

Diagnóstico da Atenção em Saúde Mental de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa no estado de Minas Gerais



Tribunal de Justiça do
Estado de Minas Gerais

**Diagnóstico da Atenção em
Saúde Mental de
Adolescentes em
Cumprimento de Medida
Socioeducativa no estado de
Minas Gerais**



Tribunal de Justiça do
Estado de Minas Gerais

Estrutura Institucional

GMF/TJMG

*Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema
Carcerário e Socioeducativo do Tribunal de Justiça de
Minas Gerais*



Desembargador José Luiz de Moura Faleiros

Supervisor

Bárbara Isadora Santos Sebe Nardy

Juíza Coordenadora

Elaboração Técnica:

Comissão de Elaboração do Diagnóstico, instituída no âmbito do Grupo de Trabalho III (Área Socioeducativa) do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG), nos termos do Plano de Ação 2025/2026, aprovado pela Assembleia Geral.

Colaboradores:

Alessandra Martins Lara de
Rezende
Alice Aparecida da Silva
Amanda Pereira dos Santos
Ana Claudia Alves Santos
Andressa do Carmo Pereira
Ayla Bianca Silva Chaves
Bárbara Coelho Ferreira
Bianca Ferreira Rocha
Cássia da Conceição Juscelino

Eliana Siqueira Saffi
Elisângela Lopes
Esther Maria Dias Kfoury
Estael Alves A. Aguiar
Fernando Libanio Coutinho
Flávia Soraya de Castro
Gabriela Azevedo Borges
Gláucia de Fátima Batista
Guilherme Cruz

Claudia Mary Costa e Neves
Cláudia Alves Almeida
Cristiano de Andrade
Cynthia Maria Santos Águido
Daniel Santos Cruz
Daniel dos Santos Saldanha de
Freitas Camilo
Débora Corrêa Lopes de Freitas
Douglas Neves de Oliveira
Elder Carlos Gabrich Júnior

Israel Tainan Lima e Chaves
João Paulo Freire Jardim
Joyce Dayanne Silva
Júlia Abreu Duarte
Juliana Antunes Vilarino Miranda
Kamila Emanuelle
Laura Avelar
Letícia Mayra Moreira
Lorena de Souza Oliveira

Lucas Fernandes Ayres Pinto
Ludmila Lopes Magalhães
Mariana de Resende Franco
Mariane Pereira de Oliveira
Maria Clara Sousa Mendes
Maria Laura Prates e Silva
Maria Núbia Alves Cruz
Mateus Henrique Santos de Souza
Junior
Nathalie de Siqueira Theodoro
Garnique Rosado

Rafael Henrique Roquette Andrade
Ramona Christian Galvao Pires
Renata Abranches Esteves
Rosalina Martins Teixeira
Sara Calazans
Silviana Campidele Silveira
Taynara Fátima Silva de Paula
Tiffany Milena Uchoas Costa
Vinício Araújo Martins



Revisão Técnica

Ana Clara Gomes de Castro Ribeiro
Cynthia Maria Santos Águido
Douglas Rodrigo Rosa
Gisele Maia Boncompagni
Janaina Querino de Oliveira
Jéssica Alana da Silva Souza

João Victor Lima Ribeiro
Kelly Cristina Batista dos Santos
Maria Helena Furtado Novaes
Mario Henrique Marcon
Thamires Gonçalves Santos
Webert Luiz de Oliveira

Diagramação:

Ana Clara Gomes de Castro Ribeiro
Luiza de Castro Soares

Instituições participantes

Tribunal de Justiça do Estado de
Minas Gerais

Secretaria Municipal de Assistência
Social e Direitos Humanos de Belo
Horizonte

Ministério Público do Estado de
Minas Gerais

Associação de Usuários dos
Serviços de Saúde Mental

Secretaria de Estado de Justiça e
Segurança Pública de Minas Gerais

Conselho Regional de Psicologia de
Minas Gerais

Secretaria de Estado de Saúde de
Minas Gerais

Conselho Regional de Serviço
Social de Minas Gerais

Secretaria de Estado de
Desenvolvimento Social

Fórum Mineiro de Saúde Mental

Secretaria Municipal de Saúde de
Belo Horizonte

Movimento Nacional da População
em Situação de Rua

Projeto de Extensão e Pesquisa
Janela da Escuta, da Faculdade de
Medicina da UFMG



Coordenação Geral do CEIMPA-MG

Desembargadora Márcia Maria Milanez

Coordenação Executiva do CEIMPA-MG

Afrânio José Fonseca Nardy

Juiz de Direito do TJMG

Secretaria do CEIMPA-MG

Douglas Rodrigo Rosa

Assistente de Direção Superior do GMF/PAI-PJ

Assistência Técnica

Cynthia Maria Santos Águido

Programa Fazendo Justiça (CNJ/PNUD)

Data de Conclusão: Julho de 2026

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA Alcoólicos Anônimos

AESP Avaliação Especial de Saúde Prisional

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS Atenção Primária à Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CadSUAS Cadastro Nacional do Sistema Único de Assistência Social

CATU Equipe interdisciplinar do PAI-PJ, responsável pelo acompanhamento de adolescentes em conflito com a lei que apresentam sofrimento psíquico.

CEDCA-MG Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de Minas Gerais

CEIMPA-MG Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais

CEIP Centro de Internação Provisória

CERSAM Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAMi Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil

CESMAD Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CMDCA Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CNAS Conselho Nacional de Assistência Social

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CONANDA Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CNIUPS Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades e Programas Socioeducativos

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRESS-MG Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais

CRP-MG Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais

CSE Centro de Saúde-Escola

CT Comunidade Terapêutica

CTA Centro de Testagem e Aconselhamento

DAS Diretoria de Atenção à Saúde

DCB Denominação Comum Brasileira

DIVISOM Diretoria de Vigilância Socioassistencial

DMS Diretoria de Monitoramento Socioeducativo

DPMG Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais

DPSMC Diretoria de Proteção Social de Média Complexidade

DSBS Diretoria de Serviços e Benefícios Socioassistenciais

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

EJA Educação de Jovens e Adultos

eSF Equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia Saúde da Família

FMSM Fórum Mineiro de Saúde Mental

GMF Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo

IELO Instituto Elo

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

LA Liberdade Assistida

LOAS Lei Orgânica da Assistência Social

MDHC Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

MDS Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

MNPR Movimento Nacional da População em Situação de Rua

MNVCT Movimento Nacional de Vítimas de Comunidades Terapêuticas

MTE Ministério do Trabalho e Emprego

MS Ministério da Saúde

MSE Medidas Socioeducativas

NOB-RH/SUASE Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social

PAEFI Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAI-PJ Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PAIF Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PEMSE Pólo de Evolução das Medidas Socioeducativas

PESMAD Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas

PIA Plano Individual de Atendimento

PNAISARI Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

PNAS Política Nacional de Assistência Social

PNUD Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPCAAM Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte

PPI Pequeno Porte I

PPII Pequeno Porte II

PPP Projeto Político-Pedagógico

PSC Prestação de Serviços à Comunidade

PSB Proteção Social Básica

PSE Proteção Social Especial

PTS Projeto Terapêutico Singular

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RAS Rede de Atenção à Saúde

SAAD Serviço de Atenção ao Adolescente Autor de Ato Infracional Dependente Químico

SCFV Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEE-MG Secretaria de Estado de Educação de Minas Gerais

SEDESE-MG Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais

SEJUSP-MG Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais

SES-MG Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SGD Sistema de Garantia de Direitos

SGES Superintendência de Gestão Estratégica do Sistema Socioeducativo

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASE Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SMSA Secretaria Municipal de Saúde

SRS Superintendência Regional de Saúde

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUASE Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo

SUBAS Subsecretaria de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde

SUSfácilMG Sistema Estadual de Regulação Assistencial

TABNET Sistema de Tabulação de Dados do DATASUS

TAE Tentativa de autoextermínio

TJMG Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

UBS Unidade Básica de Saúde

UFMG Universidade Federal de Minas Gerais

UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	23
2.1. Mapeamento dos CAPS em Minas Gerais.....	25
2.2. Mapeamento das UBS/eSF com apoio matricial em saúde mental.....	30
2.3. Mapeamento de leitos de saúde mental em hospitais gerais.....	32
2.4. Mapeamento dos Centros de Convivência.....	35
2.5. Mapeamento da cobertura da PNAISARI.....	36
2.6. Mapeamento de fluxos de atendimento à crise em saúde mental.....	40
2.7. Medicação e tratamento farmacológico.....	47
3. DIAGNÓSTICO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL.....	51
3.1. Mapeamento dos equipamentos do SUAS.....	53
3.2. Gestão e instrumentos das medidas socioeducativas em meio aberto nos municípios de Minas Gerais.....	56
3.2.1. Adesão à pesquisa e distribuição por porte populacional.....	57
3.2.2. Preenchimento por Diretoria Regional da Sedese.....	58
3.2.3. Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo.....	59
3.2.4. Plano e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).....	63
3.2.5. Comissão Intersetorial do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.....	64
3.2.6. Projeto Político-Pedagógico (PPP) das medidas socioeducativas em meio aberto..	67
3.3. Retrato da socioeducação em meio aberto em Minas Gerais: evidências do levantamento estadual 2025.....	71
3.3.1. Local de acompanhamento das MSE de LA e PSC em Minas Gerais.....	71
3.3.2. Equipe de acompanhamento de MSE (LA/PSC) em Minas Gerais.....	75
3.4. Atendimento de MSE (LA/PSC) em Minas Gerais em 2024 e 2025.....	80
3.4.1. Perfil das pessoas adolescentes em cumprimento de MSE de meio aberto em MG.....	87
3.4.2. MSE e demais serviços da Assistência Social.....	95
3.4.3. MSE e Articulação Intersetorial.....	98
4. DIAGNÓSTICO DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO.....	106
4.1. Perfil de adolescentes nas medidas privativas e restritivas de liberdade com sofrimento psíquico e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas.....	106
4.2. Caracterização dos quadros clínicos, uso de medicação psicotrópica e locais de atendimento na Rede de Atenção Psicossocial.....	113
4.2.1. Fluxos de encaminhamento para RAPS e matriciamento.....	121
4.3. Análise segundo tipo de medida, modelo de gestão e tempo médio de cumprimento de medida socioeducativa.....	124
4.4. Agravos relacionados à saúde mental no sistema socioeducativo.....	128

4.4.1. Análise de internações psiquiátricas e hospitalidade noturna.....	128
4.4.2. Análise sobre as violências autoprovocadas e óbitos no sistema socioeducativo...	129
4.4.3. Violência institucional e limites do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	134
4.5. Fluxos internos, protocolos e diretrizes para o atendimento em saúde mental no sistema socioeducativo.....	137
4.6. Temas transversais.....	139
4.6.1. Segurança alimentar e nutricional e suas interfaces com a saúde mental e bem-estar.	139
4.6.1.1. Sistematização das notificações de unidades socioeducativas.....	140
4.6.1.2. Sistematização das inspeções realizadas pelo GMF/TJMG.....	142
4.6.2. Promoção dos direitos sexuais e reprodutivos.....	144
4.6.3. Uso de algemas no acesso aos serviços de saúde.....	146
4.7. Síntese analítica.....	150
5. ESCUTA DE ADOLESCENTES.....	154
5.1. Oficinas com adolescentes das medidas de privação e restrição de liberdade.....	155
5.1.1. Oficinas com adolescentes da internação.....	157
5.1.2. Oficinas com adolescentes da semiliberdade.....	160
5.1.3. Oficinas com jovens inseridos no programa pós-medida.....	161
5.1.4. Oficinas com adolescentes das medidas de meio aberto.....	165
5.1.5. Propostas a partir das oficinas.....	169
6. ESCUTA DE PROFISSIONAIS.....	172
6.1. Profissionais da política de saúde.....	172
6.2. Profissionais da execução das medidas de internação e semiliberdade.....	178
6.2.1. Equipes técnicas.....	178
6.2.2. Equipes de segurança.....	181
6.2.3. Profissionais da execução das medidas de meio aberto.....	186
6.2.4. Profissionais do sistema de justiça.....	188
7. MAPEAMENTO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E VIOLAÇÕES DE DIREITOS.....	191
7.1. Dados sobre CTs no Estado de Minas Gerais.....	194
7.2. Comunidades terapêuticas: os novos manicômios?.....	198
7.3. Sistema Socioeducativo e comunidades terapêuticas.....	199
7.4. Análise de violações.....	201
7.5. Marco normativo e responsabilidade institucional na proteção de crianças e adolescentes.....	204
8. PROPOSIÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PARA O CEIMPA-MG.....	206
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	217
REFERÊNCIAS.....	220

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

Jovem em conflito com a lei ou lei em conflito com o(a) jovem? A pergunta, deliberadamente invertida, é o ponto de partida deste diagnóstico sobre a saúde mental de pessoas adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em Minas Gerais. Por décadas, o sistema de justiça juvenil brasileiro nomeou a pessoa adolescente como o problema a ser corrigido, disciplinado e contido. Este documento propõe o movimento inverso: interrogar as instituições, os fluxos, as ausências e as violências que atravessam a vida desses(as) jovens em Minas Gerais, muitas delas neurodivergentes e que, antes de qualquer ato infracional, são sujeitos de direitos e de uma história que a instituição, com frequência, não se dispõe a escutar.

