agravos e doenças e recuperação da saúde;

III - cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências;

IV - disponibilização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

V - garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);

VI - capacitação das equipes de saúde e dos profissionais das entidades de atendimento, bem como daqueles que atuam nas unidades de saúde de referência voltadas às especificidades de saúde dessa população e de suas famílias;

VII - inclusão, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS, bem como no Sistema de Informações sobre Atendimento Socioeducativo, de dados e indicadores de saúde da população de adolescentes em atendimento socioeducativo; e

VIII - estruturação das unidades de internação conforme as normas de referência do SUS e do SINASE, visando ao atendimento das necessidades de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Ao estabelecer que a atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa observará as diretrizes do SUS, privilegiando o acesso universal, igualitário e integrado, a Lei do SINASE preocupou-se de que o atendimento realizado nas unidades não se configure como sistema paralelo, mas como parte orgânica da rede pública de saúde, com vistas a assegurar que a condição de privação de liberdade não restrinja, sob nenhuma hipótese, o acesso a ações e serviços de saúde.

Isso significa que a gestão das unidades socioeducativas têm o dever jurídico de assegurar que adolescentes com necessidades de saúde sejam prontamente encaminhados para

avaliação e atendimento nos serviços adequados do SUS, desde o acompanhamento na atenção primária, até procedimentos e tratamentos de média e alta complexidade.

Essa determinação é particularmente relevante no campo da saúde mental, uma vez que o contexto de privação de liberdade frequentemente intensifica experiências de sofrimento psíquico, agrava transtornos mentais previamente existentes e acentua desigualdades estruturais vividas por adolescentes em conflito com a lei. Sendo assim, é fundamental que o adolescente que apresenta demandas relacionadas à sua saúde mental receba acompanhamento adequado por meio de equipamentos da RAPS, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), serviços ambulatoriais, dentre outros necessários à sua condição.

Ainda nesse sentido, a Lei do SINASE traz mandamentos importantes quanto à atenção à saúde de adolescentes com transtorno mental ou com dependência de álcool e outras drogas. Em seus arts. 64 e 65, o diploma normativo consagra o direito de adolescentes que apresentam alguma dessas condições, ou ambas, receberem atenção adequada, contínua e integrada no âmbito das medidas socioeducativas (BRASIL, 2012).

O art. 64 estabelece como diretriz fundamental o atendimento especializado, determinando que esses adolescentes devem ser encaminhados para serviços de saúde específicos, conforme a rede de saúde mental e de atenção psicossocial. A norma reafirma o princípio da integralidade previsto no ECA, reconhecendo que o tratamento das questões de saúde mental não pode ser realizado exclusivamente no interior das unidades socioeducativas, mas exige articulação com a política pública de saúde, especialmente com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A assistência em saúde mental é compreendida de maneira integral, englobando atendimentos emergenciais, psiquiátricos e psicoterapêuticos, sem qualquer discriminação frente a outros usuários do sistema único de saúde. A ideia central, portanto, é que o atendimento em saúde não seja restringido à equipe técnica da unidade ou substituído por procedimentos insuficientes, pelo contrário, ele deve ocorrer através do estabelecimento de fluxos permanentes de articulação com o sistema de saúde, garantindo ao adolescente sua condição de usuário pleno do SUS.

A ênfase na unidade territorial reforça o princípio da continuidade do cuidado, impedindo que o adolescente seja desvinculado do território sanitário ao qual pertence ao ingressar na medida socioeducativa, bem como é fundamental para manutenção do cuidado após a sua saída. Quando essa articulação não ocorre, a internação provoca rupturas no

cuidado que podem agravar quadros clínicos, gerar abandono de tratamentos e produzir riscos adicionais de recaída ou desorganização psíquica.

O art. 65 complementa esse entendimento ao prever que adolescentes privados de liberdade e que apresentem transtornos mentais ou dependência química não devem permanecer em unidades socioeducativas quando sua condição exigir cuidados especializados incompatíveis com o regime de internação. Nesses casos, a lei determina a imediata comunicação à autoridade judiciária e a articulação com os serviços de saúde para garantir atendimento adequado. Essa interface expressa a interpretação sistemática das normas que regem o sistema socioeducativo com as disposições da Lei da Reforma Psiquiátrica quanto ao cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental a elas destinado.

A Lei do SINASE reforça a responsabilidade compartilhada entre o sistema socioeducativo e o Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando que a privação de liberdade não deve se sobrepor ao direito fundamental ao cuidado em saúde, e que a institucionalização jamais pode agravar ou negligenciar condições clínicas prévias. Assim, evidencia-se o mecanismo de proteção, evitando que adolescentes permaneçam em ambientes inadequados e garantindo que prevaleça o princípio da proteção integral.

A Lei nº 12.594/2012 reafirma que o atendimento socioeducativo deve estar alinhado às políticas públicas de saúde e aos direitos humanos, assegurando cuidado multidisciplinar, acesso a tratamento e continuidade terapêutica mesmo durante o cumprimento da medida. Além disso, a lei busca afastar perspectivas meramente punitivas, reafirmando que a finalidade socioeducativa depende da garantia de condições adequadas de saúde física e mental. Com isso, ela consolida diretrizes fundamentais para que o sistema socioeducativo opere de forma humanizada, articulada e orientada à proteção integral dos adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial.

2.5 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação (PNAISARI), instituída por Portaria do Ministério da Saúde em 23 de maio de 2014, consolidou a garantia do direito à saúde integral para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, estabelecendo um diálogo imprescindível entre as políticas de saúde e o sistema socioeducativo. A referida política é resultado de um processo

de reconhecimento progressivo de que os adolescentes privados de liberdade apresentam vulnerabilidades ampliadas e significativo risco psicossocial, ou seja, demandas complexas que exigem respostas estatais coordenadas e qualificadas entre os sistemas de saúde e de socioeducação.

Na formulação da PNAISARI foram consideradas as normativas fundamentais acerca do direito à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, como o ECA, as leis e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e o SINASE. Ela foi responsável por organizar, em nível nacional, o atendimento em saúde para adolescentes em cumprimento de medida, sobretudo aquelas de meio fechado (internação, internação provisória e semiliberdade).

A referida política tem como objetivo assegurar atenção integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade, com respeito aos direitos humanos, às particularidades do desenvolvimento juvenil e às condições específicas presentes no contexto socioeducativo. Nesse sentido, ela não apenas orienta práticas institucionais, mas também reafirma a centralidade da proteção integral e a necessidade de garantir que o regime de privação de liberdade não se converta em precarização ou supressão do direito à saúde integral.

A PNAISARI estabelece parâmetros claros para o atendimento em saúde para adolescentes em conflito com a lei. Um dos eixos mais relevantes consiste na garantia de acesso contínuo, oportuno e integral às ações e serviços de saúde, incluindo os de saúde mental, que historicamente foi negligenciado nesse contexto institucional. Além disso, a política propõe a articulação intersetorial entre o SUS e o SINASE, entendendo que a efetivação do direito à saúde depende da cooperação de ambas.

Outro objetivo importante refere-se à qualificação dos profissionais que atuam nesses espaços, reconhecendo que práticas pautadas na ética, no respeito aos direitos humanos e na humanização são fundamentais para evitar a reprodução de violências e fortalecer processos educativos. A PNAISARI também enfatiza a relevância da participação social e da criação de mecanismos de monitoramento e controle social, bem como dos sistemas de informação, entendendo-os como fundamentais para temas de informação, entendendo que a transparência e a participação são fundamentais para o aprimoramento contínuo e para a avaliação da efetividade das ações implementadas.

Os princípios que fundamentam a PNAISARI se conectam diretamente aos princípios constitucionais do SUS e aos marcos normativos do SINASE, dentre os quais se destacam o respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes, a universalidade do acesso aos serviços, a integralidade do cuidado em saúde, a equidade,

reconhecendo desigualdades e necessidades específicas dos adolescentes privados de liberdade, a intersetorialidade das políticas públicas e a participação social, sobretudo dos adolescentes, familiares e conselhos de direitos.

A universalidade reafirma que adolescentes privados de liberdade não podem ser excluídos do acesso a cuidados de saúde, já que a condição de internação não anula, mas reforça a obrigação estatal de proteção. A integralidade exige que o cuidado contemple as múltiplas dimensões que atravessam a vida dos adolescentes, desde aspectos clínicos e fatores sociais, familiares, educacionais e territoriais que afetam seu bem-estar. A PNAISARI filia-se ao entendimento de que a saúde é um fenômeno multidimensional e exige cuidado que contemple prevenção, promoção, recuperação e reabilitação.

A equidade, por sua vez, demanda ações específicas voltadas às desigualdades estruturais que atravessam esses sujeitos, como marcadores de raça, gênero, classe e território que moldam tanto a entrada no Sistema Socioeducativo quanto às condições de saúde por eles apresentadas, bem como os impactos à saúde decorrentes da privação de liberdade.

Por fim, os princípios da intersetorialidade e da participação social reforçam a necessidade de articulação entre políticas públicas e da inclusão de adolescentes, familiares e conselhos de direitos nos processos decisórios, contribuindo para práticas institucionais mais democráticas e transparentes.

O reconhecimento da alta prevalência de sofrimento psíquico, uso abusivo de substâncias, vivências atravessadas pela violência e negligência coloca a saúde mental como área central no cuidado a adolescentes em conflito com a lei. Dessa forma, a PNAISARI elenca como objetivos específicos a garantia de ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei, a prioridade de ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas e a promoção da reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Foi a partir desses objetivos que a PNAISARI estabeleceu as diretrizes que orientam o modo como o cuidado em saúde mental para adolescentes em conflito com a lei deve ser operacionalizado, a partir de três dimensões fundamentais: promoção da saúde e prevenção de agravos, ações de assistência e reabilitação da saúde e educação permanente.

A dimensão da promoção em saúde e da prevenção de agravos envolve ações de promoção da saúde, redução de danos, fortalecimento de vínculos e criação de ambientes protetivos dentro das unidades. A dimensão assistencial abrange diagnóstico, tratamento e acompanhamento psicossocial, articulados com equipes multiprofissionais e redes externas

especializadas. Já a educação permanente consiste no sentido de qualificar profissionais que atuam no sistema socioeducativo, sobretudo na atenção à saúde.

Em seu art. 10, a Portaria estabelece que na atenção básica acontecerá a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas.

Por sua vez, fica a cargo da atenção especializada e a atenção às urgências médicas a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desse público e os agravos decorrentes da institucionalização e o acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência.

A Portaria é explícita ao afirmar que “os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa são usuários do SUS e devem ter garantido o acesso a todos os serviços da rede, nas mesmas condições que os demais cidadãos” (BRASIL, 2014), reafirmando o caráter incondicional desse direito e afastando a ideia de serviços paralelos ou restritos às unidades.

Neste sentido, a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) busca romper a lógica de isolamento institucional, permitindo que adolescentes tenham acesso a serviços como CAPSi, CAPS AD, ambulatórios especializados e hospitais gerais, garantindo continuidade, especialização e aprofundamento terapêutico quando necessário.

A PNAISARI estabelece que a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde, sendo necessário que cada unidade socioeducativa tenha como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica.

Outro elemento importante diz respeito aos profissionais que compõem as equipes da atenção básica. A organização das ações por equipes multiprofissionais é um dos pilares da PNAISARI, reconhecendo que o atendimento em saúde não pode ser fragmentado ou restrito a intervenções biomédicas. Psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais e educadores têm papéis complementares na construção

de práticas de cuidado integradas, humanizadas e alinhadas ao desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)².

Assim, a PNAISARI não apenas estabeleceu diretrizes técnico-operacionais, mas representou um instrumento central para a consolidação de práticas institucionais que reconhecem adolescentes privados de liberdade como sujeitos de direitos, dotados de dignidade e inseridos em processos de desenvolvimento.

Seu fortalecimento exige compromisso político, investimentos adequados, formação continuada de equipes e monitoramento rigoroso. Somente a partir desse conjunto de ações é possível assegurar que a privação de liberdade não se traduza em negação de direitos, mas em oportunidade para a construção de trajetórias mais dignas e integradas à vida comunitária.

A PNAISARI, ao prever ações de promoção da saúde mental, atendimento psicológico individual e coletivo, elaboração de PTS em diálogo com adolescentes e famílias e articulação com dispositivos da RAPS, buscou romper práticas historicamente marcadas pela medicalização ou pela negligência do sofrimento emocional. Ademais, o acompanhamento pós-medida passou a constituir estratégia essencial para continuidade terapêutica, prevenção de recaídas ou remissões e fortalecimento da reinserção social.

A implementação da PNAISARI nos estados e municípios possui diretrizes que orientam os entes federados desde a estruturação até a execução e monitoramento de suas ações, enfatizando a necessidade de planejamento integrado, cooperação interfederativa e mecanismos claros de responsabilização para a materialização.

Nesse sentido, a Portaria dispõe que “a implementação da Política deverá ocorrer de forma articulada entre os gestores estaduais e municipais de saúde e socioeducação, assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2014), o que reforça o caráter intersetorial da política e a impossibilidade de sua execução isolada por apenas uma secretaria ou esfera de governo.

A primeira etapa da implementação consiste na elaboração do Plano Operativo da PNAISARI, instrumento obrigatório para todos os estados e municípios que possuem unidades socioeducativas de privação de liberdade. Esse documento funciona como eixo estruturante da política, permitindo o diagnóstico situacional, a definição de

² Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de planejamento e cuidado em saúde que organiza, de forma sistemática e integrada, as intervenções direcionadas a um sujeito ou grupo em situação de vulnerabilidade, considerando suas necessidades singulares, seu contexto social, suas potencialidades e sua autonomia, construído coletivamente pela equipe multiprofissional, que envolve avaliação, definição de objetivos, pactuação de ações e monitoramento contínuo.

responsabilidades, a organização dos fluxos de atendimento e o estabelecimento de metas e indicadores de monitoramento.

A Portaria destaca que “a unidade socioeducativa deve dispor de equipe capaz de realizar ações de promoção, prevenção e primeiros cuidados, articulando-se com os serviços de referência do SUS para continuidade do tratamento” (BRASIL, 2014), reforçando a noção de cuidado compartilhado. Esse arranjo demonstra que a execução da PNAISARI requer um equilíbrio entre ações internas e externas, materializando o princípio da integralidade do cuidado

A PNAISARI exige mecanismos permanentes de monitoramento, avaliação e participação social. Os planos operativos devem definir indicadores, prazos, responsáveis e estratégias de revisão periódica, permitindo que estados e municípios identifiquem avanços, falhas e necessidades de readequação. A articulação com instâncias de controle social, como Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde, Defensoria Pública e Ministério Público, fortalece a fiscalização da política e amplia a transparência na gestão. Em síntese, a PNAISARI só se concretiza plenamente quando incorporada ao planejamento regular das secretarias, quando integrada aos processos decisórios do atendimento socioeducativo quando reconhecida como política pública de caráter permanente e obrigatório, não como ação pontual ou complementar.

3 SAÚDE MENTAL NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO CEARÁ

A compreensão da atenção à saúde mental no sistema socioeducativo de meio fechado do Ceará exige a contextualização da estrutura e funcionamento dessa política. Por este motivo, o presente capítulo dedica-se ao estudo das normativas locais, de âmbito estadual, que disciplinam a Política de Atendimento Socioeducativo.

3.1 Estrutura e funcionamento do sistema socioeducativo de meio fechado do Ceará

Como visto, a Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (BRASIL, 2012) estabelece parâmetros fundamentais para a organização e execução das políticas públicas voltadas aos adolescentes em conflito com a lei, definindo competências específicas para cada ente federativo.

De acordo com a Lei nº 12.594/2012 (BRASIL, 2012), cabe aos Estados formular, instituir, coordenar e manter o Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo, observando obrigatoriamente as diretrizes fixadas pela União. Além disso, os Estados devem elaborar o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo em consonância com o Plano Nacional, garantindo coerência normativa, técnica e metodológica entre os diferentes níveis de gestão.

Entre suas atribuições, inclui-se ainda a criação, o desenvolvimento e a manutenção de programas destinados à execução das medidas socioeducativas de semiliberdade e internação, assegurando que essas modalidades de atendimento sejam estruturadas de forma adequada, padronizada e orientada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.

No Ceará, a Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS) é o órgão de governo responsável por gerenciar e executar as medidas socioeducativas de meio fechado (internação, semiliberdade) para adolescentes e jovens em conflito com a lei, através de centros socioeducativos e programas pedagógicos.

É importante frisar que a SEAS só foi criada em 2016, como resposta à crise anterior do sistema estadual de atendimento socioeducativo, anteriormente executada sob a gestão da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Trabalho do Ceará (STDS). A referida crise, datada entre os anos de 2013 e 2015, consistiu na multiplicação de casos de violência e violação de direitos dos adolescentes inseridos no contexto do sistema de atendimento socioeducativo estadual, cujas denúncias iam desde maus-tratos, tortura, péssimas condições

das unidades, ocorrência de grande número de rebeliões, incluindo o registro de morte de adolescentes internos.

As graves violações de direitos humanos foram denunciadas à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) pelos peticionários³, o que ensejou a outorgação das Medidas Cautelares 60-15 em favor de adolescentes internados no Ceará.

No Ceará, principalmente entre 2014 e 2015, houve uma explosão de violência e violação de direitos dos adolescentes inseridos no contexto do sistema de atendimento socioeducativo estadual. Inúmeras foram as denúncias de tortura e maus-tratos, de más condições das unidades e da ocorrência de rebeliões, que chegaram a culminar inclusive na morte de socioeducandos. Esses incidentes deram origem, por meio de instituições cearenses que atuam na defesa dos direitos da criança e do adolescente no Ceará, ao encaminhamento de solicitação de medidas cautelares à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) em 2015.

A Resolução nº 71/2015 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) concedeu as medidas cautelares diante das graves violações de direitos humanos constatadas no sistema socioeducativo do Ceará, fundamentada na existência de “*situação de gravidade e urgência*” e no risco de “*dano irreparável*” à vida e à integridade física de adolescentes privados de liberdade. A Resolução determinou que o Brasil adotasse providências imediatas para assegurar condições mínimas de dignidade e proteção nas unidades de internação. Segue trecho da decisão:

Em vista dos antecedentes destacados, a CIDH considera que este assunto reúne *prima facie* os requisitos de gravidade, urgência e irreparabilidade constantes do artigo 25 do seu Regulamento. Em consequência, a Comissão solicita ao Governo do Brasil que:

- a) adote as medidas necessárias para salvaguardar a vida e a integridade pessoal dos adolescentes detidos no Centro Educacional São Miguel, no Centro Educacional Dom Bosco e no Centro Educacional Patativa do Assaré do estado do Ceará, e aqueles transferidos provisoriamente ao Presídio Militar de Aquiraz, de acordo com as normas internacionais e à luz do interesse superior da criança.
- b) Forneça condições adequadas em termos de infraestrutura e pessoal suficiente e idôneo, bem como nos aspectos relativos a higiene, alimentação, saúde, educação e tratamento médico, que garantam a proteção da integridade pessoal e da vida dos adolescentes;
- c) Assegure a implementação de programas e atividades idôneas e adaptadas aos adolescentes para garantir o seu bem-estar e a sua integridade física, psíquica e moral, de acordo com as normas estabelecidas pelo direito internacional dos direitos humanos para adolescentes privados de liberdade;
- d) Implemente medidas idôneas que garantam as condições de segurança nos centros de detenção em que se encontram os adolescentes beneficiários destas medidas

³ Centro de Defesa da Criança e do Adolescente - CEDECA Ceará, Fórum Permanente das Organizações Não Governamentais em Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes - Fórum DCA e a Associação Nacional dos Centros de Defesa de Criança e Adolescente - ANCED

- cautelares, seguindo as normas internacionais de direitos humanos e resguardando a vida e a integridade pessoal todos os adolescentes; de
- e) Execute ações imediatas para reduzir substancialmente o número de detidos nessas unidades e evitar as condições de superlotação e o uso de celas de isolamento no interior das unidades;
- f) Coordene as medidas a serem adotadas com os beneficiários e os seus representantes; e
- g) Informe sobre as ações adotadas com vistas à investigação dos supostos fatos que levaram à adoção desta medida cautelar e assim evitar a sua repetição. (CIDH, 2015)

Entre as obrigações impostas, destacam-se: a garantia de infraestrutura adequada e não degradante; a redução da superlotação; a disponibilização de equipe técnica e de segurança em número suficiente e devidamente capacitada; a oferta contínua de serviços essenciais, como saúde, educação, alimentação e atividades socioeducativas; e a adoção de medidas eficazes para prevenir tortura, maus-tratos, isolamento abusivo e outras práticas violadoras de direitos.

Destaca-se que o Ceará possui 18 unidades socioeducativas voltadas ao atendimento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechada (internação e semiliberdade) sendo 17 delas para o público masculino e apenas uma voltada ao atendimento do público feminino e população trans, o Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota. As unidades estão distribuídas da seguinte maneira no Estado:

Tabela 1 - Unidades Socioeducativas do Estado do Ceará

Unidade	Público	Localização
Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota	Internação, internação provisória e Semiliberdade	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo de Semiliberdade Mártir	Semiliberdade	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo Antônio Bezerra	Internação Provisória	Fortaleza/CEE
Centro Socioeducativo Cardeal Aloísio Lorscheider	Internação	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo Dom Bosco	Internação	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo Patativa do Assaré	Internação	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo São Francisco	Internação Provisória	Fortaleza/CE

Centro Socioeducativo São Miguel	Internação Provisória	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo do Canindezinho	Internação	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo Passaré	Internação	Fortaleza/CE
Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Crateús	Semiliberdade	Crateús/CE
Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Sobral	Semiliberdade	Sobral/CE
Centro Socioeducativo Dr. Zequinha Parente	Internação Provisória	Sobral/CE
Centro Socioeducativo de Sobral	Internação	Sobral/CE
Centro Socioeducativo José Bezerra de Menezes	Internação Provisória	Juazeiro do Norte/CE
Centro Socioeducativo Padre Cícero	Internação	Juazeiro do Norte/CE
Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Juazeiro do Norte	Semiliberdade	Juazeiro do Norte/CE
Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Iguatu	Semiliberdade	Iguatu/CE

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Além das unidades acima referidas, o sistema socioeducativo do Ceará conta ainda com a Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro, que serve ao acolhimento inicial e transitório para adolescentes apreendidos por ato infracional em Fortaleza, Ceará. A função da unidade é receber, abrigar e organizar o fluxo desses jovens, articulando com os órgãos do sistema de justiça, a família e outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (Delegacia da Criança e do Adolescente, Ministério Público, Defensoria Pública) para garantir seus direitos e encaminhá-los para a medida socioeducativa definida judicialmente (internação, semiliberdade) ou para o retorno à família.

A gestão das unidades socioeducativas do Ceará é realizada de maneira compartilhada entre a Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo e organizações da sociedade civil (OSCs), selecionadas mediante chamamento público, ficando responsáveis

pela cogestão de centros socioeducativos específicos ou pela execução de projetos e programas.

Os programas de atendimento socioeducativo do Ceará de meio fechado se subordinam às normativas estabelecidas pela Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo através de suas portarias, bem como possuem regimento interno⁴ unificado aplicável a todas as unidades.

3.2 Atenção à Saúde Mental no Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo do Ceará (2019-2028)

O principal instrumento de planejamento estratégico para orientar a gestão e a coordenação de ações destinadas ao atendimento de jovens em conflito com a lei é o Plano Decenal, ou seja, com vigência de dez anos. O plano elaborado pelo governo estadual funciona como um norteador da política de atendimento socioeducativo, especialmente as de privação de liberdade, e deve seguir as diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo, bem como deve oferecer subsídios para a construção de planos municipais, que contempla as medidas de meio aberto.

O Plano Estadual Decenal de Atendimento Socioeducativo, em linhas gerais, deve estabelecer objetivos, ações, metas, e responsabilidades entre diferentes setores (poder público em suas diferentes políticas, sistema de justiça, sociedade civil, família) com foco no oferecimento de um atendimento integral, com previsão de mecanismos de monitoramento, avaliação e revisões periódicas. No Ceará, o plano vigente de atendimento socioeducativo foi aprovado pelo Conselho Estadual dos Direitos de Crianças e Adolescentes (CEDCA) através da Resolução nº 379/2018, em 21 de novembro de 2018. O plano possui vigência de 2019 até 2028.

Em análise ao Plano Estadual Decenal de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará, a partir da sua matriz estratégica, é possível notar o pouco detalhamento das ações voltadas à atenção à saúde mental. O Eixo 2, que trata da qualificação do Atendimento Socioeducativo, estabelece algumas ações no campo da saúde. Apesar do documento se dividir por tipo de medida socioeducativa (internação provisória, internação e semiliberdade), as ações são semelhantes para os três grupos, de modo que será tratado de maneira unificada.

⁴ CEARÁ. SECRETARIA DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. *Regimento Interno: Unidades de Medidas Socioeducativas do Estado do Ceará*. Fortaleza, 2015. 101 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2018/06/regimento-interno-2015.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

Desse modo, considera-se que a matriz apresenta 2 ações relacionadas à saúde ampla. A primeira consiste na “Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)”, a qual correspondem 3 (três) produtos/resultados: i) Municípios com Centros Socioeducativos com Planos de Ação Anual e Plano Operativo elaborados; ii) municípios com Centros com a PNAISARI implementada; e iii) centros Socioeducativos estruturados e com equipe de profissionais em conformidade com as normas de referência do SUS em relação à Atenção Básica (Inciso VIII do Art. 60 e Art. 62 do SINASE, 2012) e PNAISARI.

Por sua vez, a segunda ação trata da “Promoção e Assistência Integral à Saúde do Adolescentes em cumprimento de medida”, que conta com 8 produtos/resultados correspondentes, sendo eles:

- a) eventos de formação em promoção assistência integral à saúde do adolescente para os profissionais dos Centros Socioeducativos;
- b) centros socioeducativos com atividades coletivas em saúde realizadas mensalmente;
- c) centros socioeducativos com encontros mensais do Grupo de Apoio na abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas e redução de dano;
- d) centros socioeducativos com ações preventivas em saúde bucal
- e) centros Socioeducativos em conformidade com o Protocolo de Notificação Compulsória de Violências
- f) centros socioeducativos com ações de saúde ocular
- g) adolescentes gestantes e puérperas com pré-natal e puerpério
- h) adolescentes com atendimento de saúde sexual e reprodutiva com disponibilidade de insumos, testes rápidos e exames complementares

Além dos resultados acima correspondentes à ação de que são comuns aos três regimes de cumprimento de medida, o Plano ainda traz mais dois resultados/produtos para os regimes de internação e semiliberdade: adolescentes e jovens com avaliação médica preventiva realizada durante o cumprimento da medida e adolescentes e jovens atendidos em consultas odontológicas preventivas e de tratamento durante o cumprimento da medida.

Como se nota, o plano não contempla nenhuma ação no campo da saúde mental para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. O documento revela uma tensão constante entre a robustez normativa e a limitada capacidade operacional do sistema socioeducativo cearense. Ainda que o Plano afirme a centralidade da intersetorialidade e da integralidade do cuidado, suas diretrizes frequentemente se mantêm em nível macroestrutural, com uma abordagem essencialmente biomédica da saúde.

3.3 Os Planos Político Pedagógico das Unidades Socioeducativas

A crítica torna-se mais evidente quando se examina a relação entre o Plano Decenal e os Projetos Político-Pedagógicos das unidades socioeducativas. Esse documento orienta as ações pedagógicas e socioeducativas em unidades que atendem adolescentes em conflito com a lei, definindo valores, metas e estratégias com foco na ressocialização, escolarização e fortalecimento de vínculos. Os PPPs, concebidos como documentos orientadores do fazer institucional, deveriam operar como ponte entre a política global e a prática local. Entretanto, muitos desses projetos revelam um caráter burocrático e pouco articulado com as diretrizes de saúde mental.

Foram analisados cada um dos 18 (dezoito) Projetos Político Pedagógicos correspondentes a cada unidade socioeducativa de meio fechado, com exceção do Centro Socioeducativo Antônio Bezerra, situado em Fortaleza, pois seu plano pedagógico não estava disponível para consulta pública no sítio da SEAS⁵. Cabe destacar que todos os Planos Político-Pedagógicos foram formulados em 2021 e a análise foi realizada a partir de 6 eixos de análise:

- a) recepção/acolhimento do adolescente;
- b) acompanhamento/ atenção à saúde mental durante o cumprimento da medida;
- c) continuidade do acompanhamento pós-medida;
- d) protocolo para situações de crise;
- e) fluxos e articulação com a PNAISARI/RAPS e
- f) práticas preventivas e alternativas de cuidado.