O que se apresenta nas páginas seguintes é fruto de um trabalho inédito no país. Pela primeira vez, um diagnóstico sobre a atenção em saúde mental de pessoas adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa foi construído de forma coletiva, interinstitucional e participativa, reunindo o Sistema de Justiça, o Sistema Único de Saúde, a Assistência Social, a Socioeducação, a academia e a sociedade civil e movimentos sociais em torno de um mesmo objeto de investigação. O Grupo de Trabalho III: Área Socioeducativa, do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG), organizou sete subgrupos temáticos, cada um coordenado por uma instituição distinta, para mapear a Rede de Atenção Psicossocial, o Sistema Socioeducativo, a Rede Socioassistencial, as comunidades terapêuticas e, sobretudo, para ouvir quem até aqui raramente foi ouvido: as próprias pessoas adolescentes e os(as) profissionais que com elas trabalham, dia após dia, dentro e fora dos muros das unidades.

Os números aqui reunidos são expressivos e exigem leitura crítica. As planilhas de saúde mental, preenchidas mensalmente pelas unidades socioeducativas de todo o estado, reúnem justamente as pessoas adolescentes que apresentaram alguma demanda ou necessidade de atenção nesse campo, desde quadros mais leves e já estabilizados até situações de maior complexidade clínica. Elas somam 472 pessoas, 57% de todas as que estavam em





cumprimento de medida no período analisado, o que já desfaz qualquer leitura do sofrimento psíquico como exceção. Mais grave ainda: dentro desse mesmo grupo, 92,8% das pessoas adolescentes estão em uso de ao menos um medicamento psicotrópico. Esse dado não pode ser lido apenas como acesso a cuidado. Ele expõe um modelo em que a medicação, com frequência, substitui a escuta, a convivência, o vínculo e o cuidado psicossocial que deveriam ser a base de qualquer resposta ao sofrimento humano. Ansiedade, insônia, agitação, uso de substâncias: por trás de cada categoria clínica há uma pessoa adolescente tentando sobreviver ao aprisionamento, e não um sofrimento a ser cuidado.

Foi na escuta direta dessas pessoas adolescentes, em rodas de conversa realizadas fora das unidades, que este diagnóstico encontrou sua dimensão mais humana e mais dura. Elas disseram que a medida "mata o amor". Disseram que pensar demais, no alojamento, dói mais do que qualquer coisa. Disseram que tomam remédio para aguentar, sem saber o nome do que tomam, reconhecendo o comprimido pela cor. Falaram de algemação em "modo avião", de câmeras desligadas à noite, de agentes chamados de "bandidos de farda". E também falaram de amizade, de música, de saudade da família, de vontade de estudar, de projetos de vida ainda possíveis. Escutar essas vozes, sistematizá-las com rigor e devolvê-las às instituições como evidência é, talvez, o gesto mais importante deste diagnóstico: não há saúde mental possível em contexto de violência institucional, e não há como cuidar do sofrimento psíquico sem, ao mesmo tempo, enfrentar as condições concretas que o produzem.

Os(as) profissionais ouvidos(as) confirmam, de outro lugar, o que as pessoas adolescentes relataram: fluxos pactuados que nem sempre chegam à ponta, protocolos que existem no papel e se dissolvem na rotina, um matriciamento que funciona bem onde há vontade política e desaparece onde falta.

E o diagnóstico não se furta a nomear o que ainda resiste como prática manicomial disfarçada de cuidado: o encaminhamento de pessoas adolescentes a comunidades terapêuticas, na contramão frontal da [Resolução CONANDA nº 249/2024](#) e de toda a legislação de proteção integral, revela que o Código de Menores, supostamente superado há quase quarenta anos, ainda inspira práticas concretas em pleno 2026.

Este é, portanto, um documento de enfrentamento e de compromisso. Enfrentamento das fragilidades, das violências, das lacunas que a pesquisa expôs com honestidade





metodológica. E compromisso institucional, reunido nas mais de cinquenta proposições que encerram este diagnóstico, de que os dados aqui apresentados não ficarão arquivados: servirão de subsídio para deliberações do CEIMPA-MG, para a formação de profissionais do Sistema de Justiça, do Poder Executivo municipal e estadual, para a revisão de protocolos, para decisões judiciais fundamentadas na integralidade do cuidado e na excepcionalidade da privação de liberdade.

Devolvemos, assim, à sociedade mineira e ao país, o retrato de uma política que ainda deve muito às pessoas adolescentes que atravessa. Que este diagnóstico pioneiro, construído a muitas mãos e a muitas escutas, seja lido não como ponto de chegada, mas como convocação: para que a lei deixe, finalmente, de estar em conflito com o(a) jovem.

Afrânio José Fonseca Nardy
Juiz de Direito





Capítulo 1

INTRODUÇÃO





1. INTRODUÇÃO

O presente documento apresenta o *Diagnóstico da Atenção em Saúde Mental de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Minas Gerais*, elaborado no âmbito do Grupo de Trabalho III: Área Socioeducativa, do Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais (CEIMPA-MG).

O Comitê foi inicialmente criado em maio de 2023, no âmbito do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (GMF/TJMG), e posteriormente instituído por meio da [Portaria Conjunta nº 1.623/PR/2024](#) (Brasil, 2024). Sua constituição decorre das diretrizes estabelecidas pela [Resolução CNJ nº 487/2023](#) (Brasil, 2023), que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece medidas voltadas à garantia de direitos das pessoas que apresentam sofrimento psíquico ou qualquer forma de deficiência psicossocial em conflito com a lei, orientando a substituição de práticas institucionalizantes por estratégias de cuidado em liberdade, articuladas à rede territorial de atenção psicossocial, em conformidade com a [Lei Federal nº 10.216/2001](#).

Embora originalmente voltada ao sistema penal, a [Resolução CNJ nº 487/2023](#) estabeleceu, em seu art. 22, que suas disposições também se aplicam, no que couber, aos adolescentes com sofrimento psíquico apreendidos, processados por ato infracional ou em cumprimento de medida socioeducativa, observadas a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, o princípio da prioridade absoluta e as adaptações previstas no [Estatuto da Criança e do Adolescente \(ECA\)](#), enquanto não for editado ato normativo específico para a matéria (Brasil, 2023). Foi nesse contexto que o CEIMPA-MG estruturou o Grupo de Trabalho III: Área Socioeducativa, com o propósito de fomentar a implementação da Política Antimanicomial no âmbito da socioeducação em Minas Gerais.

Em consonância com essa diretriz, o Comitê passou a incorporar de forma estruturada a área socioeducativa, com a publicação da [Portaria Conjunta nº 1.623/PR/2024](#) (Brasil, 2024), reconhecendo a necessidade de aprofundar o debate sobre saúde mental de





adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, especialmente diante da complexidade das demandas identificadas nos serviços e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SGD).

O CEIMPA-MG está organizado em três Grupos de Trabalho: GT I: Área Penal (Audiência de Custódia), GT II: Área Penal (Desinstitucionalização) e GT III: Área Socioeducativa. No âmbito desses espaços, foram realizadas reuniões periódicas para promover articulações interinstitucionais e discussões técnicas que resultaram na construção do Plano de Ação 2025/2026, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária realizada em 30 de maio de 2025.

Entre as metas estabelecidas no Plano de Ação, no âmbito do GT III: Área Socioeducativa, definiu-se a elaboração de um diagnóstico voltado à atenção em saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em Minas Gerais, com o objetivo de produzir subsídios quantitativos e qualitativos capazes de contribuir para a compreensão das demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como para o fortalecimento das redes de cuidado e da articulação intersetorial.

A proposta do diagnóstico partiu do entendimento de que a atenção em saúde mental de adolescentes no sistema socioeducativo não pode ser analisada de forma isolada ou restrita aos programas de atendimento socioeducativo, exigindo a consideração das múltiplas políticas públicas e instituições que atravessam as trajetórias dessas pessoas adolescentes, especialmente as políticas de saúde, assistência social, socioeducação e acesso à justiça. Da mesma forma, compreendeu-se a necessidade de incorporar não apenas dados institucionais e quantitativos, mas também experiências, percepções e narrativas de diferentes sujeitos envolvidos nesse campo.

A construção do presente diagnóstico tomou como referência o instrumental metodológico desenvolvido pelo Programa Fazendo Justiça, iniciativa coordenada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), voltada ao apoio à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário nos estados brasileiros. O instrumento foi apresentado ao Grupo de Trabalho III (Área Socioeducativa) e submetido à apreciação das instituições participantes do





CEIMPA-MG, que propuseram adequações, complementações e novos eixos de investigação, de modo a contemplar as especificidades da política socioeducativa e da rede de atenção existente em Minas Gerais. O resultado é um diagnóstico que preserva a estrutura metodológica proposta pelo Programa Fazendo Justiça, incorporando, contudo, contribuições construídas coletivamente pelas instituições estaduais e municipais para conferir maior aderência às características e desafios do contexto mineiro.

Para viabilizar sua construção, foi instituída a Comissão de Mapeamento Diagnóstico, organizada em sete subgrupos temáticos, responsáveis pelo levantamento, sistematização e análise de diferentes dimensões relacionadas à temática, a saber:

Subgrupo 1: Diagnóstico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Coordenação: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por meio da Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (SES-MG/CESMAD).

Subgrupo 2: Diagnóstico do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Coordenação: Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais, por meio da Subsecretaria de Assistência Social (SEDESE-MG/SUBAS).

Subgrupo 3: Diagnóstico do Sistema Socioeducativo.

Coordenação: Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais, por meio da Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo (SEJUSP-MG/SUASE).

Subgrupo 4: Escuta de Adolescentes.

Coordenação: Projeto de Extensão Janela da Escuta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, por meio da equipe CATU (PAI-PJ/CATU).

Subgrupo 5: Escuta de Profissionais.

Coordenação: Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM).





Subgrupo 6: Mapeamento de Comunidades Terapêuticas.

Coordenação: Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG) e Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais (CRESS-MG).

Subgrupo 7: Revisão do Diagnóstico.

Coordenação: Secretaria do CEIMPA-MG e Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo (GMF/TJMG)

A elaboração do diagnóstico ocorreu de forma participativa e interinstitucional, envolvendo representantes do sistema de justiça, da gestão socioeducativa, da saúde, da assistência social, de instituições de ensino, de organizações da sociedade civil e outros atores vinculados ao SGD. Ao longo do processo, buscou-se construir uma leitura ampliada sobre a atenção em saúde mental no contexto socioeducativo, identificando potencialidades, fragilidades, desafios e possibilidades de articulação entre os diferentes serviços e políticas públicas.

Mais do que reunir informações e dados, este diagnóstico pretende contribuir para o fortalecimento de estratégias de cuidado orientadas pelos princípios da proteção integral, da intersetorialidade, da excepcionalidade da institucionalização e da política antimanicomial, reconhecendo adolescentes como sujeitos de direitos e reafirmando a necessidade de construção de respostas institucionais que priorizem cuidado em liberdade, vínculos territoriais e acesso qualificado às políticas públicas.





Capítulo 2

DIAGNÓSTICO RAPS





2. DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, instituída pela [Lei Federal nº 10.216/2001](#), Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001) e organizada nacionalmente pela [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017](#) (Brasil, 2017) que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a Rede de Atenção Psicossocial. Em Minas Gerais, a RAPS é regulamentada pela [Resolução SES/MG nº 5.461/2016](#) (Minas Gerais, 2016), que institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PESMAD) e estabelece diretrizes para organização e funcionamento dos serviços no território mineiro. No âmbito deste diagnóstico, a análise da RAPS buscou compreender a capacidade de resposta da rede às demandas de adolescentes, em cumprimento de medida socioeducativa, que apresentam sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas.

Os dados levantados evidenciam avanços importantes na estruturação da rede estadual de saúde mental, mas também revelam desigualdades territoriais, vazios assistenciais e fragilidades na articulação entre os diferentes pontos de atenção, especialmente no cuidado voltado à infância e à adolescência. Tais desafios tornam-se ainda mais sensíveis quando observados a partir das especificidades do sistema socioeducativo, marcado por situações recorrentes de vulnerabilidade social, privação e restrição de liberdade, rompimento de vínculos familiares e demandas complexas de saúde mental.