Tabela 2 - Análise da atenção à saúde mental no PPP

UNIDADE SOCIOEDUCATIVA	SAÚDE MENTAL NO PPP
Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro ⁶	A) Recepção: Atendimento inicial com abordagem psicossocial realizado por assistente social e/ou psicólogo, após atendimento da Enfermagem onde apresenta-se ao adolescente as orientações da medida socioeducativa, realiza diálogo sobre a rotina da Unidade e é preenchida a ficha de recepção.

⁵ Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo – SEAS. *Projeto Político Pedagógico*. Fortaleza: SEAS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/projeto-politico-pedagogico/>. Acesso em: 04 nov. 2025.

⁶ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Unidade de Recepção Luis Barros Montenegro*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. PDF. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/URLBM.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

	<p>B) Acompanhamento: Não se aplica em razão do caráter transitório do serviço.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não se aplica</p> <p>D) Situações de crise: não há previsão de fluxo interno ou protocolo.</p> <p>E) Articulação com a RAPS ou PNAISARI: Não há.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: A equipe de referência da Unidade analisa as dinâmicas sociais do cotidiano para evitar interpretações acríicas dos comportamentos dos adolescentes, utilizando esse entendimento para fomentar reflexão e desenvolvimento, de modo que o jovem reconheça seu papel na construção de sua própria trajetória."</p>
Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota ⁷	<p>A) Recepção: Os socioeducandos/as que ingressam no Centro são atendidos pelo setor de psicologia nas primeiras 24 horas para investigação de quadro de sofrimento psíquico, histórico de transtorno psiquiátrico e uso de substâncias psicoativas, sendo encaminhados ao médico psiquiatra para avaliação quando necessário.</p> <p>B) Acompanhamento: A psicóloga de referência junto com enfermeiras mantém contato com a equipe responsável pelo atendimento ambulatorial. Nos casos em que o adolescente ou jovem faça acompanhamento na RAPS ou particular, é articulado a continuação do tratamento durante o cumprimento da medida. O acompanhamento psiquiátrico é realizado pela psiquiatra da SEAS que atende mensalmente oito socioeducandas/os.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: O setor de psicologia realiza encaminhamento para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no caso das adolescentes que não residem em Fortaleza, e para as que são da capital é realizado orientação acerca da necessidade de continuidade do tratamento já iniciado no CAPS</p> <p>D) Situações de Crise: Quando necessário, em situações de crise (ideação suicida aguda e tentativa de suicídio) adolescente é levada para atendimento de emergência no Hospital de Saúde Mental de Messejana. A identificação dos sinais é responsabilidade de todos os profissionais, que devem</p>

⁷ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 43 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-ALDACI-BARBOSA-MOTA-.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

	<p>repassar para a psicóloga de referência para adoção das medidas cabíveis, segundo a Portaria nº 23/2019 – SEAS, que dispõe sobre a padronização de termos, normas, rotinas e procedimentos voltados a prevenção do suicídio.</p> <p>E) Articulação com RAPS/PNAISARI: É realizada articulação no escopo da PNAISARI com o CAPSi da Regional III, que atende a região onde o Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa está localizado.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: não há previsão</p>
Centro Socioeducativo de Semiliberdade Mártir ⁸	<p>A) Recepção: Pouco direcionamento do PPP quanto aos procedimentos adotados na recepção do adolescente na unidade.</p> <p>B) Acompanhamento: O acompanhamento dos socioeducandos no eixo saúde mental se dá a partir dos atendimentos psicológicos no próprio centro, com o objetivo de identificar demandas em saúde mental e oferecer ações que promovam os cuidados e manutenção da saúde mental. Quando identificadas demandas que necessitam de cuidados mais amplos, é feito encaminhamento e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) com a perspectiva de inserção em equipamentos especializados.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não há qualquer direcionamento sobre o papel da unidade no processo de vinculação do adolescente com o acompanhamento pós-medida.</p> <p>D) Situações de Crise: não há previsão de fluxo interno ou protocolo.</p> <p>E) Articulação com RAPS/PNAISARI: Sim</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: previsão de ações em parceria com toda a comunidade socioeducativa com foco na qualidade de vida, expressão de sentimentos, aspectos intimamente ligados à prevenção e promoção da saúde, todavia não há o detalhamento de quais seriam as ações.</p>
Centro Socioeducativo Cardeal Aloísio Lorscheider ⁹	<p>A) Recepção: O texto não descreve procedimentos de</p>

⁸ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade Mártir Francisca*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 65 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-DE-SEMILIBERDADE-MARTIR-FRANCISCA.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2025.

⁹ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Cardeal Aloísio Lorscheider*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 45 p. Disponível em:

	<p>acolhimento inicial, escuta qualificada no ingresso do adolescente, avaliação psicológica inicial ou estratégias específicas de recepção em saúde mental no momento da entrada na unidade.</p> <p>B) Acompanhamento: Há menção ao acompanhamento em saúde mental realizado por profissionais de psicologia, enfermagem e psiquiatria, bem como à articulação com a rede de saúde.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: O PPP não explicita a preocupação com a continuidade do cuidado após o cumprimento da medida.</p> <p>D) Situações de Crise: Não há referência a protocolos e fluxos internos ou estratégias específicas para manejo de crises em saúde mental.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: PPP menciona expressamente a articulação com o SUS, inclusive especificando o apoio da unidade básica de saúde de referência (UAPS Dr. Eduardo Regis Jucá), dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado e, mais diretamente, do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto nos casos mais graves. Além disso, informa que profissionais da unidade têm aprimorado as estratégias de acompanhamento em saúde mental orientados pela PNAISARI.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: não contemplado</p>
Centro Socioeducativo Dom Bosco ¹⁰	<p>A) Recepção: O texto descreve de forma clara que os cuidados em saúde mental iniciam desde a admissão do adolescente, com acolhimento e escuta qualificada, bem como identificação de demandas iniciais, o que caracteriza um procedimento de recepção estruturado.</p> <p>B) Acompanhamento: Há detalhamento do acompanhamento em saúde mental, incluindo: atuação da equipe de referência, encaminhamento para psiquiatra com visitas mensais, número de adolescentes atendidos, realização de reavaliações periódicas.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: não explicita claramente estratégias ou fluxos voltados à continuidade do cuidado após</p>

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-CARDEAL-A-LOISIO-LORSCHIEDER.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

¹⁰ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Dom Bosco*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 55 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-DOM-BOSCO.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

	<p>o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: O PPP descreve com clareza a identificação de crises (autolesão, tentativa de suicídio, surtos), avaliação pela equipe multidisciplinar, fluxos de encaminhamento para hospital especializado, procedimentos de proteção (retirada de objetos de risco, vigilância), comunicação formal à SEAS. Assim, considera-se que há detalhamento consistente do manejo de crises.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: o texto referencia explicitamente a PNAISARI, o contato com a Rede de Atenção Psicossocial, CAPS, UAPS e serviços hospitalares especializados.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: PPP aponta o uso de estratégias não exclusivamente clínicas, como atividades pedagógicas, práticas esportivas e culturais, ações voltadas à sociabilidade, cooperação e trabalho em equipe. Essas iniciativas configuram práticas preventivas e de promoção da saúde mental.</p>
Centro Socioeducativo Patativa do Assaré ¹¹	<p>A) Recepção: O texto não menciona procedimentos de acolhimento inicial, escuta qualificada no ingresso do adolescente na unidade ou avaliação inicial em saúde mental.</p> <p>B) Acompanhamento: Há referência a atendimentos individuais e grupais, com objetivos de acompanhamento do processo socioeducativo e intervenções psicológicas, bem como encaminhamentos para psiquiatria. No entanto, o detalhamento é limitado, sem informações sobre frequência, critérios ou planejamento terapêutico.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não há qualquer menção à continuidade do cuidado em saúde mental após o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: O texto cita encaminhamentos para hospital psiquiátrico em casos de ideação suicida ou outras intervenções de emergência, mas não descreve fluxos, protocolos, avaliação prévia ou medidas de manejo dentro da unidade.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: Há vaga menção à PNAISARI e ao encaminhamento para hospital psiquiátrico, porém sem detalhar integração ou fluxos contínuos com a</p>

¹¹ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Patativa do Assaré*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 48 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-PATATIVA-D-O-ASSARE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

	<p>RAPS.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: o texto não explicita ações estruturadas de promoção da saúde mental ou práticas alternativas complementares para além dos atendimentos grupais.</p>
Centro Socioeducativo São Francisco ¹²	<p>A) Recepção: O PPP da unidade menciona atendimento inicial realizado pela equipe de psicologia, com possibilidade de encaminhamento para o psiquiatra.</p> <p>B) Acompanhamento: Há detalhamento do acompanhamento em saúde mental, incluindo atuação contínua da equipe de psicologia, acompanhamento psiquiátrico, possibilidade de acompanhamento farmacológico, ações psicossociais, como grupos terapêuticos e atendimentos individuais e elaboração de Plano Interventivo em casos específicos.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: não há referência explícita à continuidade do cuidado após o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: O texto descreve situações de crise, como crises de abstinência, mencionando demandas emergenciais de psiquiatria, fluxos de encaminhamento para hospital especializado (Hospital de Saúde Mental de Messejana e SOPAI), e processos de triagem, estabilização e internação.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: Há referência explícita à PNAISARI e à articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo CAPS e serviços hospitalares, evidenciando integração com a política nacional e com a rede territorial.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: PPP destaca a oferta contínua de atividades de esporte, lazer, arte e cultura, com finalidade preventiva, além de grupos terapêuticos e ações psicossociais, caracterizando práticas alternativas ao modelo exclusivamente clínico.</p>
Centro Socioeducativo São Miguel ¹³	<p>A) Recepção: O PPP menciona que os atendimentos individuais têm como objetivo acolher a demanda de saúde</p>

¹² SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS.

Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo São Francisco. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 76 p.

Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-SAO-FRANCISCO.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

¹³ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS.

Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo São Miguel. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 42 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-SAO-MIGUEL.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

	<p>mental, todavia, não há descrição de procedimentos de admissão, escuta inicial estruturada ou avaliação sistemática no ingresso do adolescente na unidade.</p> <p>B) Acompanhamento: Há descrição de acompanhamento em saúde mental por meio de atendimentos individuais contínuos com psicóloga, atendimentos grupais com participação multiprofissional, bem como atendimentos psiquiátricos mensais, com avaliação e reavaliações.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não há menção a estratégias de continuidade do cuidado em saúde mental após o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: Em situações de crise, como tentativas de suicídio e surtos psicóticos, o PPP sugere o encaminhamento emergencial ao Hospital Mental de Messejana quando a unidade não consegue suprir a demanda.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: Embora haja encaminhamento para hospital psiquiátrico, o texto não faz referência à RAPS, à PNAISARI, nem à articulação com serviços territoriais de base comunitária.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: o texto não detalha ações estruturadas de prevenção ou práticas alternativas continuadas para além dos atendimentos grupais.</p>
Centro Socioeducativo do Canindezinho ¹⁴	<p>A) Recepção: O PPP não descreve procedimentos de acolhimento inicial, mas elenca como responsabilidade do profissional da psicologia e da enfermagem.</p> <p>B) Acompanhamento: O PPP detalha que o acompanhamento em saúde mental, incluindo atendimentos individuais e grupais, grupos terapêuticos semanais com facilitadores especializados, atendimento psiquiátrico mensal com avaliações e reavaliações e acompanhamento por profissionais de psicologia e educação física no Projeto Esporte e Saúde.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: O texto não descreve explicitamente fluxos ou estratégias sistemáticas de acompanhamento após o encerramento da medida.</p> <p>D) Situações de Crise: O texto trata das situações de emergência, como ideação suicida, e descreve o encaminhamento ao Hospital Mental de Messejana, além da</p>

¹⁴ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS.

Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Canindezinho. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 55 p.

Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-CANINDEZINHOPDF.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2025.

	<p>comunicação à SEAS conforme normativa específica.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: A PNAISARI não é mencionada explicitamente, mas o documento aborda articulação com serviços da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS V, CAPS Infantil, hospital psiquiátrico) a partir de normativas estaduais e internas (Portaria de Prevenção ao Suicídio).</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: O documento apresenta algumas práticas alternativas e preventivas, como grupos terapêuticos com terapeuta holística em parceria com o Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim, Projeto Esporte e Saúde e terapias alternativas ofertadas no CAPS.</p>
Centro Socioeducativo Passaré ¹⁵	<p>A) Recepção: O PPP informa que os atendimentos ocorrem inicialmente pelo setor de psicologia, com atendimento individual e avaliação das demandas.</p> <p>B) Acompanhamento: Há descrição do acompanhamento em saúde mental, incluindo atendimento individual pelo psicólogo de referência, avaliação contínua das demandas, atendimentos psiquiátricos mensais, agendados pelo setor de psicologia, manutenção de acompanhamento para adolescentes já vinculados ao CAPS.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: o documento não menciona estratégias de continuidade do cuidado após o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: o texto descreve o manejo de situações de urgência em saúde mental, com articulação com o SUS e encaminhamento para o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, além do fluxo para internação no SOPAI.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: A PNAISARI não é mencionada explicitamente, mas há referência à articulação com o SUS e com o CAPS, o que indica integração com a RAPS.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: O texto não apresenta práticas preventivas, atividades coletivas, ações de promoção da saúde mental ou estratégias alternativas ao atendimento clínico.</p>
Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Crateús ¹⁶	<p>A) Recepção: O texto não menciona procedimentos de</p>

¹⁵ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Passaré*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 46 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-PASSARE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

¹⁶ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS.

	<p>acolhimento inicial, escuta qualificada, avaliação ou triagem em saúde mental no momento do ingresso do adolescente.</p> <p>B) Acompanhamento: Segundo o PPP, é realizada articulação com RAPS, especificamente com o CAPS, viabilizando a realização de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado de transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para jovens com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Além disso, informa que são realizados encaminhamentos para os serviços especializados e referenciados de saúde mental. Não há menção ao acompanhamento pela equipe técnica da unidade, somente o detalhamento geral de atribuições da área.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não aborda ações voltadas à continuidade do cuidado em saúde mental após o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: Não há referência a manejo de crises, fluxos de emergência, situações de sofrimento psíquico agudo ou encaminhamentos específicos para esses casos.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: Texto apenas menciona o referido marco legal, mas não discorre como isso está implementado no cotidiano da unidade.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: Não há detalhamento de práticas, metodologias ou atividades concretas.</p>
Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Sobral ¹⁷	<p>A) Recepção: O texto não menciona acolhimento inicial, escuta qualificada, triagem ou avaliação em saúde mental no ingresso do adolescente.</p> <p>B) Acompanhamento: De acordo com o PPP, as ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado de transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para jovens com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é realizada a partir da articulação com RAPS, especificamente com o CAPS. Também não há menção ao acompanhamento pela equipe técnica da unidade.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: O texto não aborda estratégias de continuidade do cuidado em saúde mental após o encerramento da medida socioeducativa.</p>

Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade de Crateús. Crateús, CE: SEAS, 2021. 53 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/SEMILIBERDADE-DE-CRATEUS.pdf>.

Acesso em: 14 nov. 2025.

¹⁷ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS.

Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade de Sobral. Sobral, CE: SEAS, 2021. 47 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/SEMILBERDADE-SOBRAL.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

	<p>D) Situações de Crise: Não há referência a manejo de crises, situações de urgência ou encaminhamentos emergenciais.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: Texto também só menciona o referido marco legal, mas não discorre como isso está implementado no cotidiano da unidade.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: Não há ações de promoção da saúde mental, prevenção e redução de danos.</p>
Centro Socioeducativo Dr. Zequinha Parente ¹⁸	<p>A) Recepção: O texto descreve claramente a recepção e acolhida no ingresso do adolescente, com uso de instrumental psicossocial e atuação do profissional de psicologia para subsidiar a construção de Diagnóstico Polidimensional para subsidiar o acompanhamento em saúde mental.</p> <p>B) Acompanhamento: Há detalhamento do acompanhamento em saúde mental, incluindo atendimentos individuais e grupais, intervenções terapêuticas no âmbito individual e familiar, articulação das ações de atenção à saúde mental por meio do Plano Individual de Atendimento (PIA) realizado pelo psicólogo da equipe.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: O PPP não aborda estratégias voltadas à continuidade do cuidado em saúde mental após o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: Não há menção a manejo de crises, situações de urgência em saúde mental, protocolos de emergência ou encaminhamentos específicos para sofrimento psíquico agudo.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: O texto faz referência direta à PNAISARI e à atuação da Rede de Atenção Psicossocial enquanto marco teórico, mas não há fluxos e protocolos detalhados.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: não são detalhadas práticas alternativas de cuidado.</p>
Centro Socioeducativo de Sobral ¹⁹	<p>A) Recepção: O PPP descreve que o atendimento em saúde mental se inicia no acolhimento do adolescente, com a apresentação do psicólogo de referência, coleta de informações</p>

¹⁸ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS.

Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Dr. Zequinha Parente. Sobral, CE: SEAS, 2021. 42 p.

Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-DR.-ZEQUINHA-PARENTE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025

¹⁹ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS.

Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo de Sobral. Sobral, CE: SEAS, 2021. 52 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-SOBRAL.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

	<p>iniciais, contato com a família e com a equipe de enfermagem, além de orientações sobre o funcionamento institucional e participação familiar.</p> <p>B) Acompanhamento: O documento traz detalhamento do acompanhamento em saúde mental, incluindo atendimentos psicológicos quinzenais para todos os adolescentes, continuidade do atendimento individual após o acolhimento, elaboração de Diagnóstico Polidimensional e Plano Individual de Atendimento (PIA), avaliação de comportamentos, relações interpessoais e adaptação às normas, encaminhamentos terapêuticos conforme cada caso e acompanhamento contínuo pelo CAPS, inclusive em casos de uso de medicação controlada.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não há estratégias específicas de acompanhamento após o encerramento da medida socioeducativa.</p> <p>D) Situações de Crise: O texto não aborda manejo de crises, situações de urgência em saúde mental, fluxos de emergência, ideação suicida ou outros agravos agudos.</p> <p>E) Articulação PNAISARI/RAPS: O texto apresenta articulação consistente com a Rede de Saúde, mencionando CAPS AD, CAPS II, RAISM, UBS, NASF-AB e outros órgãos, além de detalhar o papel da PNAISARI.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: o texto não descreve práticas alternativas ou preventivas específicas, como atividades esportivas, culturais, grupos temáticos ou ações de promoção da saúde mental para além do atendimento psicológico e psiquiátrico.</p>
Centro Socioeducativo José Bezerra de Menezes ²⁰	<p>A) Recepção: avaliação em saúde feita por enfermeiro, que aplica protocolo básico de exames para detectar em que condições o adolescente chega ao Centro Socioeducativo e quais as intervenções iniciais se fazem necessárias.</p> <p>B) Acompanhamento: Os adolescentes que adentrem o Centro com alguma patologia psicológica são encaminhados ao serviço de saúde do Sistema único de Saúde- SUS, a tratamento especializada no CAPS ou consulta ambulatorial.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: não há previsão</p>

²⁰ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo José Bezerra de Menezes*. Juazeiro do Norte: SEAS, 2021. 69 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/centro-socioeducativo-jose-bezerra-de-menezes.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025

	<p>D) Situação de crise: Não há previsão de fluxos e protocolos internos para situações de crise</p> <p>E) Articulação com a PNAISARI: não há detalhamento da articulação com a RAPS ou PNAISARI, apenas cita a portaria.</p> <p>F) Práticas alternativas e preventivas: PPP não descreve práticas alternativas ou preventivas específicas</p>
Centro Socioeducativo Padre Cícero ²¹	<p>A) Recepção: Os adolescentes em cumprimento de medidas Socioeducativas de internação ao ingressarem no Centro Socioeducativo são avaliados pelo o setor de enfermagem e, posteriormente, acolhidos pela equipe multidisciplinar para identificação de</p> <p>B) Acompanhamento Multiprofissional: O atendimento de saúde mental depende da rede externa que integra o SUS, em parceria com as secretarias municipais e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA, cabendo ao setor de enfermagem e psicologia o acompanhamento interno e a articulação com serviços externos mencionados, sem prejuízo do acompanhamento em outras instituições especializadas que se fizer necessário.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não há previsão</p> <p>D) Situações de crise: Não há previsão de fluxos e protocolos internos para situações de crise</p> <p>D) rticulação com a RAPS/PNAISARI: Sim</p> <p>E) Práticas alternativas e preventivas: PPP não descreve práticas alternativas ou preventivas específicas.</p>
Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Juazeiro do Norte ²²	<p>Possui plano pedagógico conciso, sem qualquer detalhamento acerca do acompanhamento em saúde mental desde a recepção até o pós medida. O PPP apenas menciona que a atenção à saúde mental dos adolescentes é realizada através de parcerias e convênios firmados pela SEAS e em âmbito local com as instituições, sem especificar quais seriam. Além disso, dispõe que o atendimento também ocorre no Sistema Único de Saúde através do ambulatório de saúde mental, dos Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS e outros espaços da rede.</p>

²¹ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Padre Cícero*. Juazeiro do Norte, CE: SEAS, 2021. 66 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-PADRE-CICERO.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

²² SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico de Atendimento Socioeducativo: Centro de Semiliberdade de Juazeiro do Norte*. Juazeiro do Norte, CE: SEAS, 2021. 44 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/PPP-CENTRO-DE-SEMILIBERDADE-DE-JUAZEIRO-DO-NORTE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

Centro Socioeducativo de Semiliberdade de Iguatu ²³	<p>A) Recepção: De forma genérica, o plano menciona que o profissional da enfermagem fará a triagem para identificar demandas de saúde mental, como transtornos psicológicos-psiquiátricos e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.</p> <p>B) Acompanhamento Multiprofissional: O acompanhamento é feito na RAPS, todavia com ênfase nos profissionais da psicologia e psiquiatria da Rede Municipal de saúde. O acompanhamento é feito pela psicóloga do CAPS, que atua na unidade através da PNAISARI, e quando necessário encaminha o médico psiquiátrico da Rede Municipal de Saúde Mental. O PPP prevê a realização de atendimentos individuais e grupais pela psicóloga da unidade. O acompanhamento por outros especialistas depende da avaliação e encaminhamento feito pela enfermeira.</p> <p>C) Continuidade Pós-Medida: Não há previsão</p> <p>D) Situações de Crise: Não há previsão de fluxos e protocolos internos para situações de crise</p> <p>E) Articulação com RAPS/PNAISARI: Sim</p> <p>F) Práticas preventivas e alternativas: Não há previsão</p>
--	--

Fonte: Elaborada pela autora (2025)

Em relação à Unidade de Recepção Luís Barros Montenegro, o Projeto Político-Pedagógico prevê exclusivamente o acolhimento inicial do adolescente, considerando o caráter transitório do serviço. Por essa razão, não contempla ações de acompanhamento multiprofissional contínuo nem encaminhamentos estruturados para serviços de pós-medida. O atendimento psicossocial inicial é realizado por assistente social e/ou psicólogo, após a triagem da Enfermagem, momento em que são apresentadas ao adolescente as orientações sobre a medida socioeducativa, o diálogo acerca da rotina institucional e o preenchimento da ficha de recepção.

Ainda, conforme o Plano Político Pedagógico da unidade, “a equipe de referência da Unidade desenvolve leituras e análises sobre o cotidiano das relações sociais que atravessam a vida de adolescentes e adultos na sociedade, buscando evitar interpretações alienadas e distorcidas das dinâmicas que os jovens vivenciam fora do contexto socioeducativo”

²³ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade de Iguatu*. Iguatu, CE: SEAS, 2021. 55 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/SEMILIBERDADE-DE-IGUATU.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

(CEARÁ, 2021, p. 11)²⁴. Nesse sentido, utiliza-se esse conhecimento para fomentar processos reflexivos e o desenvolvimento crítico do adolescente, de modo que o adolescente reconheça sua posição como sujeito ativo em todo o processo.

A análise dos Planos Político-Pedagógicos (PPP) dos 18 Centros Socioeducativos evidencia um cenário heterogêneo e fragmentado no que se refere à atenção à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. A partir dos eixos, foi possível obter a seguinte análise comparada dos dados:

Tabela 3 - Síntese quantitativa por eixo

EIXO ANALISADO	UNIDADES	PERCENTUAL (%)
Recepção/Acolhimento	10	55,5%
Acompanhamento	16	88,9%
Continuidade Pós-medida	1	5,5%
Protocolo para situações de crise	7	38,9%
Articulação com a RAPS/PNAISARI	13	72,2%
Práticas alternativas e preventivas de cuidado	6	33,3%

Fonte: elaborada pela autora (2025)

No eixo de Recepção/Acolhimento, especificamente quanto à recepção, acolhimento e avaliação inicial em saúde mental, verifica-se que 10 unidades (55,5%) contemplam esse aspecto de forma total ou parcial, enquanto 8 unidades (44,5%) não o contemplam ou o fazem de maneira genérica. Contudo, mesmo entre as unidades que trazem previsões acerca desta etapa, apenas quatro unidades apresentam descrição mais estruturada, sendo predominantes referências superficiais à triagem ou ao atendimento inicial, sem definição clara de protocolos, fluxos ou critérios, o que evidencia fragilidades na padronização do acolhimento em saúde mental.

²⁴ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. Projeto Político-Pedagógico: Unidade de Recepção Luís Barros Montenegro. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. PDF. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/URLBM.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

No eixo Acompanhamento em saúde mental durante a medida, observa-se que 16 unidades (88,9%) contemplam esse aspecto em seus PPPs, enquanto 2 unidades (11,1%) não o contemplam ou o fazem de forma extremamente genérica, configurando-se como o eixo mais recorrente entre os documentos analisados. Entretanto, apenas 6 unidades (33,3%) apresentam um acompanhamento relativamente sistematizado, com indicação de frequência, equipe envolvida, articulação com o PIA e com a psiquiatria, ao passo que, nas demais, o acompanhamento é descrito de maneira superficial, frequentemente limitado a encaminhamentos para a rede externa, sem detalhamento de estratégias contínuas de cuidado.

De modo geral, também se observa que a atenção à saúde mental ainda se organiza de forma reativa e clínica, com centralidade nos atendimentos psicológicos individuais e nos encaminhamentos para a RAPS, havendo menor investimento em estratégias preventivas, comunitárias e intersetoriais, conforme preconizado pela PNAISARI e pela lógica da atenção psicossocial.

No eixo Continuidade do cuidado pós-medida, verifica-se que apenas 1 unidade (5,5%) contempla esse aspecto em seu PPP, enquanto 17 unidades (94,5%) não apresentam qualquer menção ao tema, evidenciando que a continuidade do cuidado após o cumprimento da medida socioeducativa é praticamente inexistente nos documentos analisados. Destaca-se que somente o Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota descreve algum fluxo minimamente estruturado de orientação e encaminhamento, configurando-se este como o maior vazio estrutural identificado na análise.

No eixo situações de crise em saúde mental, que abrange ideação suicida, surtos e outras emergências, observa-se que 7 unidades (38,9%) apresentam protocolo ou fluxo com algum nível de detalhamento, enquanto 11 unidades (61,1%) sequer mencionam. Ademais, somente três unidades apresentam fluxos mais claros ou minimamente estruturados, ao passo que, na maioria dos PPPs, o tratamento das situações de crise limita-se à menção genérica de encaminhamento hospitalar, sem a definição de protocolos internos, responsabilidades institucionais ou estratégias preventivas, o que evidencia fragilidades na resposta às emergências em saúde mental.

Quanto ao eixo Articulação com a RAPS e/ou PNAISARI, constata-se que 13 unidades (72,2%) abordam esse aspecto em seus PPPs, enquanto 5 unidades (27,8%) não o contemplam ou o fazem de maneira meramente declaratória. Embora a articulação com essas políticas seja frequentemente mencionada, apenas 5 unidades (27,8%) descrevem de forma mais consistente como essa integração se efetiva no cotidiano institucional. Nas demais, a RAPS e a PNAISARI aparecem predominantemente como referências normativas, sem a

tradução em fluxos operacionais, definição de responsabilidades ou estabelecimento de protocolos, o que mantém o texto em um nível descritivo geral e fragiliza a garantia de estratégias contínuas e articuladas de acompanhamento em saúde mental.