A normativa estadual prevê, de forma específica, o fortalecimento das ações voltadas à saúde mental infantojuvenil, incluindo a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), a qualificação do cuidado na Atenção Básica e o desenvolvimento de estratégias intersetoriais articuladas com educação, assistência social, cultura, esporte e socioeducação. Essa política está fundamentada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que assegura o direito à vida, à saúde e ao acesso integral e gratuito aos recursos





necessários ao tratamento e à reabilitação, conforme as necessidades específicas desse público.

O cuidado psicossocial de crianças e adolescentes no Sistema Único Saúde (SUS) orienta-se pelos princípios da integralidade, da equidade e do acompanhamento longitudinal no território, conforme diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e do Guia “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS” (Brasil, 2014), enfatizando ações de promoção da saúde, de articulação intersetorial e de participação ativa de crianças e adolescentes. Reconhece-se que o processo saúde-doença nessa fase da vida está fortemente relacionado aos determinantes sociais, exigindo políticas integradas e estratégias inovadoras para a proteção e garantia de direitos.

Historicamente, crianças e adolescentes foram submetidos a práticas segregadoras e institucionalizantes, progressivamente tensionadas por marcos normativos como o ECA e a [Lei nº 10.216/2001](#), que redirecionou o modelo de atenção em saúde mental para o cuidado em liberdade, territorializado e antimanicomial. Nesse viés, os serviços de atenção psicossocial infantojuvenil devem ir além da lógica medicalizante, assumindo uma função social ampliada, baseada no acolhimento, na escuta, na promoção da autonomia, no enfrentamento de estigmas e na melhoria da qualidade de vida, respeitando a singularidade e a dimensão cidadã do cuidado.

No contexto socioeducativo, tais diretrizes assumem relevância ainda maior, uma vez que a privação de liberdade pode potencializar situações de sofrimento psíquico, de isolamento e de violação de direitos.

Diante de todo o exposto, a análise da RAPS realizada neste diagnóstico não se restringe ao mapeamento quantitativo de serviços, mas busca compreender como a rede se organiza para responder às necessidades concretas de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, considerando aspectos relacionados ao acesso, à continuidade do cuidado, à territorialização, à atenção às crises, à medicalização, à articulação intersetorial e à garantia do cuidado em liberdade.



2.1. Mapeamento dos CAPS em Minas Gerais

Minas Gerais possui **465 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** em funcionamento com recebimento de incentivo estadual, distribuídos entre diferentes modalidades de atendimento. Desse total, 68 são CAPSi, 25 CAPS III, 32 CAPS AD III, 63 CAPS II, 44 CAPS AD e 233 CAPS I, conforme dados disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (**SES-MG**) referentes ao mês de agosto de 2026.

Todas as informações de serviços da RAPS em funcionamento com financiamento estadual podem ser acessados pelo link: [Microsoft Power BI](#) ou pelo *QR Code* abaixo:



Quanto à divisão por *macrorregião de saúde*, observa-se que há uma distribuição heterogênea, refletindo desigualdades territoriais históricas e diferenças na capacidade de implantação e manutenção da política de saúde mental, como se pode depreender das tabelas a seguir:

Tabela 1 - Distribuição de CAPS nas Macrorregiões de Saúde de MG

Macrorregião de Saúde	N.º de CAPS	Polo
Centro	87	Belo Horizonte
Centro Sul	19	Barbacena
Extremo Sul	15	Pouso Alegre
Jequitinhonha	17	Diamantina
Leste	21	Governador Valadares
Leste do Sul	24	Ponte Nova
Nordeste	35	Teófilo Otoni





Noroeste	18	Patos de Minas
Norte	51	Montes Claros
Oeste	31	Divinópolis
Sudeste	42	Juiz de Fora
Sudoeste	25	Passos
Sul	28	Varginha
Triângulo do Sul	14	Uberaba
Triângulo do Norte	20	Uberlândia
Vale do Aço	18	Ipatinga
Total	465	

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, julho de 2026.

A distribuição dos CAPS nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais evidencia importante desigualdade territorial na organização da RAPS. Observa-se maior concentração de serviços nas macrorregiões Central (87 CAPS), Norte (51 CAPS) e Sudeste (42 CAPS), regiões que também concentram maiores contingentes populacionais e polos urbanos de referência estadual. Por outro lado, macrorregiões como Triângulo do Norte (20 CAPS), Extremo Sul (15 CAPS), Noroeste (18 CAPS) e Jequitinhonha (17 CAPS) apresentam quantitativos significativamente inferiores, revelando possíveis limitações na cobertura assistencial e na capacidade de resposta da rede em determinados territórios.

Embora o número absoluto de serviços não permita, isoladamente, avaliar suficiência ou qualidade da cobertura, os dados sugerem a necessidade de análise mais aprofundada sobre acesso, capacidade instalada, distâncias territoriais e articulação regional dos serviços, especialmente quando consideradas as demandas de crianças, de adolescentes e de populações em situação de maior vulnerabilidade social. Nesse contexto, a distribuição heterogênea da RAPS pode impactar diretamente a continuidade do cuidado, a resolutividade dos





atendimentos e a efetivação do cuidado territorializado preconizado pela política de saúde mental e pelas diretrizes da atenção psicossocial.

A distribuição dos CAPSi nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais evidencia cenário ainda mais sensível quando analisada sob a perspectiva da atenção à infância e adolescência. Observa-se importante concentração de serviços na Macrorregião Centro, enquanto diversas regiões apresentam quantitativos bastante reduzidos, como Extremo Sul, Jequitinhonha, Leste, Sudoeste e Triângulo do Norte, todas com apenas 2 unidades implantadas.

A análise territorial evidencia **importante vazio assistencial na Macrorregião Noroeste, que não possui nenhum CAPSi implantado**, apesar de abranger 33 municípios e população superior a 700 mil habitantes, conforme último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023).

Esse cenário revela desigualdade significativa na oferta de atenção psicossocial especializada para crianças e adolescentes no território mineiro.

Os CAPS Infantojuvenis - CAPSi, estão localizados nas seguintes macrorregiões de saúde:

Tabela 2 - Distribuição dos CAPSi nas Macrorregiões de Saúde de MG

Macrorregião da saúde	N.º de CAPSi
Centro	16
Centro Sul	3
Extremo Sul	2
Jequitinhonha	2
Leste	3
Leste do Sul	4
Nordeste	4





Noroeste	1
Norte	8
Oeste	5
Sudeste	5
Sudoeste	2
Sul	4
Triângulo do Sul	2
Triângulo do Norte	3
Vale do Aço	4
Total	68

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, julho de 2026.

Embora os critérios do Ministério da Saúde para implantação de CAPSi considerem parâmetros populacionais, os dados sugerem que tal lógica pode ser insuficiente para responder às necessidades concretas dos territórios, especialmente em regiões marcadas por maiores vulnerabilidades sociais, por extensas distâncias geográficas, por dificuldades de acesso e por fragilidades da rede de proteção social.

Acrescenta-se a esse cenário a inexistência, no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, de previsão de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de funcionamento 24 horas (CAPSi III). Essa lacuna limita a disponibilidade de atenção especializada contínua para crianças e adolescentes em situações de crise, fazendo com que, mesmo nos municípios que dispõem de CAPSi, o cuidado dependa da articulação com outros pontos da rede, o que pode comprometer a continuidade e a integralidade da atenção em saúde mental.



Tabela 3 - Organização dos CAPS conforme os critérios do Ministério da Saúde

Tipo de CAPS	Público/Indicação Principal	Porte do Município	Funcionamento
CAPS I	Atendimento em saúde mental	Mínimo de 15 mil habitantes	Diurno
CAPS II	Atendimento em saúde mental	Mínimo de 70 mil habitantes	Diurno
CAPS III	Atendimento em saúde mental	Regiões com mais de 200 mil habitantes	24 horas
CAPS AD II	Álcool e outras drogas	Municípios com mais de 70 mil habitantes	Diurno
CAPS AD III	Álcool e outras drogas	Municípios com mais de 150 mil habitantes	24 horas
CAPSi	Crianças e adolescentes (transtornos mentais ou uso de substâncias)	Municípios com mais de 70 mil habitantes	Diurno

Fonte: elaboração própria.

A baixa concentração de CAPSi em determinadas macrorregiões tende a produzir sobrecarga dos serviços existentes, ampliação das barreiras de acesso e descontinuidade do cuidado, impactando diretamente adolescentes que demandam acompanhamento especializado em saúde mental.

No contexto deste diagnóstico, tal cenário assume especial relevância, considerando a elevada incidência de sofrimento psíquico e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas entre adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. A insuficiência ou distância dos serviços especializados pode dificultar a construção de projetos terapêuticos territoriais, limitar o cuidado em liberdade e reforçar processos de institucionalização e medicalização. Assim, os dados apontam para a necessidade de fortalecimento da RAPS infantojuvenil no estado.





Como estratégia de sistematização e visualização territorial dos dados levantados, o Subgrupo 1 realizou o **georreferenciamento dos principais serviços e dispositivos relacionados à RAPS e ao sistema socioeducativo em Minas Gerais**. O mapeamento contempla, entre outros pontos, os CAPS I, II, III, os CAPSi, os CAPS AD, os leitos de saúde mental em hospital geral, os Centros de Convivência e Cultura, os municípios com unidades socioeducativas e informações relacionadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) no estado de Minas Gerais.

A ferramenta possibilita leitura territorial ampliada da distribuição dos serviços, identificação de vazios assistenciais e análise da articulação entre a rede de saúde mental e os territórios de execução das medidas socioeducativas. O material permanecerá disponível em meio digital para consulta pública e para apoio às ações de planejamento, de monitoramento e de pactuação intersetorial desenvolvidas no âmbito do CEIMPA-MG. O acesso pode ser feito pelo link [Mapa RAPS e Socioeducativo](#) ou pelo *QR Code* abaixo:



2.2. Mapeamento das UBS/eSF com apoio matricial em saúde mental

A organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se na lógica territorial, tendo a Atenção Primária à Saúde, especialmente por meio das equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF), como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. No campo da saúde mental, essa organização pressupõe a atuação integrada entre a Atenção Primária e os serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio do matriciamento, estratégia técnico-assistencial voltada ao compartilhamento de saberes, à corresponsabilização pelos casos e ao fortalecimento da capacidade de cuidado das equipes nos territórios.

O matriciamento em saúde mental constitui, portanto, estratégia central para a organização do cuidado territorial e para a articulação entre os serviços especializados da





RAPS e a Atenção Básica. No âmbito deste diagnóstico, foram levantadas informações sobre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e sobre equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) com apoio matricial em saúde mental.

Os dados encaminhados pelas regionais de saúde evidenciam um cenário heterogêneo entre os territórios. Em algumas microrregiões, o matriciamento ocorre de forma sistemática e articulada; em outras, observa-se ausência de informações, inexistência de fluxos estruturados ou realização apenas pontual dessas ações.

No contexto socioeducativo, essas fragilidades tornam-se ainda mais relevantes, considerando a elevada proporção de adolescentes com demandas em saúde mental identificadas neste diagnóstico, conforme será apresentado nos capítulos seguintes. Esse cenário converge com o panorama nacional evidenciado pelo Conselho Nacional de Justiça, por meio do Painel de Saúde Mental, desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, que aponta a elevada prevalência de sofrimento psíquico entre adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Serão apresentadas, a seguir, as informações compartilhadas pelas regionais a pedido da SES-MG, no segundo semestre de 2025:

- Na microrregião de São João Del Rei (Macro Centro Sul), são realizadas ações de matriciamento nos CAPS de São Vicente de Minas, de São João Del Rei e de Bom Sucesso. Barroso é o único município da microrregião que possui CAPS e não informou sobre a realização de matriciamento.
- Na microrregião de São Sebastião do Paraíso (Macro Sudoeste), são realizadas ações de matriciamento nos municípios de São João do Paraíso e de Monte Santo de Minas, representando 100% dos municípios com CAPS na região.
- Na microrregião de Cássia (Macro Sudoeste), são realizadas ações de matriciamento no município de Cássia, único CAPS da região.
- Na microrregião de Piumhi (Macro Sudoeste), são realizadas ações de matriciamento pelo CAPS de Piumhi nas UBS do município e de outros municípios da região. Não houve resposta sobre o CAPS de Pimenta.





- Na microrregião de Passos (Macro Sudoeste), são realizadas ações de matriciamento por Alpinópolis, por Nova Resende e por Passos. Não houve resposta do CAPS de Carmo do Rio Claro.
- Na macrorregião Sul, são realizadas ações de matriciamento em Baependi, Boa Esperança, Caxambu, Coqueiral, Cruzília, Elói Mendes, Itamonte, Itanhandu, Lambari, Lavras, Passa Quatro, São Lourenço, São Tomé das Letras, Três Corações, Três Pontas e Varginha. São Gonçalo do Sapucaí informou não ter realizado ações de matriciamento esse ano. Campanha, Carmo de Minas, Nepomuceno e Perdões não responderam.
- Na microrregião de Carangola (Macro Sudeste), o município de Espera Feliz informou não realizar ações de matriciamento. Fervedouro informou realizar ações em todas as UBS de referência. Carangola, Divino e Tombos não responderam.
- Na microrregião de Manhuaçu (Macro Leste do Sul), os municípios de Mutum e Manhumirim informaram realizar ações de matriciamento. Abre Campo, Ipanema, Lajinha, Manhuaçu, Matipó, Santa Margarida e Simonésia não responderam.
- Na microrregião Belo Horizonte/Nova Lima/Santa Luzia (Macro Centro) todos os municípios que possuem CAPS realizam ações de matriciamento.
- Na microrregião de Sete Lagoas (Macro Centro), o município de Sete Lagoas informou realizar ações de matriciamento. Os municípios de Pompéu, Morada Nova de Minas, Caetanópolis e Abaeté não responderam.
- Na microrregião de Curvelo (Macro Centro), o município de Três Marias informou realizar ações de matriciamento. Felixlândia e Corinto não responderam.
- Na microrregião de Itabira (Macro Centro), os municípios de Itabira, Barão de Cocais e São Gonçalo do Rio Abaixo informaram realizar ações de matriciamento. Santa Bárbara informou não realizar.
- Na microrregião de Guanhães (Macro Centro), os municípios de Guanhães e de Rio Vermelho informaram realizar ações de matriciamento.
- Na microrregião de João Monlevade (Macro Centro), os municípios de João Monlevade e de São Domingo do Prata informaram realizar ações de matriciamento.





2.3. Mapeamento de leitos de saúde mental em hospitais gerais

Minas Gerais possui política estadual específica para implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, estruturada a partir da lógica do cuidado em liberdade e da substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico e asilar. Atualmente, o estado conta com **633 leitos de saúde mental** distribuídos entre as macrorregiões de saúde, conforme dados da SES-MG, de junho de 2026.

Os leitos destinam-se ao atendimento de pessoas que apresentam sofrimento psíquico ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situações de crise, devendo funcionar articuladamente com os CAPS e demais pontos da RAPS.

Diferentemente dos antigos leitos psiquiátricos, os leitos em hospital geral possuem caráter transitório, territorializado e integrado à rede comunitária de cuidado. São orientados para internações breves, sendo preconizado período inferior a 14 dias por internação, localizados em enfermarias comuns e com tratamento direcionado para o cuidado em liberdade.

Tabela 4 - Distribuição de Leitos de Saúde Mental por Região

Região	N.º de Leitos
Centro	88
Centro Sul	34
Extremo Sul	31
Jequitinhonha	20
Leste	27
Leste do Sul	35
Nordeste	43
Noroeste	17
Norte	75





Oeste	41
Sudeste	75
Sudoeste	27
Sul	26
Triângulo do Norte	60
Triângulo do Sul	19
Vale do Aço	15
Total	633

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, agosto de 2026.

O cuidado ofertado nos leitos de saúde mental em hospital geral deve ocorrer como retaguarda assistencial, articulado ao CAPS de referência do município e aos demais pontos da RAPS, especialmente nas situações de crise, de forma pontual e pelo tempo necessário à estabilização clínica do usuário. Esse cuidado deve ser realizado em articulação contínua com os demais serviços da rede, garantindo a continuidade do acompanhamento territorializado e em liberdade.

Nessa lógica, o CAPS desempenha papel central na coordenação do cuidado, sendo responsável pela articulação entre os diferentes pontos da rede, pela elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e pela sustentação do cuidado nos processos de crise e pós-crise. Essa atribuição pressupõe uma atuação que ultrapasse a oferta de atendimentos ambulatoriais, assumindo protagonismo na organização da rede e na corresponsabilização pelo cuidado em saúde mental no território.

Nos termos da [DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.215, DE 16 DE SETEMBRO DE 2020](#) (Minas Gerais, 2020) o número de leitos destinados à atenção de pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas não deverá exceder 15% do total de leitos do hospital geral, limitado ao máximo de 30 leitos por instituição.





A elegibilidade dos hospitais para implantação desses leitos está condicionada à identificação de necessidade assistencial na microrregião de saúde, considerando a demanda relacionada ao cuidado de pessoas que apresentam sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As transferências e regulações de acesso devem ocorrer por meio do Core Saúde MG, que é a Ferramenta Estadual de Regulação do Acesso à Saúde de Minas Gerais.

2.4.Mapeamento dos Centros de Convivência

Minas Gerais possui **127 Centros de Convivência e Cultura** financiados pela SES-MG, e se constituem em importante estratégia de cuidado comunitário, promovendo sociabilidade, convivência, produção cultural e inclusão social.

Os Centros de Convivência e Cultura são unidades públicas articuladas às Redes de Atenção à Saúde, em especial à RAPS, constituindo espaços de convivência e fortalecimento de vínculos comunitários. Segundo a [Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024](#) (Brasil, 2024), que regulamenta os Centros de Convivência no âmbito do SUS, o serviço é um ponto de atenção complementar de saúde mental, com caráter estratégico para a promoção da convivência, desenvolvimento do potencial criativo, fortalecimento de laços sociais e acesso a direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

A Portaria não delimita o público infantojuvenil ou socioeducativo como foco exclusivo do Centros de Convivência e Cultura, mas também não o impede, permitindo que adolescentes participem das atividades conforme a demanda local. Cabe destacar que, de acordo com a norma, os Centros de Convivência e Cultura não têm finalidade terapêutica, não realizam atendimentos médicos, psicoterapêuticos ou farmacoterapêuticos, e priorizam ações de convivência, de sociabilidade, de cultura, de protagonismo e de inclusão social.

O fortalecimento desses dispositivos dialoga diretamente com os princípios da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Antimanicomial, ao priorizar o cuidado comunitário, participação social, reabilitação psicossocial e construção de vínculos no território. Destacamos neste ponto, o *Programa Arte Na Saúde: Ateliê da Cidadania*, experiência belohorizontina que acolhe crianças e adolescentes de 6 a 18 anos em situação de vulnerabilidade psicossocial, inclusive os adolescentes em cumprimento de medida





socioeducativa. É uma experiência exitosa dos efeitos que o encontro com a arte pode ter nos cuidados em saúde.

2.5. Mapeamento da cobertura da PNAISARI

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) foi instituída pelo Ministério da Saúde com o objetivo de garantir o acesso integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, por meio da articulação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema socioeducativo. Sua regulamentação inicial ocorreu por meio da [Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004](#) (Brasil, 2004), sendo posteriormente atualizada pelas [Portarias GM/MS nº 1.082 e nº 1.083](#), ambas de 23 de maio de 2014 (Brasil, 2014).

As normativas de 2014 ampliaram o escopo da política para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e em regime de privação ou restrição de liberdade, reafirmando o SUS como responsável pela atenção integral à saúde desse público e a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado. A implementação da PNAISARI pressupõe a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma integrada às ações desenvolvidas no âmbito do sistema socioeducativo (Brasil, 2014; Brasil, 2017).

Em Minas Gerais, a implementação da PNAISARI ocorre nos municípios que sediam unidades socioeducativas e atendem aos requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para habilitação na política.

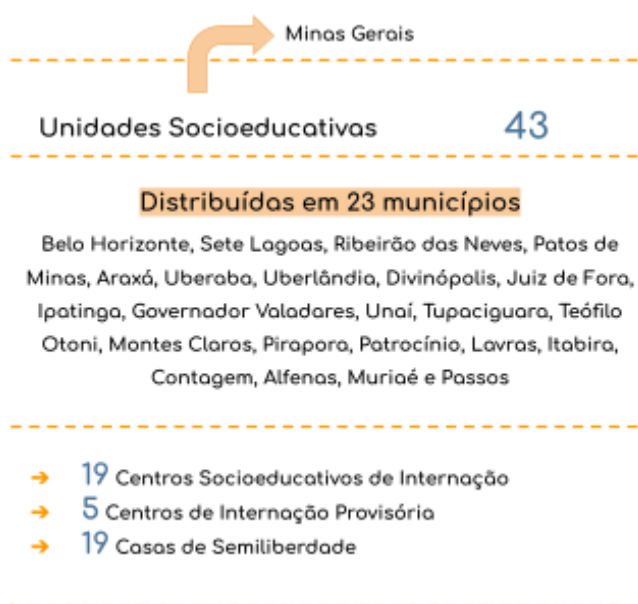
O sistema socioeducativo de Minas Gerais conta com 43 unidades socioeducativas distribuídas em 23 municípios, sendo 19 Centros Socioeducativos para atendimento da medida socioeducativa de Internação, 5 Centros de Internação Provisória e 19 Casas de Semiliberdade.

Quanto à distribuição das unidades, os Centros de Internação e Internação Provisória estão localizados em Belo Horizonte (7 unidades), Contagem (1), Araxá (1), Divinópolis (1), Governador Valadares (1), Ipatinga (1), Juiz de Fora (1), Montes Claros (1), Passos (1), Pirapora (1), Ribeirão das Neves (1), Sete Lagoas (1), Teófilo Otoni (1), Tupaciguara (1), Uberaba (1), Uberlândia (1), Alfenas (1) e Unaí (1).





Já as Casas de Semiliberdade estão em Belo Horizonte (4 unidades), Contagem (1), Governador Valadares (1), Ipatinga (1), Itabira (1) Juiz de Fora (2), Muriaé (1), Montes Claros (1), Patos de Minas (1), Patrocínio (1), Teófilo Otoni (1), Uberaba (1), Uberlândia (2) e Lavras (1).



Atualmente, **14 municípios encontram-se habilitados na PNAISARI** e recebem incremento financeiro do Ministério da Saúde, a saber: Belo Horizonte, Divinópolis, Montes Claros, Patos de Minas, Passos, Pirapora, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Uberlândia, Patrocínio, Unaí, Araxá, Ribeirão das Neves e Uberaba.

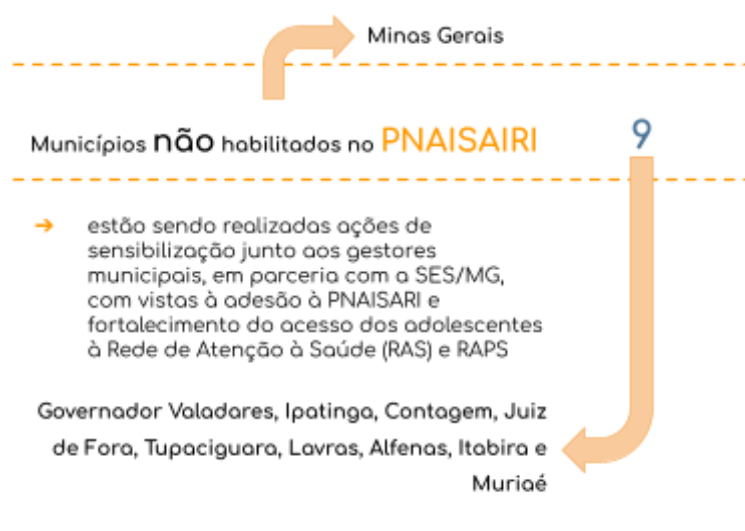




A habilitação na PNAISARI possibilita o repasse de incentivo financeiro federal aos municípios, com o objetivo de fortalecer a atenção à saúde de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e qualificar a articulação entre o SUS e o sistema socioeducativo. Para tanto, é necessário o cumprimento de alguns requisitos formais e operacionais, que incluem, a elaboração do Plano Operativo Municipal e Plano de Ação Anual.

No que se refere à elaboração dos Planos Operativos Municipais, cabe destacar, que sua construção é orientada a partir do Instrutivo para implantação e implementação da PNAISARI, sendo acompanhada e orientada pela Secretaria de Estado de Saúde, com apoio da Diretoria de Atenção à Saúde, da Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo (DAS/SUASE). Ressalta-se ainda, que o Plano Operativo Municipal deve ser apresentado e aprovado ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), bem como ter ciência do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Nove municípios ainda não se encontram habilitados: Governador Valadares, Ipatinga, Contagem, Juiz de Fora, Tupaciguara, Lavras, Alfenas, Itabira e Muriaé. Nesse sentido, estão sendo realizadas ações de sensibilização junto aos gestores municipais, em parceria com a SES/MG, com vistas à adesão à PNAISARI e ao fortalecimento do acesso dos adolescentes à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).





Cabe destacar que alguns desses municípios já iniciaram ações locais de mobilização para o processo de adesão. Em Governador Valadares, representantes da área da saúde e da socioeducação iniciaram a elaboração do Plano Operativo Municipal. Em Juiz de Fora, a referência técnica de políticas de equidade municipal iniciou sensibilização junto ao secretário de saúde, apresentando a PNAISARI e o processo de habilitação para recebimento do incremento financeiro. Em Contagem, houve mobilização inicial junto à Superintendência Regional de Saúde (SRS), ainda de forma incipiente.