No eixo Práticas alternativas e preventivas de cuidado, observa-se que apenas 6 unidades (33,3%) adotam esse aspecto como estratégia de atenção à saúde mental em seus PPPs, enquanto 12 unidades (66,7%) não apresentam qualquer menção ao tema. As iniciativas preventivas surgem de forma pontual, desigual e concentrada em poucas unidades. Predomina, na maioria dos documentos, um enfoque clínico e ambulatorial, com baixa incorporação de estratégias psicossociais ampliadas, o que limita a promoção da saúde mental de forma contínua e integrada ao cotidiano socioeducativo.

Em vários casos, a saúde mental aparece apenas como atividade complementar ou assistência eventual, e não como um eixo estruturante do processo socioeducativo. A ausência de protocolos específicos de triagem, atendimento e encaminhamento, bem como a falta de integração orgânica com a equipe pedagógica, demonstra que os PPPs ainda não assumem a saúde mental como componente fundamental do cuidado integral.

Outro ponto crítico reside no fato de que tanto o Plano Decenal quanto os PPPs tendem a adotar uma concepção abstrata de saúde mental, reduzida majoritariamente à oferta de atendimentos psicológicos ou psiquiátricos individuais. Essa abordagem desconsidera determinantes estruturais do sofrimento psíquico, como as condições de privação de liberdade, a violência institucional, o histórico de violações de direitos e o uso frequente de práticas disciplinares coercitivas.

Além disso, a maioria dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) analisados desconsideram a importância das demais dimensões da socioeducação enquanto aliadas na promoção da saúde mental no contexto do cumprimento da medida socioeducativa, especialmente aquelas relacionadas à oferta sistemática de atividades de lazer, esporte e cultura, educação e convivência familiar. Tais dimensões, reconhecidas como estratégicas para o fortalecimento de vínculos, o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e a redução de sofrimentos psíquicos, aparecem de forma secundária ou dissociada da política de cuidado em saúde mental, quando não completamente ausentes.

Predomina uma compreensão restrita do cuidado, centrada em intervenções clínicas e ambulatoriais, em detrimento de abordagens psicossociais ampliadas que integrem o cotidiano institucional, o direito à convivência, a expressão cultural e o acesso ao lazer como elementos constitutivos do processo socioeducativo e da garantia de direitos. Em outras palavras, os planos tratam a saúde mental do adolescente como problema individual, e não como

expressão de contextos sociais violentos e, por vezes, revitimizantes. Dessa forma, corre-se o risco de que o atendimento psicológico funcione como mero paliativo, sem questionar as dinâmicas institucionais que agravam o sofrimento.

Além disso, embora o Plano Decenal proponha metas de monitoramento e avaliação, elas raramente são incorporadas de forma sistemática pelos PPPs. A ausência de indicadores específicos, como continuidade terapêutica, recorrência de eventos críticos, prevalência de transtornos e acompanhamento pós-medida, impede que as unidades construam práticas avaliativas consistentes. Sem esses referenciais, a saúde mental fica restrita a ações isoladas de profissionais, não se configurando como política institucionalizada.

Cabe uma observação importante: claro que a existência de previsão no Plano Decenal e nos Projetos Político-Pedagógicos não garante, por si só, a concretude do direito à saúde mental no cotidiano das unidades socioeducativas.

A efetivação de direitos exige mais do que sua formalização em documentos oficiais, demandando estrutura, fluxos operacionais, articulação intersetorial e compromisso institucional contínuo. Todavia, a ausência de previsão normativa consistente aprofunda ainda mais a negação do direito, uma vez que elimina o referencial mínimo a partir do qual ele pode ser reivindicado, monitorado e exigido do Estado.

Nesse sentido, tanto a fragilidade da implementação quanto a inexistência de diretrizes expressas contribuem para a manutenção de um cenário de violações, no qual direitos reconhecidos legalmente permanecem distantes da experiência concreta dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no Ceará.

3.4 A Portaria de Prevenção ao Suicídio da SEAS

A SEAS editou a Portaria nº 023/2019²⁵, que dispõe sobre diretrizes para a prevenção do suicídio nos centros socioeducativos, o que representa um avanço ao reconhecer formalmente a necessidade de padronização de procedimentos. Contudo, uma análise mais aprofundada de seu conteúdo evidencia fragilidades relevantes, especialmente no que se refere à ausência de fluxos operacionais claros, à insuficiência de protocolos e ao risco de

²⁵ SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. Portaria nº 23/2019 – Portaria de Prevenção ao Suicídio dos Centros Socioeducativos do Estado do Ceará. Fortaleza, CE, 01 abr. 2019. 3 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2020/06/PORTARIA-23-2019-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-SUIC%C3%8DDIO.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2025.

adoção de práticas institucionais que podem agravar o sofrimento psíquico de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Embora a portaria estabeleça conceitos, fatores de risco, orientações gerais e atribuições das equipes, observa-se que as diretrizes se voltam principalmente para procedimentos de gerenciamento de crises e sofrimento psíquico agudo, ideação suicida e tentativa de suicídio. Não há detalhamento de fluxos operacionais que orientem, de forma objetiva, o manejo das situações de risco, desde a identificação inicial do sofrimento psíquico até o acompanhamento continuado do adolescente.

No campo da atenção à saúde mental, a portaria carece de protocolos consistentes que orientem intervenções terapêuticas contínuas. Não há definição de critérios objetivos para encaminhamentos à rede de saúde mental com a previsão de fluxos formais de referência e contrarreferência. A ausência dessa integração fragiliza a resposta diante de situações de risco grave e reforça a lógica de respostas internas e emergenciais, muitas vezes fragilizando o cuidado continuado pós-crise.

Outro aspecto crítico diz respeito às condutas institucionais previstas ou permitidas pela portaria que, na ausência de regulamentação detalhada, podem assumir caráter punitivo ou disciplinar. Medidas como vigilância intensificada, realojamento do adolescente ou retirada de objetos considerados de risco, ainda que justificadas sob o argumento da prevenção, podem produzir efeitos adversos quando não acompanhadas de escuta qualificada, suporte psicossocial contínuo e atividades terapêuticas e educativas substitutivas. Nessas condições, tais práticas podem ser vivenciadas pelos adolescentes como isolamento, controle excessivo ou punição, potencializando sentimentos de angústia e despersonalização.

A portaria também não prevê de forma robusta a capacitação continuada dos profissionais que atuam diretamente com os adolescentes. A exigência de escuta empática e abordagem humanizada não é acompanhada de diretrizes sobre formação permanente em saúde mental, manejo de crises, prevenção do suicídio ou cuidado com os próprios trabalhadores.

Adicionalmente, os mecanismos de registro e notificação previstos, como o preenchimento de instrumentais após eventos críticos, aparentam cumprir uma função meramente administrativa, uma vez que não estão vinculados a processos sistemáticos de acompanhamento em saúde mental e promoção de saúde. Isso limita o potencial da portaria como instrumento de aprendizado institucional e prevenção efetiva.

Em síntese, embora a Portaria nº 23/2019 estabeleça princípios importantes para a prevenção do suicídio no sistema socioeducativo, sua efetividade é comprometida pela

ausência de fluxos operacionais claros, protocolos clínicos integrados, articulação estruturada com a rede de saúde mental e salvaguardas explícitas contra práticas que possam agravar o sofrimento psíquico dos adolescentes, bem como insuficiência de ações de promoção e prevenção aos agravos em saúde mental. Dessa forma, as ações se distanciam de uma abordagem verdadeiramente protetiva, terapêutica e alinhada ao cuidado integral de adolescentes privados de liberdade.

4 ENTRE A NORMA E A REALIDADE: O DIREITO À SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA INSTITUCIONAL

Para análise do perfil dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, foram utilizados os dados disponíveis no Painel de Inspeções no Sistema Socioeducativo²⁶, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Justiça no intuito de padronizar e modernizar a coleta de dados na socioeducação, incluindo a criação e aperfeiçoamento do Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades e Programas Socioeducativos (CNIUPS)²⁷.

4.1 O perfil dos adolescentes nas unidades socioeducativas do Ceará

O CNIUPS foi desenvolvido e implementado em 2022 e passou a ser utilizado em 2023 para registrar as inspeções judiciais de maneira mais uniforme e digitalizada, reunindo dados sobre as condições estruturais, operacionais e de atendimento das unidades socioeducativas. Todavia, o Painel foi lançado publicamente em 14 de janeiro de 2025, com o intuito de consolidar e tornar pública, de forma sistematizada, a informação sobre as inspeções judiciais realizadas nas unidades do sistema socioeducativo no Brasil. A ferramenta oferece subsídios para gestores, pesquisadores e sociedade civil na avaliação da efetividade das políticas públicas e na promoção de melhorias no sistema socioeducativo.

Utilizando como referência os dados do terceiro bimestre do ano (maio a junho), a partir das inspeções realizadas no sistema socioeducativo do Estado do Ceará, o Painel de Inspeções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), registrou um total de 427 adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado. Dentre eles, 406 eram do gênero masculino e apenas 21 do gênero feminino, evidenciando a predominância de adolescentes do gênero masculino nesse contexto.

Há uma forte predominância de adolescentes em cumprimento de medida de internação, em detrimento de medida de semiliberdade. Vejamos o detalhamento a seguir:

²⁶ **CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA.** *Painel Analytics: Painel de Inspeções no Sistema Socioeducativo.* Painel interativo. Disponível em:

<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a12c1a54-541f-4fd7-bbdf-afba0ca89a98&sheet=ae02a5d7-7740-4635-95fb-78d091d6d067&theme=CNIUPS&lang=pt-BR&opt=ctxmenu,currsel>. Acesso em: **21 dez. 2025**.

²⁷ O Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades e Programas Socioeducativos (CNIUPS) permite acompanhar os dados relativos a infraestrutura, acesso à saúde, educação e direitos humanos, além de facilitar a análise do desempenho das unidades e das medidas socioeducativas aplicadas.

Tabela 4 - Total de adolescentes/jovens em atendimento socioeducativo

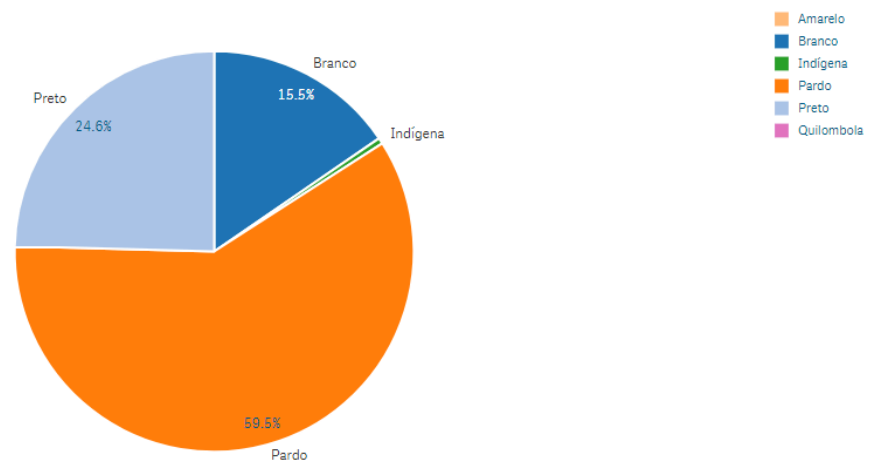
Total de adolescentes/jovens em atendimento socioeducativo

Gênero da população	Total de adolescentes/jovens cumprindo medida de internação	Total de adolescentes/jovens cumprindo medida em internação provisória	Total de adolescentes/jovens cumprindo medida de semiliberdade	Total de adolescentes/jovens cumprindo medida em internação sanção	Total de adolescentes/jovens cumprindo outra medida	Total
Totais	326	75	15	11	0	427
Gênero feminino	14	3	2	2	0	21
Gênero masculino	312	72	13	9	0	406

Fonte: Painel de Inspeções do Socioeducativo - CNJ (2024)

Em termos de autodeclaração racial, 359 adolescentes se identificaram como pretos ou pardos, representando 84,1% do total, o que evidencia a predominância de jovens negros no sistema socioeducativo do Estado, um reflexo das desigualdades sociais e estruturais mais amplas.

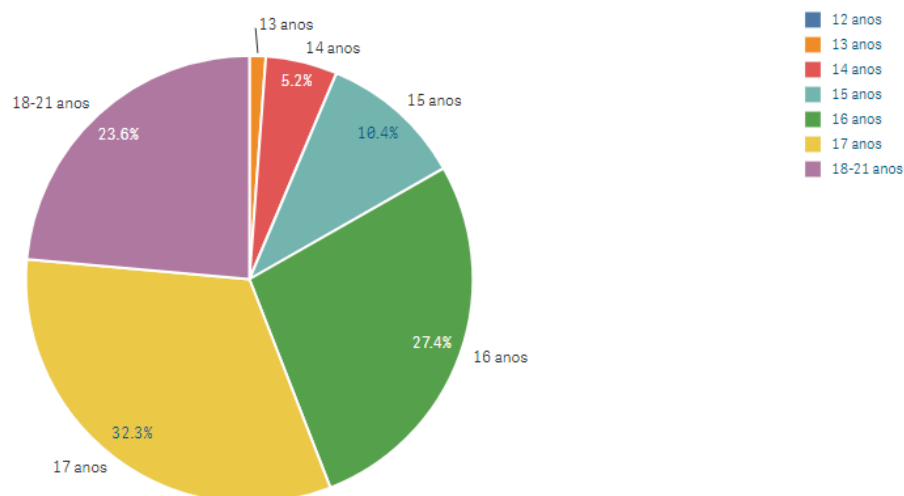
Figura 1 - Gráfico de adolescentes/jovens por raça/cor

Adolescentes/jovens por raça/cor

Fonte: Painel de Inspeções do Socioeducativo - CNJ (2024)

Nos centros socioeducativos analisados, observa-se que a faixa etária predominante dos adolescentes em cumprimento de medidas de privação de liberdade concentra-se entre 16 e 17 anos. A concentração nessa faixa etária também evidencia a importância de políticas e práticas educativas e de saúde mental adaptadas às necessidades específicas de jovens em um momento de intensa transição física, emocional e social.