As principais barreiras enfrentadas pelos municípios referem-se à resistência dos gestores à adesão, decorrente da percepção de aumento do compromisso e da responsabilidade com a política, bem como o baixo interesse em relação ao valor do repasse financeiro. Essa compreensão, contudo, merece ser relativizada, uma vez que a responsabilidade sanitária pelo cuidado aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas já recai sobre os gestores e os serviços de saúde do território, independentemente da habilitação à PNAISARI. Nesse contexto, a adesão à política não cria novas atribuições, mas **fortalece a capacidade de resposta da rede local por meio de apoio técnico e do repasse de recursos financeiros destinados ao fortalecimento das ações já previstas no âmbito da atenção à saúde desses adolescentes, não se configurando como sua fonte exclusiva de financiamento.**

Alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), a política tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso ao cuidado integral em saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade.

A saúde mental é um dos eixos que compõem a organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei e está expressamente definida nos objetivos específicos, que orientam a necessidade de garantir ações de atenção psicossocial, de promoção da saúde e redução de danos, além da promoção da reinserção social dos adolescentes, em especial, daqueles que apresentam sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A experiência de Belo Horizonte destaca-se nacionalmente como uma prática exitosa de implementação da política, sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde pela consolidação





de uma rede de cuidados, pela qualificação da atenção à saúde integral dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa em meio fechado, aberto e semiliberdade, além de se responsabilizar pelo acompanhamento de adolescentes beneficiados por medidas protetivas de saúde, aplicadas pelo Juizado Infração.

A equipe da PNAISARI de Belo Horizonte é multiprofissional e conta, ao todo, com 18 profissionais, das áreas de Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, distribuídos nas nove regionais do município, inclusive em territórios onde não existem Unidades Socioeducativas. A atuação dessa equipe é essencialmente de apoio matricial às equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo cuidado em saúde dos adolescentes. Além da atuação matricial, a PNAISARI conta com uma equipe de Saúde da Família específica para o atendimento dos adolescentes em cumprimento de internação provisória, sendo responsável pela assistência integral à saúde dessa população durante o período de acautelamento. A estrutura da PNAISARI inclui, ainda, uma profissional psicóloga com atuação no Núcleo de Atendimento às Medidas Socioeducativas e Protetivas de Belo Horizonte (NAMSEP/CIA-BH), responsável pelo acolhimento dos adolescentes beneficiados por medidas protetivas de saúde e pela articulação do cuidado junto à equipe PNAISARI dos territórios, favorecendo a integração entre os serviços de saúde, o sistema socioeducativo e a rede intersetorial.

2.6. Mapeamento de fluxos de atendimento à crise em saúde mental

As situações de crise podem acometer pessoas que apresentam sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, inclusive quando já se encontram em acompanhamento pelos serviços de saúde. Nesse contexto, a RAPS deve ser capaz de garantir cuidado integral e contínuo, articulando os diferentes pontos de atenção do SUS. Situações de crise e de urgência em saúde mental demandam atendimento imediato, com acolhimento, com escuta qualificada e com intervenções voltadas à preservação da vida, antes de qualquer encaminhamento burocrático ou administrativo.

As diretrizes para atenção às crises em saúde mental estão previstas na [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017](#) (Brasil, 2017), que organiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece como pontos estratégicos de atenção os Centros





de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), as portas hospitalares de urgência e emergência, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, Lobosque (2024) ressalta a importância de que as situações de crise sejam acolhidas e acompanhadas prioritariamente na própria rede territorial de cuidado, evitando encaminhamentos para instituições fechadas e reforçando o princípio do cuidado em liberdade.

Os dados sobre o perfil de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, que serão oportunamente apresentados no Capítulo 5, demonstram a relevância da temática, pois revelam que **o sofrimento psíquico e as demandas relacionadas à saúde mental não constituem situações pontuais no sistema socioeducativo, mas atravessam de forma significativa o cotidiano institucional e as trajetórias de adolescentes atendidos**. Esse cenário impõe a necessidade de fortalecimento das ações de promoção, prevenção e assistência em saúde mental, bem como a revisão de práticas institucionalizantes, punitivistas e desterritorializadas que historicamente marcaram a política socioeducativa brasileira.

Dessa forma, o sistema socioeducativo e o SUS/RAPS devem garantir a elaboração e a implementação de protocolos/fluxos assistenciais pactuados e efetivos para que as equipes que lidam direta e rotineiramente com os/as adolescentes possam agir com segurança e em tempo hábil nas situação de crise/urgência em saúde mental.

A análise da distribuição territorial das unidades socioeducativas e dos serviços da RAPS, apresentada na Tabela 5, indica que os 23 municípios que possuem unidades socioeducativas contam, formalmente, com serviços capazes de atender situações de crise e de urgência em saúde mental. Entretanto, a planilha disponibilizada pela SES/MG não apresenta informações sobre referências para urgência e emergência clínica, para tempos de resposta, para acessibilidade ou para o nível de articulação entre os diferentes pontos da rede, o que limita a avaliação da efetiva capacidade de atendimento nos territórios.

Como já demonstrado anteriormente, dos 23 municípios sede de unidades socioeducativas, 14 encontram-se habilitados na PNAISARI e recebem incentivo financeiro federal, enquanto 9 ainda não possuem habilitação. Esse cenário reforça a necessidade de ampliação da política e do financiamento destinado à atenção em saúde de adolescentes em



cumprimento de medida socioeducativa, incluindo os municípios que executam medidas em meio aberto, contribuindo para o fortalecimento do cuidado territorializado, da convivência familiar e comunitária e das estratégias de cuidado em liberdade.

Tabela 5 - Municípios sedes de Unidade socioeducativa x Serviços e Fluxos Pactuados

Unidade Socioeducativa	Tipo Serviço	Fluxos pactuados	PNAISARI
Belo Horizonte	UPA/CAPSi, CAPS I,II/CAPS AD III	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023.	Sim. Plano de Ação
Araxá	CAPSi/CAPS II/CAPS AD	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Juiz De Fora	CAPSi/CAPS II/CAPS III/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Uberaba	CAPSi/CAPS II/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Sete Lagoas	CAPSi/CAPS II/CAPS ADI/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Governador Valadares	CAPSi/CAPS II/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Uberlândia	CAPSi/CAPS III/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Divinópolis	CAPSi/CAPS III/CAPS AD III/	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Ipatinga	CAPSi/CAPS II/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Passos	CAPSi/CAPS II/CAPS AD/ I/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Ribeirão Das Neves	CAPSi/CAPS III/CAPS AD	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Unaí	CAPS I/CAPS AD/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação



Pirapora	CAPSi/CAPS I/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Teófilo Otoni	CAPSi/CAPS II/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim Plano de Ação
Tupaciguara	CAPS I	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Alfenas	CAPS II/CAPS AD	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Montes Claros	CAPSi/CAPS III/CAPS AD/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim Plano de Ação
Contagem (Semi)	CAPSi/CAPS III/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Muriae (Semi)	CAPSi/CAPS III/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Patos De Minas (Semi)	CAPS II/CAPS AD III	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim. Plano de Ação
Patrocínio (Semi)	CAPS II/CAPS AD III/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Sim Plano de Ação
Lavras (Semi)	CAPS II/CAPS AD	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado
Itabira (Semi)	CAPSi/CSPS II/CAPS AD/LHG	NT Conjunta SEJUSP/SES-MG 01/2023	Não habilitado

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Embora os municípios apresentem, formalmente, dispositivos da RAPS destinados ao atendimento de crises em saúde mental, a simples existência desses serviços não assegura, por si só, acesso oportuno, articulação intersetorial ou atendimento adequado às especificidades do público adolescente em cumprimento de medida socioeducativa.

Nesse sentido, destaca-se que a Diretoria de Atenção à Saúde vinculada à SUASE, em articulação com a Secretaria de Estado de Saúde e Secretarias Municipais, realiza reuniões intersetoriais trimestrais de fluxos de saúde com todos os municípios que possuem unidades socioeducativas. Essas reuniões contam com a participação de representantes da Atenção Primária à Saúde, da Saúde Mental, da Saúde Bucal e das equipes das unidades





socioeducativas, tendo como objetivo alinhar, discutir e pactuar os fluxos de atendimento integral à saúde destinado aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

No município de Belo Horizonte, são realizadas reuniões específicas voltadas à saúde mental, envolvendo os Centros de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMIs) Centro-Sul, Nordeste e Noroeste e as unidades socioeducativas de referência. Esse fluxo encontra-se formalizado por meio de [Nota Técnica DAPS 026/2025](#), que estabelece os encaminhamentos para situações de crise em saúde mental nos períodos diurno e noturno, contemplando adolescentes menores e maiores de 18 anos, bem como situações relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Segundo o [Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações de Minas Gerais](#) (Minas Gerais, 2022), as situações de urgência/emergência devem ser atendidas em diferentes pontos da RAPS, com destaque para o CAPS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), os Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). O Guia, ainda, traz ressalvas de que alguns destes serviços têm dificuldades para atender as pessoas com sofrimentos/adoecimentos mentais ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas”. Também alerta para que profissionais de saúde mental, em função de gestão, promovam sensibilizações e articulações para que a atenção às crises possam ocorrer nos diversos serviços da rede de saúde.

No âmbito do sistema socioeducativo, a Secretaria de Estado de Saúde e Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais (SEJUSP-MG) instituiu a [Nota Técnica Conjunta nº 1/2023 – DMEST/SAF/SUBPAS/SES-MG e CT/DVCC/SVE/SVS/SES-MG](#) (Minas Gerais, 2023), a qual prevê orientações sobre a condução de casos de adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa que apresentam sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

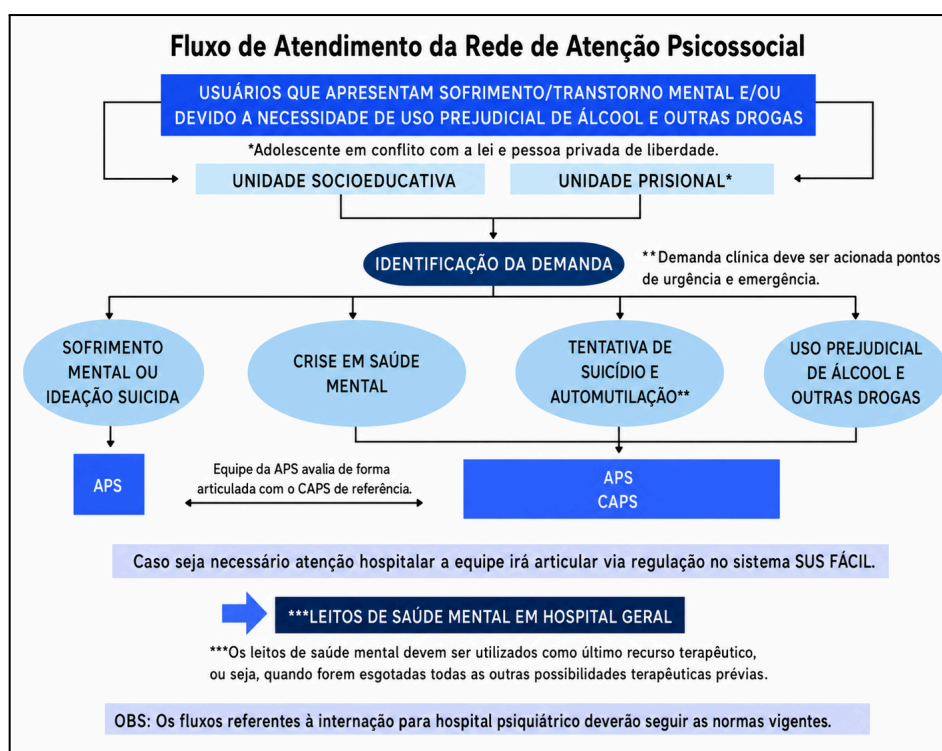
De acordo com as diretrizes da [Nota Técnica nº 01/2023](#), o acolhimento em saúde deve ser realizado em até 24 horas da admissão de todos(as) os(as) adolescentes, a fim de identificar as demandas e qualificar os encaminhamentos para a rede. O cuidado em saúde mental deverá ser realizado pela equipe multiprofissional da RAPS de forma integrada e



articulada, incluindo a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e discussões de casos por meio do matriciamento (Brasil, 2023).

Caso a equipe de saúde da unidade socioeducativa constate que o(a) adolescente esteja em situação de crise relacionada ao sofrimento psíquico e/ou decorrente de uso prejudicial de álcool e outras drogas, deverá encaminhar para os serviços de referências da RAPS, especialmente ao CAPS, conforme a modalidade indicada para cada caso.

Quanto ao fluxo de atendimento da RAPS para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e pessoas privadas de liberdade que apresentem sofrimento psíquico, e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, a [Nota técnica nº 18/SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD/2022](#) (Minas Gerais, 2022), apresenta o fluxograma abaixo que descreve os encaminhamentos, serviços da RAPS e critérios de acompanhamento.



A [Nota Técnica Conjunta SEJUSP/SES-MG nº 01/2023](#) (Minas Gerais, 2023) estabelece diretrizes gerais para o cuidado em saúde mental de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, fundamentadas na articulação entre as unidades socioeducativas e a RAPS, bem como nos fluxos assistenciais definidos pelos municípios e pela rede de saúde.





O documento orienta que situações de sofrimento mental, de crises relacionadas a transtornos mentais ou de necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas sejam encaminhadas para avaliação e condução clínica pelos serviços de saúde competentes, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços de urgência e emergência da RAPS. Entretanto, a Nota não estabelece fluxos operacionais específicos para situações próprias do contexto socioeducativo, como o atendimento de adolescentes em trânsito entre unidades ou o retorno de adolescentes após atendimento externo decorrente de episódios de violência, tentativa de autoextermínio, intoxicação ou abstinência por álcool e outras drogas. Essas situações, pela elevada complexidade clínica e institucional, demandam protocolos mais detalhados, definição clara de responsabilidades e mecanismos de articulação interinstitucional que assegurem a continuidade e a integralidade do cuidado.

No tocante às práticas de segurança durante os atendimentos em saúde mental, a Nota Técnica (Minas Gerais, 2023) orienta que sejam evitados dispositivos incompatíveis com a natureza do cuidado ofertado, destacando que, nos atendimentos realizados nos serviços da RAPS, o uso de algemas deve ser excepcional, sendo sua retirada a regra, mantido o acompanhamento pela equipe de segurança socioeducativa em condições que preservem a segurança e a privacidade do atendimento, ressalvadas situações excepcionais devidamente justificadas.

Adicionalmente, cabe destacar que a 2ª edição do [Plano de Prevenção ao Suicídio nas Unidade Socioeducativas de Minas Gerais](#) (Minas Gerais, 2026), elaborado pela SUASE, apresenta diretrizes institucionais voltadas à prevenção do suicídio e ao cuidado em saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. O referido documento apresenta o fluxo das violências autoprovocadas e urgências psiquiátricas, incluindo check-list de ações e listagem de documentos metodológicos da política estadual de atendimento socioeducativo já existentes para respaldar o cotidiano institucional.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de adequação dos protocolos e fluxos existentes às diretrizes e orientações da Política Antimanicomial do Poder Judiciário - [Resolução CNJ nº 487/23](#) (Brasil, 2023).





2.7. Medicação e tratamento farmacológico

No âmbito do acompanhamento interno da Diretoria de Atenção à Saúde da SUASE/SEJUSP dos fluxos de saúde destinados ao atendimento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, realizado conjuntamente entre as secretarias municipais de saúde e as unidades socioeducativas, observa-se que os medicamentos psicotrópicos são dispensados, em regra, pelas farmácias de referência da Atenção Primária à Saúde (APS) e, conforme a especificidade do caso, pelas farmácias dos serviços da RAPS, especialmente dos CAPS.

Entretanto, diante da indisponibilidade de alguns medicamentos psicotrópicos na rede SUS, pode ser articulada sua dispensação por meio da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da SEJUSP, condicionada à disponibilidade de estoque do Departamento Penitenciário e à avaliação, pelo farmacêutico responsável, da validade da prescrição médica apresentada pela unidade socioeducativa. Quando essa alternativa não é possível, nas unidades socioeducativas sob gestão de Organização Social, os medicamentos são custeados pela própria instituição. Nas unidades de administração direta, busca-se a viabilização do custeio pelos familiares ou, quando clinicamente possível, a substituição por medicamento disponível no SUS, como estratégia para evitar a interrupção do tratamento.

Nesse contexto, destaca-se a importância de que as prescrições, sempre que possível, priorizem medicamentos disponibilizados pelo SUS, considerando a continuidade do cuidado após o cumprimento da medida socioeducativa e as condições de vulnerabilidade socioeconômica das famílias, que frequentemente enfrentam dificuldades para aquisição contínua desses medicamentos.

Ao mesmo tempo, os achados deste diagnóstico apontam para a necessidade de revisão periódica da relação de medicamentos padronizados disponibilizados pelos municípios, considerando a incorporação de alternativas terapêuticas mais adequadas ao cuidado de crianças e adolescentes, com melhor perfil de segurança e tolerabilidade. Essa medida pode contribuir para a qualificação do cuidado em saúde mental, para reduzir a ocorrência de efeitos adversos e para favorecer estratégias terapêuticas que evitem a cronificação do uso de psicotrópicos, em consonância com os princípios da atenção psicossocial e do cuidado integral.





Como será melhor detalhado no Capítulo 4 deste Diagnóstico, **é expressivo o número de adolescentes em uso de psicotrópicos no sistema socioeducativo**, realidade identificada em praticamente todo o contexto institucional analisado. Esse achado converge com o cenário nacional, evidenciado tanto pelo [Levantamento Nacional do SINASE](#) (Brasil, 2024) quanto pelos dados do [Painel de Inspeções do Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades e Programas Socioeducativos \(CNIUPS\)](#) (Brasil, 2025) que também apontam elevada prevalência do uso desses medicamentos entre adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Tal cenário demanda atenção permanente quanto à racionalidade das prescrições, ao acompanhamento clínico e às estratégias de cuidado oferecidas aos(às) adolescentes. Destaca-se, ainda, a necessidade de atenção aos recortes de gênero, especialmente em relação às adolescentes do gênero feminino (cis e trans) e aos meninos trans, considerando que esses grupos vivenciam, com maior frequência, situações de violência, de discriminação e de vulnerabilidades específicas, fatores que podem impactar tanto o sofrimento psíquico quanto os padrões de prescrição e utilização de medicamentos psicotrópicos.

No que se refere ao acompanhamento farmacoterapêutico, durante as reuniões intersetoriais de fluxos de saúde, percebe-se ausência de padronização entre os municípios, o que pode favorecer o uso prolongado de medicamentos sem reavaliações clínicas sistemáticas. Em alguns casos, em razão da dificuldade de acesso a consultas eletivas, as **prescrições acabam sendo mantidas ou renovadas sem reavaliação** periódica do quadro clínico da pessoa adolescente, situação que pode contribuir para **processos de hipermedicalização e centralidade excessiva do tratamento medicamentoso**.

Nesse contexto, evidencia-se a necessidade de fortalecimento de abordagens psicossociais e interdisciplinares como **estratégias complementares ou alternativas à medicalização do sofrimento psíquico**. Conforme as diretrizes da PNAISARI, é fundamental ampliar práticas voltadas ao acolhimento, à escuta qualificada, à construção de espaços coletivos de cuidado e à articulação intersetorial, incluindo grupos terapêuticos, atividades comunitárias, ações culturais e intervenções territoriais. Tais estratégias contribuem para uma compreensão ampliada do sofrimento psíquico, reduzem a centralidade do medicamento como resposta exclusiva e favorecem a integralidade do cuidado.





A qualificação do cuidado em saúde mental também pressupõe modelos de governança horizontal, nos quais as decisões terapêuticas sejam construídas de forma compartilhada entre os serviços da RAPS, as equipes socioeducativas, os(as) adolescentes e seus familiares, sempre que possível. Nesse contexto, o manejo criterioso da intervenção psicofarmacológica, associado à escuta qualificada e ao protagonismo dos(as) adolescentes na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), constitui estratégia relevante para evitar prescrições desnecessárias e reduzir a centralidade do tratamento medicamentoso.

Contudo, observa-se que **poucos serviços da RAPS dispõem de oferta assistencial que ultrapasse os atendimentos programados e as situações de urgência**, o que limita a consolidação dessas estratégias no cotidiano dos territórios.

Nos municípios habilitados na PNAISARI, conta-se ainda com referências técnicas responsáveis pelo acompanhamento da política e pelo apoio à organização do cuidado em saúde mental. Entretanto, o diagnóstico aponta a necessidade de fortalecimento da atuação desses profissionais, especialmente no que se refere à corresponsabilização pelo acompanhamento dos casos, à articulação intersetorial e ao desenvolvimento de ações de cuidado mais diversificadas e mais territorializadas, de modo a qualificar a atenção ofertada aos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.





Capítulo 3

DIAGNÓSTICO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL





3. DIAGNÓSTICO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL

A [Resolução CNJ nº 487/2023](#) (Brasil, 2023), ao estender suas diretrizes, no que couber, ao sistema socioeducativo, reforça a necessidade de que adolescentes que apresentam sofrimento psíquico não sejam submetidos a práticas institucionalizantes, segregadoras ou incompatíveis com a lógica do cuidado em liberdade. Nesse contexto, o fortalecimento da RAPS e a articulação intersetorial tornam-se elementos centrais para garantia de atenção integral e de proteção de direitos.

Considerando que grande parte das pessoas adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa possui trajetórias marcadas por pobreza, por violações de direitos, por fragilização de vínculos familiares e comunitários e por múltiplas formas de desproteção social, entende-se que **a análise da saúde mental não pode se restringir exclusivamente aos serviços de saúde ou às unidades socioeducativas.**

Nesse sentido, a Política de Assistência Social e as medidas socioeducativas em meio aberto assumem papel estratégico na construção de alternativas territorializadas de cuidado, de convivência comunitária e de desinstitucionalização. A Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE), organizadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), possuem potencial relevante para prevenção de agravamentos, para fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e para acompanhamento de situações de violação de direitos.

Da mesma forma, as medidas em meio aberto, especialmente Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC), possibilitam maior articulação com os territórios e com as redes locais de proteção social, favorecendo estratégias de cuidado em liberdade e redução dos efeitos da institucionalização. Por essa razão, o diagnóstico incorporou a análise do campo da Assistência Social e das medidas em meio aberto como dimensões fundamentais para compreensão e para enfrentamento das demandas de saúde mental de adolescentes a quem se atribui autoria de ato infracional.

A Assistência Social, prevista na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (Brasil, 1988) e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social ([Lei nº](#)





8.742/1993) (Brasil, 1993), integra o sistema de Seguridade Social como política pública de direitos, de caráter não contributivo, destinada a garantir o atendimento às necessidades sociais básicas da população.

No Brasil, essa política organiza-se por meio do SUAS, estruturado a partir da Proteção Social Básica (PSB) e da Proteção Social Especial (PSE) de Média e de Alta Complexidade. A PSB tem como foco a prevenção de situações de vulnerabilidade e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, sendo ofertada principalmente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), por meio de serviços como o de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).

Já a Proteção Social Especial destina-se ao atendimento de situações de violação de direitos e risco social, sendo executada principalmente nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Entre os serviços ofertados, destacam-se o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) e o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa, fundamentais para o acompanhamento territorializado de adolescentes em conflito com a lei e de suas famílias.

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade compreende os serviços de acolhimento institucional e familiar destinados a indivíduos afastados temporariamente do convívio familiar e comunitário em situações de grave violação de direitos. No caso de crianças e adolescentes, o acolhimento constitui medida excepcional e provisória, devendo priorizar a preservação e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

No contexto deste diagnóstico, a **Política de Assistência Social assume papel estratégico na atenção a adolescentes com sofrimento psíquico em cumprimento de medida socioeducativa, especialmente por sua capacidade de articulação territorial, de fortalecimento de vínculos, de acompanhamento familiar e de atuação intersetorial.** As medidas socioeducativas em meio aberto, executadas no âmbito do SUAS, possuem potencial relevante para a construção de estratégias de cuidado em liberdade, para a prevenção da institucionalização e para a promoção da convivência comunitária, em consonância com as diretrizes da proteção integral e da política antimanicomial.





3.1.Mapeamento dos equipamentos do SUAS

Conforme apresentado anteriormente, o Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Meio Aberto (Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade) é ofertado pelos CREAS. Contudo, conforme demonstra a Tabela 6, aproximadamente 60% dos municípios de Minas Gerais não possuíam CREAS municipal nem cobertura por CREAS regional em março de 2026, evidenciando importante lacuna na oferta de serviços especializados de proteção social destinados à execução das medidas socioeducativas em meio aberto.

A ausência desses equipamentos, especialmente nos municípios de pequeno porte, impacta diretamente o acompanhamento dos adolescentes e de suas famílias, comprometendo a continuidade do atendimento, a articulação intersetorial e a efetividade da execução das medidas socioeducativas. Nesses contextos, o acompanhamento é frequentemente realizado pelos CRAS ou pelas Equipes de Referência da Proteção Social Especial (PSE), embora esses arranjos nem sempre disponham de estrutura técnica especializada ou de capacidade operacional compatível com a complexidade das demandas apresentadas.