Figura 2 - Gráfico de adolescentes/jovens por faixa etária

Adolescentes/jovens por faixa etária

Fonte: Painel de Inspeções do Socioeducativo - CNJ (2024)

Especificamente no que tange à saúde mental, os dados indicam que 28 adolescentes possuíam diagnóstico médico e se encontravam em tratamento, enquanto 103 adolescentes apresentavam sintomas ou demandas relacionadas à saúde mental sem diagnóstico formal, sinalizando a necessidade de ampliação da identificação precoce e do acompanhamento psicossocial no sistema. Adicionalmente, 205 adolescentes faziam uso de medicação controlada, reforçando a presença significativa de demandas psiquiátricas e a dependência de acompanhamento clínico.

Quanto ao uso de substâncias, 164 adolescentes apresentaram problemas relacionados ao consumo de álcool ou outras drogas, o que representa cerca de 38% do total, indicando a importância de programas de prevenção e tratamento voltados para a redução de riscos e vulnerabilidades associadas ao uso de drogas.

No que diz respeito à diversidade sexual e de gênero, 28 adolescentes se declararam pertencentes à população LGBTI, mostrando a presença de grupos historicamente marginalizados dentro das unidades de meio fechado. Em termos de condições especiais, observou-se que 1 (um) adolescente possuía deficiência física, 1 (um) era lactante, 2 (dois) eram pais ou responsáveis por filhos, e nenhuma adolescente grávida no período analisado.

Em síntese, o perfil dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado no Ceará revela a predominância masculina e negra, a presença significativa de adolescentes com demandas de saúde mental e com histórico de uso de substâncias, bem como a necessidade de políticas integradas que atendam às diversidades de gênero, raça, saúde e condição social no ambiente socioeducativo.

4.2 O panorama da saúde mental no sistema socioeducativo do Ceará

A ausência de fluxos e protocolos definidos e padronizados para a atenção à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado no Estado do Ceará, bem como a fragilidade da implementação e articulação com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), produz impactos concretos e imediatos no panorama da saúde mental dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

O 5º Relatório de Monitoramento do Sistema Socioeducativo Cearense - Meio Fechado, produzido pelo CEDECA Ceará, pelo Fórum DCA e pelo Coletivo Vozes, analisa a política de atendimento socioeducativo do Ceará como um todo, a partir de visitas institucionais, entrevistas com adolescentes e profissionais, além da observação direta das unidades socioeducativas e o cruzamento com dados oficiais. O documento dedica um eixo específico ao Direito à Saúde Integral, no qual evidencia importantes fragilidades estruturais e operacionais na garantia da atenção à saúde, sobretudo no campo da saúde mental (CEDECA CEARÁ; FÓRUM DCA; COLETIVO VOZES, 2023).

Embora haja previsão normativa para articulação intersetorial, o monitoramento identificou dificuldades recorrentes no acesso a consultas, exames e tratamentos especializados, em razão de entraves logísticos, insuficiência da rede de saúde e ausência de fluxos consolidados entre o sistema socioeducativo e os serviços de saúde dos territórios. Tal modelo gera descontinuidade do cuidado, especialmente em casos que demandam acompanhamento sistemático, como aqueles relacionados à saúde mental (CEDECA CEARÁ; FÓRUM DCA; COLETIVO VOZES, 2023).

No referido relatório, a saúde mental emerge como uma das principais demandas dos adolescentes privados de liberdade. O relatório revela que 41% dos adolescentes entrevistados relataram fazer uso de medicamentos psicotrópicos, e que, segundo profissionais das unidades, em 94% dos centros socioeducativos visitados havia adolescentes em uso de medicação psiquiátrica. Esses dados evidenciam a alta incidência de sofrimento psíquico no contexto da internação.

O relatório problematiza o predomínio de uma abordagem medicalizante no enfrentamento das demandas de saúde mental, em detrimento de estratégias psicossociais integradas. Embora o uso de psicofármacos seja recorrente, o acompanhamento psicológico

regular, as práticas coletivas de cuidado e as ações de promoção da saúde mental aparecem de forma insuficiente ou pontual nas unidades monitoradas.

Os dados presentes nos Relatórios de Gestão da SEAS referentes aos anos de 2023 e 2024 reforçam essa constatação, evidenciando uma alta incidência de atendimentos psiquiátricos nas unidades socioeducativas. A comparação entre os atendimentos médicos gerais e os atendimentos psiquiátricos aponta que em 2023, dos 2.875 atendimentos de saúde realizados, 2.026 foram médicos clínicos gerais e 849 psiquiátricos, indicando que aproximadamente 30% das consultas estavam voltadas ao acompanhamento psiquiátrico. Já em 2024, em um total de 4.127 atendimentos, 1.548 consultas foram de natureza psiquiátrica representando cerca de 37,5% do total (SEAS, 2023; SEAS, 2024).

O acompanhamento do uso de psicotrópicos entre os adolescentes nas unidades socioeducativas também evidencia que em 2023, 1.810 adolescentes estavam em uso de medicamentos psicotrópicos, número que foi de 1.989 em 2024. Esse quantitativo reforça, por um lado, uma situação preocupante de adolescentes com agravos em saúde psíquica e, por outro, a predominância da abordagem medicalizante no atendimento à saúde mental (SEAS, 2023; SEAS, 2024).

Esses dados sugerem um crescimento da demanda por atenção psiquiátrica, evidenciando a predominância contínua da abordagem medicamentosa e reforçando a necessidade de fortalecer práticas psicossociais integradas e ações de promoção da saúde mental nas unidades socioeducativas (SEAS, 2023; SEAS, 2024).

Ainda com base na análise do 5º Relatório de Monitoramento do Sistema Socioeducativo Cearense - Meio Fechado, adolescentes relataram dificuldades de acesso a atendimentos psicológicos, longos períodos de espera e a inexistência de espaços sistemáticos de escuta qualificada. Além disso, o documento registra relatos de sofrimento emocional intenso, crises de ansiedade, ideação suicida e agravamento de quadros psíquicos associados às condições de privação de liberdade, como o isolamento, a ruptura de vínculos familiares e a vivência de um ambiente institucional marcado por tensões e violações de direitos (CEDECA CEARÁ; FÓRUM DCA; COLETIVO VOZES, 2023).

A dependência da rede externa de saúde, especialmente de CAPSi, somada à insuficiência de serviços especializados acaba comprometendo a efetivação do direito à saúde mental.

O relatório destaca que a escassez desses equipamentos no território, aliada à sobrecarga dos serviços existentes, dificulta o atendimento tempestivo e adequado dos adolescentes em cumprimento de medida.

Essa fragilidade estrutural resulta em atendimentos esporádicos, descontinuidade terapêutica e ausência de planos de cuidado individualizados, contrariando os princípios da integralidade e da continuidade do cuidado previstos nas políticas públicas de saúde e socioeducação (CEDECA CEARÁ; FÓRUM DCA; COLETIVO VOZES, 2023).

Os dados demonstram que a inexistência de protocolos claros de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento em saúde mental resulta em respostas improvisadas, desarticuladas e frequentemente centradas em medidas pontuais, que não dão conta da complexidade dos sofrimentos psíquicos apresentados pelos adolescentes. Essa desorganização institucional contribui para o agravamento de quadros de ansiedade, depressão, automutilação e ideação suicida, além de favorecer a medicalização como estratégia substitutiva da atenção psicossocial.

Conforme analisa Vicentin (2011), persiste um significativo descompasso entre a formulação das políticas de saúde mental voltadas à infância e à juventude, nos distintos níveis de governo, e sua efetiva implementação, que está diretamente relacionada à insuficiência histórica de serviços públicos de saúde mental destinados à população adolescente no âmbito do SUS. Esse hiato tem produzido respostas institucionais centradas na medicalização de comportamentos associados à rebeldia juvenil, à prática de atos infracionais e ao uso de substâncias psicoativas. Tal cenário decorre, sobretudo, da fragilidade da rede substitutiva preconizada pela Reforma Psiquiátrica, reforçando práticas de controle em detrimento do cuidado integral (VICENTIN, 2011).

O relatório também evidencia a insuficiência da articulação intersetorial com a rede do Sistema Único de Saúde, especialmente no que se refere à operacionalização da PNAISARI. A falta de integração entre as unidades socioeducativas e os serviços de saúde mental do território impede o acesso regular a atendimentos especializados, rompe a lógica da atenção integral e reforça a condição de isolamento institucional dos adolescentes privados de liberdade. Tal cenário revela que a PNAISARI, embora reconhecida como diretriz fundamental, ainda não se concretiza como política efetivamente implementada no cotidiano das unidades.

A distância entre o que é previsto nos documentos oficiais e o que se observa na realidade cotidiana das unidades não pode ser compreendida como falha operacional pontual, mas como expressão de um modelo que prioriza o controle e a contenção em detrimento do cuidado e da proteção integral. A superação dessa questão exige a implementação efetiva de fluxos, protocolos e estratégias intersetoriais capazes de assegurar atenção em saúde mental digna, contínua e em conformidade com os direitos humanos dos adolescentes.

4.3 Impactos da Violência Institucional na Saúde Mental de Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas

Adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em unidades de internação e semiliberdade frequentemente se deparam com condições que vão além da simples restrição de liberdade, vivenciando práticas que configuram verdadeiramente formas de violência institucional.

O 5º Relatório do Monitoramento do Sistema Socioeducativo Cearense documenta que em 13 das 18 unidades visitadas foram registradas denúncias de violência por parte de agentes socioeducativos. Tais denúncias compreendem ameaças, intimidações, maus-tratos, agressões verbais, xingamentos e relatos que se aproximam de práticas de tortura. 58 % dos adolescentes entrevistados relataram ter sofrido algum tipo de violência. Além disso, a precariedade estrutural das unidades, com condições péssimas de salubridade, higiene, ventilação e iluminação foram alguns dos elementos encontrados. (CEDECA CEARÁ; FÓRUM DCA; COLETIVO VOZES, 2023).

No mesmo sentido, apontam os dados reportados pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) em nota pública divulgada após missão realizada em 6 unidades socioeducativas de Fortaleza, ocorrida nos dias 17 e 18 de agosto de 2025, para monitorar o cumprimento das Medidas Cautelares 60-15 determinadas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) ao Estado brasileiro em 31 de dezembro de 2015.

Apesar de indicar que o relatório completo da missão está em fase de sistematização para posterior aprovação no Pleno do Conselho, a nota²⁸ divulgada pelo CNDH antecipou alguns dos principais problemas identificados durante a missão, conforme trecho a seguir transcrito:

- Unidades estruturalmente inadequadas e com alto número de adolescentes, em desacordo com as diretrizes do SINASE: mais de 50 adolescentes em 3 unidades, chegando a mais de 70 no Canindezinho;
- Insalubridade nas celas, alas e dormitórios, com presença de ratos, baratas, sujeira e umidade, ausência de ventilação natural ou mecânica e iluminação adequada;
- Falta de acesso livre à água potável e presença de instalações sanitárias inadequadas, incluindo o uso de buracos no chão como sanitários em algumas unidades;

²⁸ **CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (CNDH). NOTA CNDH Nº 065/2025: NOTA PÚBLICA PRELIMINAR SOBRE A MISSÃO DE INSPEÇÃO DO CNDH AO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO ESTADO DO CEARÁ.** Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-missao-cndh-inspecao-sistema-socioeducativo-ceara1>. Acesso em: 25 nov. 2025.

- Relatos e indícios de tortura física e psicológica, ameaças, agressões e castigos impostos por agentes do Estado;
- Negligência no atendimento à saúde, com casos de adolescentes com fraturas ou ferimentos não tratados;
- Uso excessivo de medicação controlada, sem acompanhamento terapêutico e psiquiátrico adequado, o que agrava quadros de sofrimento psíquico e possíveis práticas de medicalização abusiva;
- Presença alarmante de adolescentes com marcas profundas de violência autoprovocada (autolesão, automutilação) em pernas e braços;
- Ala disciplinar nas unidades, como a chamada “tranca”, caracterizada por espaços de isolamento, escuros, abafados, úmidos, com presença de mau cheiro e sujeira e marcas de sangue, onde os adolescentes sofrem o cerceamento de atividades pedagógicas e de acesso a itens essenciais, como colchão, água, roupas e banho livres;
- Uso indevido da chamada “ala disciplinar” que utiliza o isolamento como resposta a episódios de crises psicológicas/emocionais.” (CNDH, 2025)

Com base no conteúdo público da nota, depreende-se que além das questões estruturais das unidades, é possível ressaltar que a saúde mental dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas foi um dos aspectos mais graves identificados pela missão. Segundo o documento, foram constatadas falhas sistemáticas no cuidado com a saúde mental dos adolescentes, evidenciadas pelo uso excessivo de medicação controlada sem o devido acompanhamento terapêutico e psiquiátrico adequado. Esse quadro contribui para o agravamento do de sofrimento psíquico e possíveis práticas de medicalização abusiva em detrimento de abordagens terapêuticas integradas e humanizadas.

Além disso, o relatório preliminar registrou a presença alarmante de adolescentes com marcas profundas de violência autoprovocada, como autolesões e automutilação em pernas e braços, indicadores de sofrimento psíquico intenso e da ineficiência de mecanismos institucionais de acolhimento e suporte especializado.

Essas constatações refletem não apenas negligência clínica, mas também um quadro de adoecimento mental associado às condições institucionais das unidades socioeducativas, incluindo isolamento prolongado, práticas disciplinares punitivas que podem agravar vulnerabilidades psicológicas dos adolescentes.

A nota do CNDH ressaltou que tais práticas contrariam princípios de proteção integral e de atenção à saúde mental previstos em normas nacionais e internacionais de direitos humanos, ressaltando a urgência de adoção de protocolos de cuidado psicossocial, de redução do uso inadequado de psicotrópicos e de medidas que garantam a dignidade e a integridade mental desses jovens no contexto socioeducativo. (CNDH, 2025)

A nota também observou restrições a direitos fundamentais e condições básicas a inadequação estrutural grave das unidades socioeducativas, com instalações insalubres, falta de ventilação e acesso adequado à água potável e saneamento, violências, ameaças e

agressões físicas e psicológicas por parte de agentes socioeducativos, o que configura indícios de tratamentos degradantes e violações de direitos humanos.

É importante destacar que a violência institucional física e psicológica vivenciada por adolescentes durante a privação de liberdade produz impactos profundos, persistentes e estruturantes sobre a saúde mental, conforme evidenciado pelos parâmetros internacionais de direitos humano, em especial o Protocolo de Istambul (Manual sobre Investigação e Documentação Eficazes da Tortura e de Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes da ONU).

O Protocolo de Istambul reconhece que a tortura e os tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes não se restringem a agressões físicas evidentes, abrangendo também práticas psicológicas como ameaças, humilhações, intimidações, isolamento, exposição a ambientes degradantes e uso arbitrário da força. Nos contextos socioeducativos, tais práticas adquirem gravidade ainda maior, tanto em razão da condição peculiar de desenvolvimento dos adolescentes (cujo amadurecimento emocional, cognitivo e social encontra-se em curso) quanto pela privação de liberdade, por si só, desempenhar um fator de produção e agravamento de sofrimento psíquico.

O 5º Relatório de Monitoramento do Sistema Socioeducativo Cearense evidencia que a violência institucional não se manifesta de forma episódica, mas como prática reiterada e, em muitos casos, naturalizada no cotidiano das unidades. Relatos de adolescentes apontam para agressões verbais, tratamento desrespeitoso, ameaças constantes e uso da violência como mecanismo disciplinar, criando um ambiente marcado pelo medo, pela insegurança e pela desconfiança. Além do uso sistemático e arbitrário da ala disciplinar como sanção disciplinar, potencializando o isolamento a que os adolescentes já estão submetidos. (CEDECA CEARÁ; FÓRUM DCA; COLETIVO VOZES, 2023).

O Protocolo de Istambul associa a exposição continuada à violência institucional ao desenvolvimento de transtornos como estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, alterações do sono, irritabilidade, comportamentos autolesivos e ideação suicida. O sofrimento psíquico é agravado quando os adolescentes percebem a violência como inevitável ou legitimada pela instituição, o que compromete a capacidade de elaboração simbólica da experiência e favorece a internalização de sentimentos de desvalor, culpa e desesperança.

A violência institucional também compromete os objetivos pedagógicos da medida socioeducativa ao fragilizar vínculos, minar a confiança em figuras de autoridade e inviabilizar processos educativos baseados no diálogo, no respeito e na responsabilização consciente. Em vez de favorecer a reflexão crítica sobre o ato infracional e a construção de

projetos de vida, a experiência da violência reforça sentimentos de hostilidade, revolta e descrença nas instituições, potencializando trajetórias de exclusão social e reincidência.

Dessa forma, a violência institucional física e psicológica no sistema socioeducativo deve ser compreendida como um fator central de violação do direito à saúde mental de adolescentes privados de liberdade.

O enfrentamento desse problema exige não apenas a ampliação da oferta de serviços de saúde mental, mas sobretudo a transformação das práticas institucionais, com a consolidação de um modelo socioeducativo que tenha a dignidade humana e a proteção integral como eixos estruturantes. Isso implica no dever institucional de prevenir violências, maus-tratos, negligência, isolamento punitivo e práticas que possam provocar sofrimento psíquico adicional, pois a saúde mental é inseparável da garantia de direitos humanos.

4.4 Fragilidades institucionais, desafios e possibilidades para a efetivação do Direito à Saúde Mental

A atenção à saúde mental no sistema socioeducativo do Ceará enfrenta uma série de fragilidades institucionais que comprometem a efetivação do direito nos moldes previsto em instrumentos normativos como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o SINASE e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI).

Em primeiro lugar, as normativas estaduais, como planos decenais, Planos Político Pedagógico dos Centros e Portaria de Prevenção ao Suicídio, estabelecem diretrizes para a oferta de cuidados integrados e intersetoriais de maneira muito incipiente, além de revelar ausência de padronização e normatização voltadas ao cuidado em saúde mental de maneira integral para adolescentes em medida socioeducativa.

Os instrumentos normativos analisados estabelecem diretrizes gerais para a atenção integral, todavia não apresentam protocolos claros, indicadores de acompanhamento e orientações operacionais detalhadas. Sem essa normatização, as práticas institucionais tendem a ser heterogêneas, dependentes da disponibilidade de recursos e da iniciativa isolada de equipes, fragilizando a continuidade do cuidado, a construção de vínculos terapêuticos e a efetiva articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

A exemplo disso, no escopo do presente trabalho, não foi encontrado o Plano Operativo de nenhuma das cidades do estado do Ceará que sediam programas ou unidades de atendimento socioeducativo nos moldes preconizados pela PNAISARI, quais sejam:

Fortaleza, Crateús, Iguatu, Sobral e Juazeiro do Norte. Tal ausência desses documentos ou, no mínimo, de publicização e acesso a eles evidencia fragilidades nos mecanismos de planejamento e de transparência da atenção à saúde de forma transversal à política socioeducativa nos municípios, dificultando a análise da organização das ações, das diretrizes operacionais e da articulação intersetorial prevista na normativa vigente, especialmente no que se refere à garantia de direitos e à efetivação da atenção integral aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Em consequência, a saúde mental, que deveria constituir um eixo central do processo socioeducativo, frequentemente permanece marginalizada, sendo abordada de forma reativa e por meio de ações pontuais, sem a consistência necessária para garantir a continuidade e integralidade do cuidado.

Outro desafio alarmante decorre da estruturação das equipes técnicas, que atualmente é constituída, em sua maioria, por profissionais contratados de maneira temporária, o que resulta em alta rotatividade. Essa instabilidade dificulta a continuidade do atendimento psicossocial, prejudica a construção de vínculos terapêuticos e compromete a consistência das intervenções, essenciais para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Conforme dados do último Relatório de Gestão da SEAS, referente ao ano de 2024, a SEAS contava com um quadro de 74 profissionais na equipe técnica (pedagogo, assistente social e psicólogo) vinculados como servidores temporários, evidenciando uma precariedade na estabilidade funcional. Além disso, o total de profissionais atuando diretamente nas unidades socioeducativas na função de socioeducador alcançava o patamar 848, ficando estes responsáveis pelo acompanhamento cotidiano dos adolescentes.

A contratação temporária para os quadros da SEAS está autorizada pela Lei Complementar nº 163, de 05 de julho de 2016 e a Lei Complementar nº 169, de 28 de dezembro de 2016, para o total de 964 Socioeducadores e 116 profissionais da Equipe técnica (abrangendo Assistentes Sociais, Psicólogos e Pedagogos) para atenderem às unidades socioeducativas do Ceará.

O relatório também evidencia um elevado número de vagas livres, totalizando 158 profissionais a menos do que o necessário para atender adequadamente a demanda do sistema socioeducativo, sendo 42 deles da equipe técnica.

Tabela 5 - Colaboradores Ativos da SEAS

CARGO	DISTRIBUIÇÃO - L.C. 228/2020	ATIVOS FORTALEZA	ATIVOS SOBRAL	ATIVOS JUAZEIRO	TOTAL VAGAS OCUPADAS	TOTAL VAGAS LIVRES
ASSISTENTE SOCIAL	50	24	03	06	33	17
PEDAGOGO	17	03	02	01	06	11
PSICÓLOGO	49	28	03	04	35	14
SOCIOEDUCADOR FEMININO	964	119	18	23	160	116
SOCIOEDUCADOR MASCULINO		524	92	72	688	
TOTAL GERAL	1080	698	118	106	922	158

Fonte: Coordenadoria Especial de Gestão de Pessoas SEAS (2024)

Somente em 2024, oito anos após a criação da SEAS, foi realizado o seu primeiro concurso público. O certame²⁹ visa à nomeação de 964 cargos efetivos de Socioeducadores e 116 cargos de Analista Socioeducativo, com habilitação nas áreas de Serviço Social, Psicologia e Pedagogia. Essa iniciativa representa um marco na estruturação da política de atendimento socioeducativo do Ceará, ao consolidar um quadro de pessoal estável e qualificado, essencial para o fortalecimento da política socioeducativa.

Outro ponto crítico refere-se à falta de fluxos e protocolos padronizados para atenção à saúde mental dentro das unidades e na interface com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme previsto na PNAISARI. Esse cenário dificulta rotinas de referência e contrarreferência, agendamento de atendimentos especializados e fragiliza o acompanhamento durante após a desinternação. Essas lacunas operacionais, quando combinadas, comprometem a integralidade do cuidado e impactam negativamente a recuperação, a reinserção social e o bem-estar psicológico dos adolescentes, aumentando riscos de recaídas, agravamento de transtornos e resultando em baixa adesão ao tratamento.

Aliás, a partir do diagnóstico empírico dessa realidade, o Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (GMF), do Tribunal de Justiça do Ceará, passou a conduzir o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Saúde Mental de Adolescentes e Jovens em cumprimento de Medidas

²⁹ COMISSÃO EXECUTIVA DO VESTIBULAR – CEV/UECE. *Concurso SEAS 2024*. Universidade Estadual do Ceará, 2025. Disponível em: <https://www.cev.uece.br/concurso-seas-2024/>. Acesso em: 20 nov. 2025.

Socioeducativas no Estado do Ceará, instituído mediante a Portaria nº 2699/2023³⁰ do Gabinete da Presidência do Tribunal, de 24 de novembro de 2023.

A Portaria nº 2699/2023 é um marco importante para a construção de fluxos e protocolos de atendimento à saúde mental no contexto do sistema socioeducativo, com a missão de articular diferentes órgãos e setores, incluindo judiciário, executivo, saúde, assistência social, conselhos profissionais e entidades da sociedade civil, para garantir a atenção integral em saúde mental ao longo de todas as etapas do atendimento socioeducativo, desde a apreensão até o acompanhamento pós-medida.

A iniciativa tem um diferencial que reside na sua capacidade de promover diálogo intersetorial e corresponsabilização institucional entre diversos atores, o que é essencial para que fluxos de atendimento sejam efetivamente implementados na prática. Ao prever a construção de fluxos de atenção em saúde mental, a integração com redes de atenção à saúde e socioassistenciais e a adoção de protocolos interinstitucionais, o GTI cria uma base estruturada para orientar e fortalecer a atuação conjunta de profissionais de saúde, socioeducativos e de justiça, assegurando que os direitos à saúde e ao tratamento especializado sejam respeitados de forma contínua e articulada.

A atuação do referido grupo de trabalho assume grande relevância na criação de fluxos de cuidado bem definidos, alinhados às normas nacionais de saúde e aos direitos humanos, contribuindo para uma abordagem mais integrada, eficaz e humanizada no atendimento à saúde de adolescentes e jovens sob medidas socioeducativas, contribui para o fortalecimento da PNAISARI (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei).

Outra barreira à concretização da atenção à saúde mental no sistema socioeducativo é a oferta insuficiente de ações preventivas e de promoção do bem-estar, que vão além do atendimento clínico ou medicalizante. Muitas unidades concentram-se quase exclusivamente em intervenções de caráter terapêutico individual ou farmacológico, deixando de incorporar práticas que favoreçam a construção de vínculos, a expressão emocional, o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e a resiliência dos adolescentes.

A falta de estratégias estruturadas de prevenção impede a identificação precoce de sofrimento psíquico, limita o manejo de crises e reduz as oportunidades de fortalecimento da

³⁰ TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ – TJCE. Portaria nº 2699/2023-GABPRESI, de 24 de novembro de 2023. Institui Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Saúde Mental de Adolescentes e Jovens em cumprimento de Medidas Socioeducativas no Estado do Ceará. Fortaleza: TJCE, 24 nov. 2023. Disponível em: https://portal.tjce.jus.br/uploads/2025/10/PORTARIA-No-2699_2023-institui-GT-interistucional.pdf. Acesso em: 18 nov. 2025.

saúde mental de forma ampla, comprometendo a efetividade do cuidado integral previsto em normativas como a PNAISARI.

Além disso, a escassez de atividades de lazer, cultura, esportes e práticas socioeducativas alternativas evidencia a dificuldade do sistema em promover um ambiente verdadeiramente terapêutico e protetivo. Tais iniciativas não apenas ampliam o bem-estar subjetivo, mas também atuam como ferramentas de prevenção, favorecendo a socialização, equilíbrio socioemocional e o desenvolvimento de competências e a reintegração social após a desinternação.

A ausência dessas práticas reforça uma lógica de cuidado centrada apenas na remediação de sintomas, marginalizando abordagens integrativas que considerem o adolescente como sujeito integral. Superar esse desafio exige planejamento estratégico, investimentos e normatização que valorizem atividades preventivas e socioeducativas como parte central do processo de atenção à saúde mental, garantindo que o cuidado seja verdadeiramente formativo e humanizador.

Outro ponto que merece destaque é a necessidade de adoção de estratégias de redução de danos no atendimento a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, uma vez que existe uma parcela significativa, cerca de 38%, dos adolescentes em cumprimento de medida com problemas decorrentes do uso de álcool e outras substâncias.

No que se refere às substâncias psicoativas (SPA) ilícitas, a abordagem baseada exclusivamente na abstinência e na punição tende a invisibilizar a complexidade do cuidado necessário a este grupo. A redução de danos, por sua vez, reconhece o uso de substâncias como um fenômeno multifatorial e propõe intervenções educativas, de cuidado e de escuta qualificada, voltadas à diminuição dos riscos físicos, psíquicos e sociais associados ao consumo, sem reforçar estigmas ou práticas repressivas que agravam o sofrimento psíquico e a exclusão institucional.

A perspectiva da redução de danos revela-se igualmente imprescindível para enfrentar a medicalização excessiva dentro das unidades socioeducativas, bem como o uso indiscriminado de psicofármacos como forma de controle comportamental. Estratégias de redução de danos implicam o uso racional de medicamentos, com prescrição criteriosa, acompanhamento clínico contínuo, consentimento informado do adolescente e articulação com práticas terapêuticas não medicalizantes, como atendimentos psicossociais, atividades coletivas, culturais e esportivas. Tal abordagem contribui para prevenir efeitos adversos, dependência medicamentosa e a supressão artificial de manifestações legítimas de sofrimento psíquico decorrentes do contexto de privação de liberdade.

A incorporação da redução de danos no sistema socioeducativo reafirma a centralidade do cuidado em saúde mental como eixo estruturante do projeto socioeducativo, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Reforma Psiquiátrica e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A atenção à saúde mental de forma integral impõe a priorização de práticas éticas, humanizadas e intersetoriais, através de estratégias que favorecem a autonomia progressiva dos adolescentes, fortaleçam vínculos e contribuam para processos socioeducativos mais efetivos, que não reproduzam lógicas punitivas, mas promovam responsabilização acompanhada de proteção, cuidado e garantia de direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tem como objetivo promover uma reflexão sobre a atenção à saúde mental e possíveis limitações da sua garantia a adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medida socioeducativa de meio fechado, nos termos previstos no ECA, na lei do SINASE, e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).