Nesse cenário, as Equipes de Referência da Proteção Social Especial assumem papel estratégico, especialmente nos municípios de Pequeno Porte I, onde possuem atribuição para acompanhar adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto. Sua atuação é fundamental para assegurar as seguranças socioassistenciais, para fortalecer os vínculos familiares e comunitários e para promover a articulação da rede de proteção.

Os dados evidenciam, portanto, a necessidade de ampliar a cobertura da Proteção Social Especial de Média Complexidade em Minas Gerais, seja por meio da implantação de novos CREAS, seja pela instituição de Equipes de Referência da Proteção Social Especial nos municípios que ainda não dispõem desse serviço. Essa expansão é essencial para assegurar a proteção integral aos adolescentes e às suas famílias, para fortalecer a capacidade de resposta da rede socioassistencial e para conferir maior efetividade à execução das medidas socioeducativas em meio aberto.





Tabela 6 - Cobertura de equipamentos da assistência social em Minas Gerais – Março de 2026

Tipo de Unidade/ situação	Total de municípios que possuem	Porcentagem de municípios que possuem	Total de unidades
CRAS	853	100%	1.258
CREAS municipal	320	37%	341
Municípios Abrangidos Por CREAS Regional	17	2%	Não se aplica
Total de Municípios com CREAS municipal ou abrangidos por CREAS Regional	337	39%	Não se aplica
Municípios com CRAS e sem cobertura de CREAS municipal ou Regional	516	60%	Não se aplica

Fonte: MDS/CadSUAS. Consulta em 17/03/2026.

Em relação aos serviços de acolhimento institucional e familiar para crianças e adolescentes, observa-se que apenas 41% do território mineiro possui cobertura por serviços especializados, indicando que mais da metade dos municípios ainda não conta com oferta direta dessas unidades. Essa limitação evidencia fragilidades importantes na rede de proteção socioassistencial, especialmente em municípios de pequeno porte, onde a ausência de serviços locais pode exigir deslocamentos para outros territórios, dificultando o acesso, fragilizando vínculos familiares e comunitários e ampliando situações de vulnerabilidade social.

A baixa cobertura demonstrada nas duas Tabelas abaixo também impacta a efetividade das medidas protetivas, comprometendo a inserção de crianças e adolescentes em ambientes seguros e o acompanhamento adequado das situações de violação de direitos. Além disso, pode dificultar a articulação intersetorial entre assistência social, saúde, educação e sistema de justiça, bem como pode produzir sobrecarga nos serviços existentes.



Tabela 7 - Cobertura de Acolhimento de Crianças e Adolescentes em MG – Março de 2026

Modalidade de Acolhimento para crianças/adolescentes	Total de municípios que possuem	Porcentagem de municípios que possuem	Total de unidades
Abrigo Institucional	246	29%	362
Casa Lar ou Outro	61	7%	71
Família Acolhedora	123	14%	123
Total Geral	364	41%	556

Fonte: MDS/CadSUAS. Consulta em 17/03/2026.

Tabela 8 - Cobertura de Acolhimento de jovens em Minas Gerais – Março de 2026

Modalidade de Acolhimento	Total de municípios que possuem	Porcentagem de municípios que possuem	Total de unidades
República para Jovens egressos de serviços de acolhimento¹	4	1%	7
Residência Inclusiva para jovens e adultos com deficiência² (Retirando as unidades estaduais)	29	3%	46

Fonte: MDS/CadSUAS. Consulta em 17/03/2026.

Os dados apontam, portanto, a necessidade de ampliação e fortalecimento da rede de acolhimento institucional no estado, garantindo acesso a serviços territorializados, qualificados e compatíveis com os princípios da proteção integral, da convivência familiar e comunitária e da excepcionalidade do acolhimento institucional.

¹ Municípios: Belo Horizonte, Divinópolis, Espera Feliz e Ouro Branco.

² Municípios: Araguari, Araxá, Belo Horizonte, Betim, Carangola, Conceição das Alagoas, Coronel Fabriciano, Crucilândia, Divinópolis, Espera Feliz, Formiga, Frutal, Ibirité, Ipatinga, Janaúba, João Monlevade, Montes Claros, Muriaé, Nova Lima, Paracatu, Piracema, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Prata, São Gotardo, Taiobeiras, Uberaba, Unaí e Varginha.





3.2. Gestão e instrumentos das medidas socioeducativas em meio aberto nos municípios de Minas Gerais

Diante da ausência de bases de dados consolidadas e atualizadas sobre a implementação das medidas socioeducativas em meio aberto nos municípios mineiros, foi realizado levantamento estadual com o objetivo de identificar a existência, o grau de estruturação e as condições de funcionamento dos instrumentos de gestão relacionados à execução dessas medidas.

A pesquisa foi elaborada e disponibilizada para preenchimento entre os dias 28 de fevereiro e 28 de março de 2025, buscando produzir subsídios para qualificação do apoio técnico ofertado aos municípios pela Proteção Social Especial, especialmente pela Diretoria de Proteção Social de Média Complexidade (DPSMC), contribuindo para o aprimoramento da oferta das medidas socioeducativas em meio aberto e do atendimento aos adolescentes em cumprimento dessas medidas.

O levantamento, realizado por meio do Formulário Google (Forms), foi conduzido pela Diretoria de Vigilância Socioassistencial, em parceria com a Diretoria de Proteção Social Especial de Média Complexidade da SEDESE/MG, e encaminhado aos 853 municípios do estado. Conforme base extraída em 03/04/2025, 705 municípios responderam à pesquisa, correspondendo a 83% do total de municípios mineiros, configurando base empírica ampla e representativa para análise das condições de implementação das medidas socioeducativas em meio aberto em Minas Gerais.

Ademais, a base de dados consolidada poderá ser acessada por meio do link:

[Pesquisa Medida Socioeducativa em Minas Gerais 2025 \(respostas e gráficos\)](#) e do *QR Code* abaixo:





A partir desse conjunto de informações, o presente tópico tem como objetivo sistematizar e analisar dados atualizados sobre a existência, o grau de estruturação e as condições de implementação dos instrumentos de gestão das medidas socioeducativas em meio aberto, com especial atenção à existência do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo e às instâncias relacionadas à governança, à articulação intersetorial e ao controle social da política.

A análise foi organizada a partir do recorte por porte populacional dos municípios, estratégia metodológica que possibilita identificar diferentes padrões de organização institucional e evidenciar desigualdades territoriais na implementação da política socioeducativa em meio aberto, especialmente no que se refere à capacidade administrativa, à formalização de normativas e à estruturação dos serviços.

Além da existência formal desses instrumentos, buscou-se compreender aspectos relacionados à sua operacionalização, à sua atualização e à sua integração com outras políticas públicas, evidenciando desafios persistentes para consolidação de uma gestão intersetorial e qualificada das medidas socioeducativas em meio aberto. Os resultados apresentados contribuem, assim, para uma compreensão mais ampla das realidades territoriais e para a identificação de aspectos que demandam fortalecimento no âmbito da política socioeducativa.

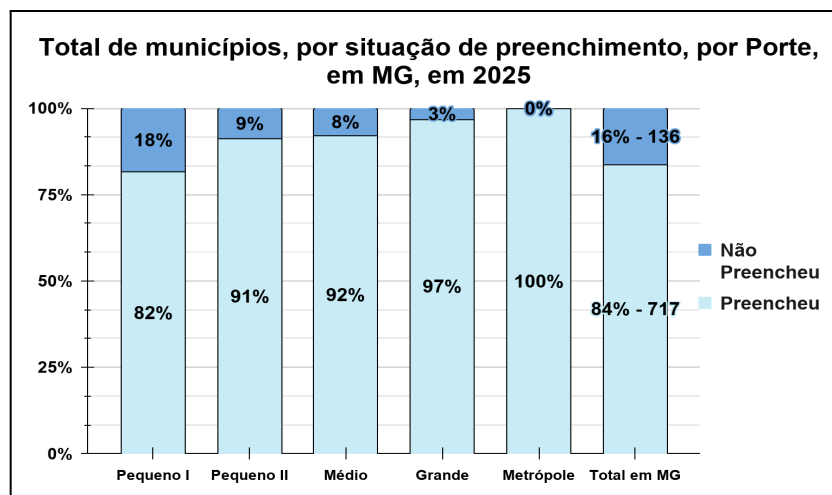
A seguir, são apresentados os dados obtidos por meio da pesquisa realizada.

3.2.1. Adesão à pesquisa e distribuição por porte populacional

Observou-se menor adesão à pesquisa entre os municípios de menor porte. Ainda assim, os municípios de Pequeno Porte I (PPI) representam parcela significativa do total de municípios mineiros, o que reforça sua relevância para análise da política socioeducativa em meio aberto no estado.



Gráfico 1 - Total de municípios por situação de preenchimento da pesquisa por porte populacional



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.

Em números absolutos, a soma das respostas dos municípios de **Pequeno Porte II (PPII)**, **Médio**, **Grande** e **Metropolitano** corresponde a apenas um terço das respostas dos municípios de **PPI**. Esse dado demonstra que grande parte das informações coletadas está concentrada nos municípios de menor porte, aspecto que deve ser considerado na análise dos e na compreensão das diferentes capacidades institucionais e realidades territoriais relacionadas à execução das medidas socioeducativas em meio aberto.

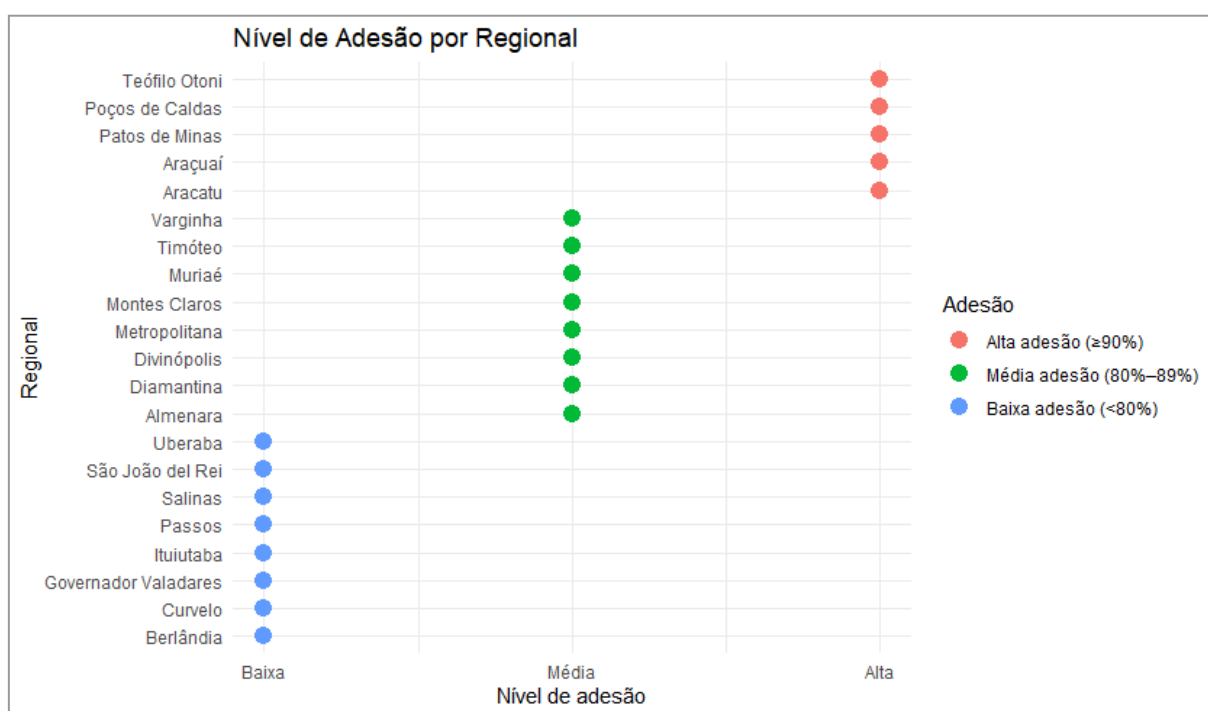
3.2.2. Preenchimento por Diretoria Regional da Sedese

A análise do preenchimento das informações pelos municípios, organizada por Diretoria Regional da SEDESE-MG, evidencia diferenças na adesão à pesquisa, com percentuais de participação variando entre 70% e 100%. Conforme demonstra o Gráfico 2, a maioria das Diretorias Regionais apresentou elevada participação dos municípios, indicando bom engajamento institucional e ampla cobertura territorial do levantamento. Entretanto, oito regionais registraram adesão inferior a 80%, cenário que pode comprometer a abrangência e a representatividade dos dados produzidos nesses territórios, especialmente em análises comparativas entre regiões.



Esses resultados reforçam a importância de estratégias de mobilização e apoio técnico voltadas à ampliação da participação dos municípios em futuros levantamentos, contribuindo para o fortalecimento do monitoramento e do planejamento das políticas públicas voltadas à execução das medidas socioeducativas em meio aberto.