Para isso, o trabalho parte do atual marco normativo, desde normas de internacionais a normas de direito interno, fundadas na ideia de direito integral à saúde e na doutrina da proteção integral, na qual crianças e adolescentes são respeitados enquanto sujeitos de direitos, considerando-se sua condição peculiar de desenvolvimento. Entretanto, são evidentes as divergências existentes entre as previsões legais e a realidade do sistema socioeducativo do Ceará.

A partir da análise do Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo do Estado do Ceará, dos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) das unidades socioeducativas de meio fechado e da Portaria de Prevenção ao Suicídio da SEAS como orientadores da atenção à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida de meio fechado, e da análise de dados atuais, é possível identificar um cenário complexo e multifacetado em relação à atenção à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Embora exista um marco normativo relativamente robusto, incluindo a previsão de diretrizes para atenção integral, intersetorialidade e promoção do cuidado, verifica-se que, na prática, essas normativas apresentam lacunas significativas em sua operacionalização, resultando em desafios concretos para a efetivação do direito previsto.

O Plano Decenal, apesar de estabelecer metas estratégicas e produtos relacionados à saúde, revela pouco detalhamento em relação às ações de atenção à saúde mental, concentrando-se predominantemente em medidas gerais de saúde e em protocolos voltados para atenção médica e preventiva de caráter físico.

A intersetorialidade e a integralidade do cuidado são mencionadas, mas frequentemente se mantém em nível macroestrutural, sem se traduzir em fluxos operacionais claros ou mecanismos consistentes de monitoramento e avaliação. Essa distância entre o planejamento estratégico e a execução cotidiana evidencia o hiato existente entre a normatização e a realidade institucional, dificultando a construção de políticas de saúde mental contínuas e eficazes.

Os Projetos Político-Pedagógicos das unidades socioeducativas, enquanto instrumentos orientadores do fazer institucional, demonstram heterogeneidade e fragmentação na atenção à saúde mental. Embora a maioria das unidades preveja algum acompanhamento durante a medida, raramente há registro de protocolos estruturados, frequência definida, articulação sistemática com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou continuidade pós-medida. A recepção e acolhimento dos adolescentes, bem como o manejo de situações de crise, são frequentemente abordados de forma superficial, com ênfase em encaminhamentos para serviços externos e pouca definição de responsabilidades internas. Essa falta de padronização evidencia fragilidades operacionais que podem comprometer a efetividade do cuidado e a proteção integral dos adolescentes.

Outro aspecto crítico diz respeito à abordagem predominante da saúde mental como questão individualizada, centrada em atendimentos psicológicos ou psiquiátricos isolados, com uso significativo de psicofármacos.

Dados do Painel de Inspeções do CNJ e dos Relatórios de Gestão da SEAS indicam que, entre 2023 e 2024, cerca de 30% a 37,5% dos atendimentos realizados nas unidades eram de natureza psiquiátrica, e o número de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos chegou a 1.989. Esses números reforçam a predominância de uma lógica medicalizante, em detrimento de estratégias integradas de cuidado psicossocial, prevenção e promoção da saúde mental.

Tal abordagem limita o potencial de enfrentamento dos determinantes sociais do sofrimento psíquico, como a privação de liberdade, a violência institucional e a ruptura de vínculos familiares, fatores que contribuem significativamente para o agravamento do sofrimento emocional dos adolescentes. Além disso, os dados evidenciam que a população de adolescentes em cumprimento de medida no estado é composta majoritariamente de adolescentes negros.

A ausência de estratégias preventivas e de práticas socioeducativas alternativas, como atividades de lazer, esporte, cultura, educação e convivência familiar, evidencia outro desafio estrutural do sistema. Tais iniciativas são reconhecidas como fundamentais para a promoção do bem-estar, fortalecimento de vínculos, desenvolvimento de habilidades socioemocionais e prevenção de agravos à saúde mental. No entanto, elas aparecem de forma desigual, pontual ou completamente ausente nos PPPs analisados, reforçando uma lógica de cuidado reativa, centrada apenas na remediação de sintomas, e não integrativa, que considere o adolescente em sua totalidade.

A instabilidade e a precariedade da estrutura das equipes técnicas, marcadas por elevada rotatividade e contratos temporários, agravam essas fragilidades, dificultando a construção de vínculos terapêuticos consistentes e o acompanhamento contínuo. Até 2024, o quadro de profissionais incluía 74 técnicos temporários e 848 socioeducadores, com 158 cargos vagos, o que se traduz em impacto direto na qualidade e continuidade do cuidado.

Em contrapartida, a criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Saúde Mental de Adolescentes e Jovens em cumprimento de Medidas Socioeducativas (Portaria nº 2699/2023) indica avanços importantes para o fortalecimento da atenção integral à saúde mental.

O GTI possibilita a construção de fluxos operacionais, protocolos interinstitucionais, integração com a RAPS e corresponsabilização entre diferentes órgãos e setores, promovendo condições mais favoráveis à implementação efetiva das diretrizes previstas na PNAISARI.

A efetividade dessa iniciativa, no entanto, dependerá da consolidação de práticas contínuas, capacitação profissional, investimento estrutural e monitoramento sistemático.

Em síntese, o estudo evidencia que a atenção à saúde mental no sistema socioeducativo do Ceará e a incorporação das diretrizes da PNAISARI ainda se encontra em um estágio embrionário de implementação, marcado por fragilidades institucionais, ausência de padronização, abordagem medicalizante predominante e insuficiência de estratégias preventivas e socioeducativas.

A efetivação do direito à saúde mental requer, portanto, a superação de obstáculos estruturais, normativos e operacionais, com articulação intersetorial efetiva, integração com a rede de saúde, protocolos claros, acompanhamento contínuo e incorporação de práticas que promovam o desenvolvimento integral dos adolescentes.

A consolidação de políticas de saúde mental que sejam verdadeiramente protetivas e humanizadoras implica reconhecer a saúde mental como eixo central do processo socioeducativo, que deve dialogar com as dimensões pedagógicas, culturais e socioemocionais da vida dos adolescentes, considerando suas especificidades de idade, raça, gênero e condições de vulnerabilidade. Superar essas lacunas é essencial para que os instrumentos normativos, longe de permanecerem como declarações abstratas, se traduzam em práticas concretas, garantindo direitos, fortalecendo a resiliência e promovendo a reintegração social dos jovens em cumprimento de medidas socioeducativas no Ceará.

REFERÊNCIAS

- ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS. *Protocolo de Istambul: Manual para investigação e documentação eficazes da tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes*. Nova Iorque; Genebra: Nações Unidas, 2001. Disponível em: <https://direitoshumanos.dpu.def.br/protocolo-de-istambul-manual-para-investigacao-e-documentacao-eficazes-da-tortura-e-outras-penas-ou-tratamentos-cruéis-desumanos-ou-degradantes/>. Acesso em: 05 dez. 2025.
- AMARANTE, P. (Org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, Paulo. *Loucura e transformação social: autobiografia da Reforma Psiquiátrica brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- BARROS, Sonia Maria de Oliveira. *Adolescência e privação de liberdade: trajetórias, vulnerabilidades e saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2016.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. *Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979*. Institui o Código de Menores.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.
- BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.
- BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001.
- BRASIL. *Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012*. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Brasília: Presidência da República, 2012.
- BRASIL. *Instrutivo para a implantação e implementação da PNAISARI*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrutivo_pnaisari.pdf. Acesso em: 15 nov. 2025.
- BRASIL. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 26 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

CAVALLARI, Maria Regina. *Gênero e socioeducação: reflexões sobre o atendimento a meninas em conflito com a lei*. Revista Serviço Social & Sociedade, n. 134, 2019.

CEARÁ. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social. *Regimento Interno: Unidades de Medidas Socioeducativas do Estado do Ceará*. 2. ed. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2015. 101 p. Disponível em:

<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2018/06/regimento-interno-2015.pdf>. Acesso em: 09 set. 2025.

CEARÁ. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. *Portaria nº 2699/2023, de 24 de novembro de 2023*. Institui Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Saúde Mental de Adolescentes e Jovens em cumprimento de Medidas Socioeducativas no Estado do Ceará. Fortaleza, 2023. Disponível em: https://www.tjce.jus.br/atos_normativos/portaria-no-2699-2023/. Acesso em: 09 dez. 2025.

CEDECA Ceará, Fórum Permanente DCA & Coletivo Vozes de Mães e Familiares do Socioeducativo e Prisional. (2023). *5º Relatório do monitoramento do sistema socioeducativo cearense – meio fechado* (156 p.). Fortaleza: CEDECA Ceará.

COMISSÃO EXECUTIVA DO VESTIBULAR – CEV/UECE. *Concurso SEAS 2024*.

Universidade Estadual do Ceará, 2025. Disponível em:

<https://www.cev.uece.br/concurso-seas-2024/>. Acesso em: 20 nov. 2025.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (CNDH). *NOTA CNDH Nº 065/2025: NOTA PÚBLICA PRELIMINAR SOBRE A MISSÃO DE INSPEÇÃO DO CNDH AO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO ESTADO DO CEARÁ*. Brasília, 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-missao-cndh-inspecao-sistema-socioeducativo-ceara1>. Acesso em: 25 nov. 2025.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. *Crime e castigo*. Tradução de Paulo Bezerra. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2001.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

MYERS, David G. *Psicologia social*. 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

NASCIMENTO, R. C. *Loucura e Cidadania: avanços e impasses da reforma psiquiátrica brasileira*. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

NICODEMOS, Carlos. Natureza do sistema de responsabilidade do adolescente autor de ato infracional. In: *Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização*. São Paulo: ILANUD, 2006.

ONU. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nova Iorque, 1989.

ONU. *Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude*. Resolução A/RES/40/33, 29 nov. 1985. Disponível em: <...>. Acesso em: 26 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos – CIDH. *Medida cautelar N° 60-15 (MC 60-15/PT)*. Washington, DC: OEA, 2015. 15 p. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2015/mc60-15-pt.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946*. Nova York: Organização das Nações Unidas, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 25 out. 2025.

PIANA, Berenice. *Adolescentes em conflito com a lei e saúde mental: intersectorialidade e direitos humanos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Do contrato social*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”*. In Franco Rotelli et al. *Desinstitucionalização*. SÃO PAULO: Hucitec, 2001. 2. ed.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO. *Plano Estadual Decenal de Atendimento Socioeducativo do Ceará*. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2020. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2020/10/LIVRO-PLANO-DECENAL-OFICIAL.pdf>. Acesso em: 08 out. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Portaria n° 23/2019 – Portaria de Prevenção ao Suicídio dos Centros Socioeducativos do Estado do Ceará*. Fortaleza, CE, 01 abr. 2019. 3 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2020/06/PORTARIA-23-2019-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-SUIC%C3%8DDIO.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO. *Projeto Político-Pedagógico: Unidade de Recepção Luís Barros Montenegro*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. PDF. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/URLBM.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Aldaci Barbosa Mota*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 43 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-ALDACI-BARBOSA-MOTA-.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade Mártir Francisca*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 65 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-DE-SEMILIBERDADE-MARTIR-FRANCISCA.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Cardeal Aloísio Lorscheider*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 45 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-CARDEAL-ALOISIO-LORSCHIEDER.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Dom Bosco*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 55 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-DOM-BOSCO.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Patativa do Assaré*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 48 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-PATATIVA-DO-ASSARE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo São Francisco*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 76 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-SAO-FRANCISCO.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo São Miguel*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 42 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-SAO-MIGUEL.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Canindezinho*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 55 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-CANINDEZINHO.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Passaré*. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. 46 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-PASSARE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO

SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade de Crateús*. Crateús, CE: SEAS, 2021. 53 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/SEMILIBERDADE-DE-CRATEUS.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade de Sobral*. Sobral, CE: SEAS, 2021. 47 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/SEMILIBERDADE-SOBRAL.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Dr. Zequinha Parente*. Sobral, CE: SEAS, 2021. 42 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-DR.-ZEQUINHA-PARENTE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo de Sobral*. Sobral, CE: SEAS, 2021. 52 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-SOBRAL.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo José Bezerra de Menezes*. Juazeiro do Norte: SEAS, 2021. 69 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/centro-socioeducativo-jose-bezerra-de-menezes.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro Socioeducativo Padre Cícero*. Juazeiro do Norte, CE: SEAS, 2021. 66 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/CENTRO-SOCIOEDUCATIVO-PADRE-CICERO.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico de Atendimento Socioeducativo: Centro de Semiliberdade de Juazeiro do Norte*. Juazeiro do Norte, CE: SEAS, 2021. 44 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/PPP-CENTRO-DE-SEMILIBERDADE-DE-JUAZEIRO-DO-NORTE.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Projeto Político-Pedagógico: Centro de Semiliberdade de Iguatu*. Iguatu, CE: SEAS, 2021. 55 p. Disponível em:
<https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/SEMILIBERDADE-DE-IGUATU.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO – SEAS. Projeto Político-Pedagógico: Unidade de Recepção Luís

Barros Montenegro. Fortaleza, CE: SEAS, 2021. PDF. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2021/12/URLBM.pdf> . Acesso em: 14 nov. 2025.

SUPERINTENDÊNCIA DO SISTEMA ESTADUAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – SEAS. *Portaria nº 23/2019 – Portaria de Prevenção ao Suicídio dos Centros Socioeducativos do Estado do Ceará*. Fortaleza, CE, 01 abr. 2019. 3 p. Disponível em: <https://www.seas.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/35/2020/06/PORTARIA-23-2019-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-SUIC%C3%8DDIO.pdf> . Acesso em: 16 nov. 2025.

TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. Evitar o desperdício de vidas. In: ILANUD. *Justiça, adolescente e ato infracional: socieducação e responsabilização*. São Paulo: ILANUD, 2006.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. *Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas*. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo da 6ª Região (org.). *Caderno Temático nº 12*. São Paulo: CRP-SP, 2011. Disponível em: <https://crpsp.org/impresso/view/54>. Acesso em: 12 dez. 2025.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2015: Adolescentes de 16 e 17 anos no Brasil*. Brasília: FLACSO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prisons and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. *Em busca das penas perdidas: a perda da legitimidade do sistema penal*. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1989.