Gráfico 2 - Nível de adesão à pesquisa por regional



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.

3.2.3. Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo

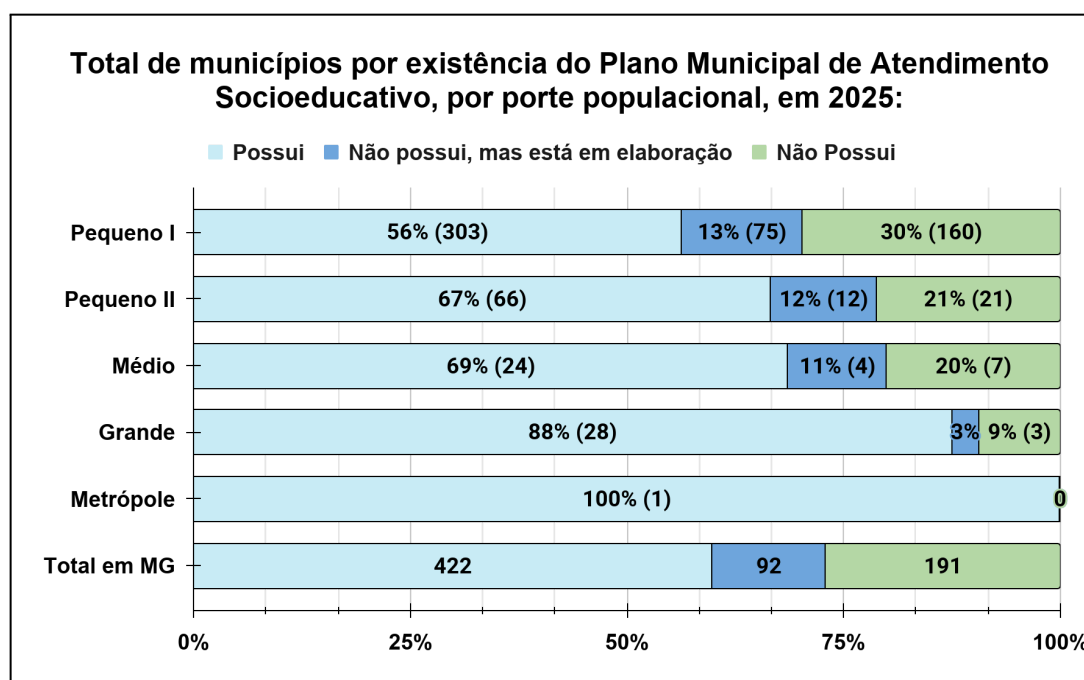
O Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo constitui instrumento fundamental para organização e planejamento das ações voltadas à execução das medidas socioeducativas em meio aberto, sendo de responsabilidade dos municípios sua elaboração e implementação. Previsto na [Lei nº 12.594/2012](#), que institui o SINASE (Brasil, 2012), o plano deve articular as diferentes políticas setoriais envolvidas no atendimento aos adolescentes, contribuindo para a construção de fluxos, de responsabilidades e de estratégias intersetoriais de acompanhamento.



Conforme o §2º do artigo 7º da referida lei, estados, Distrito Federal e municípios devem elaborar seus respectivos Planos de Atendimento Socioeducativo no prazo de até 360 dias após a aprovação do [Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo](#) (Brasil, 2013), aprovado em novembro de 2013. A legislação estabelece ainda que os planos devem ser submetidos à análise e aprovação dos CMDCA's, além de prever vigência de dez anos. Destaca-se que o novo [Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo](#) (Brasil, 2026) com vigência de 2026 a 2036, foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e deverá orientar a elaboração ou revisão dos Planos estaduais e municipais em todo o Brasil.

Os dados da pesquisa indicam que 422 municípios mineiros, correspondendo a 60% dos municípios respondentes, informaram possuir Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo. O resultado demonstra avanço na formalização deste instrumento de gestão, embora ainda evidencie desafios importantes relacionados à ampliação da cobertura e à consolidação da política socioeducativa em meio aberto nos territórios.

Gráfico 3 - Total de municípios com Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo, por porte populacional



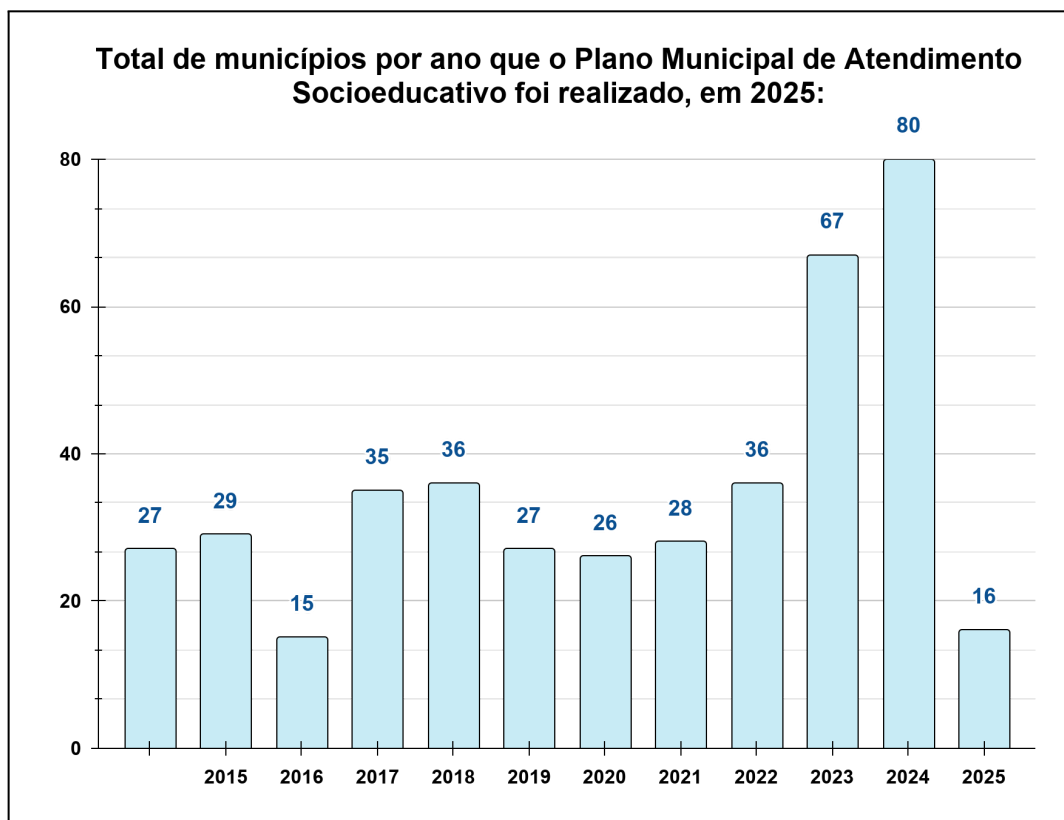
Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.





Os gráficos a seguir demonstram, respectivamente, a série temporal de elaboração e de atualização dos planos e a distribuição dos municípios segundo períodos de vigência dos Planos Municipais de Atendimento Socioeducativo.

Gráfico 4 - Total de municípios por ano de realização do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo

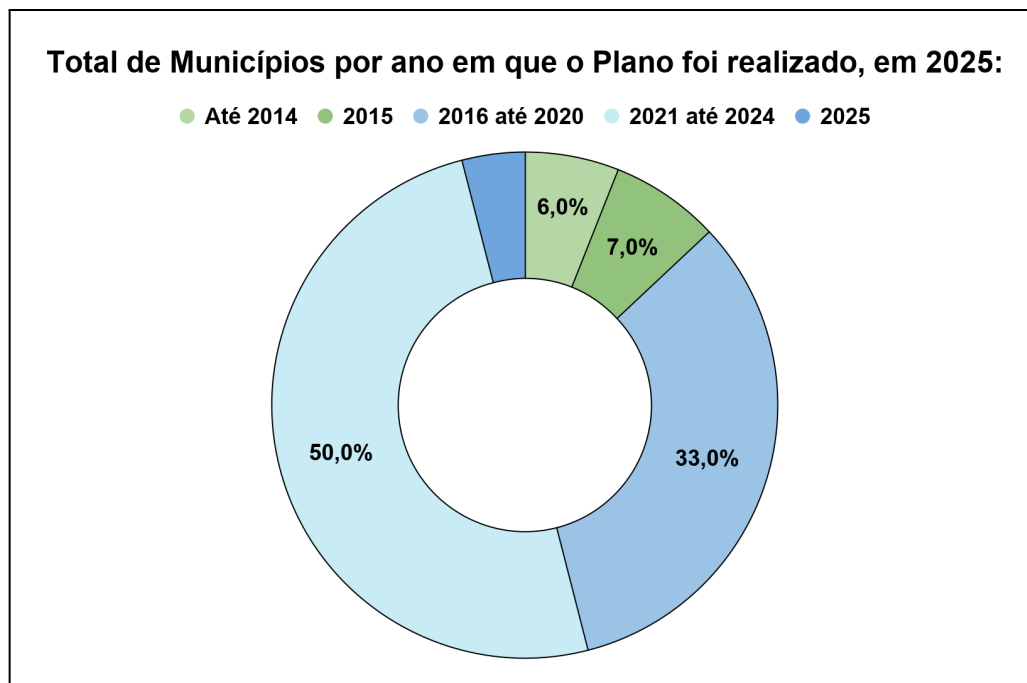


Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

Os dados indicam que parcela significativa dos Planos Municipais foi elaborada ou atualizada nos anos de 2023 e 2024, sugerindo movimento recente de adequação e de fortalecimento da gestão da política socioeducativa em meio aberto nos municípios.



Gráfico 5 - Total de municípios por ano em que o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo foi realizado



Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

Observa-se que a maior parte dos planos informados encontra-se dentro do período de vigência previsto na legislação. Contudo, os dados também demonstram que parte dos municípios já possui planos desatualizados, indicando a necessidade de revisão e de renovação desses instrumentos de gestão.

A partir da aprovação do novo Plano Nacional (Brasil, 2026), estados, Distrito Federal e municípios também deverão proceder à atualização de seus respectivos planos, em consonância com as diretrizes e prioridades que vierem a ser estabelecidas.

Nesse contexto, destaca-se que a efetividade dos Planos Municipais de Atendimento Socioeducativo depende da atuação articulada entre as diferentes políticas públicas. Assim, os planos devem prever ações intersetoriais envolvendo assistência social, saúde, educação, cultura, esporte e qualificação profissional, reconhecendo a corresponsabilidade das políticas públicas na garantia de direitos e no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

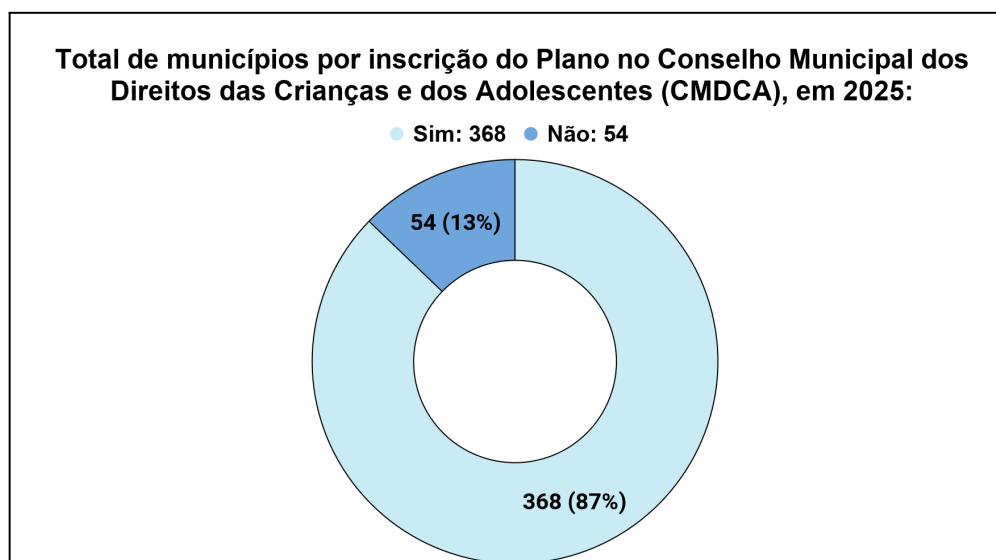


3.2.4. Plano e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)

A análise também considerou a inscrição dos Planos Municipais de Atendimento Socioeducativo junto aos CMDCA, procedimento previsto na legislação do SINASE e fundamental para o fortalecimento do controle social e da institucionalização da política socioeducativa em meio aberto.

Os resultados indicam que 87,2% (368) dos municípios que informaram possuir Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo declararam ter realizado sua inscrição no CMDCA, enquanto 12,8% (54) ainda não efetuaram esse procedimento.

Gráfico 6 - Total de municípios por inscrição do Plano Municipal no CMDCA



Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

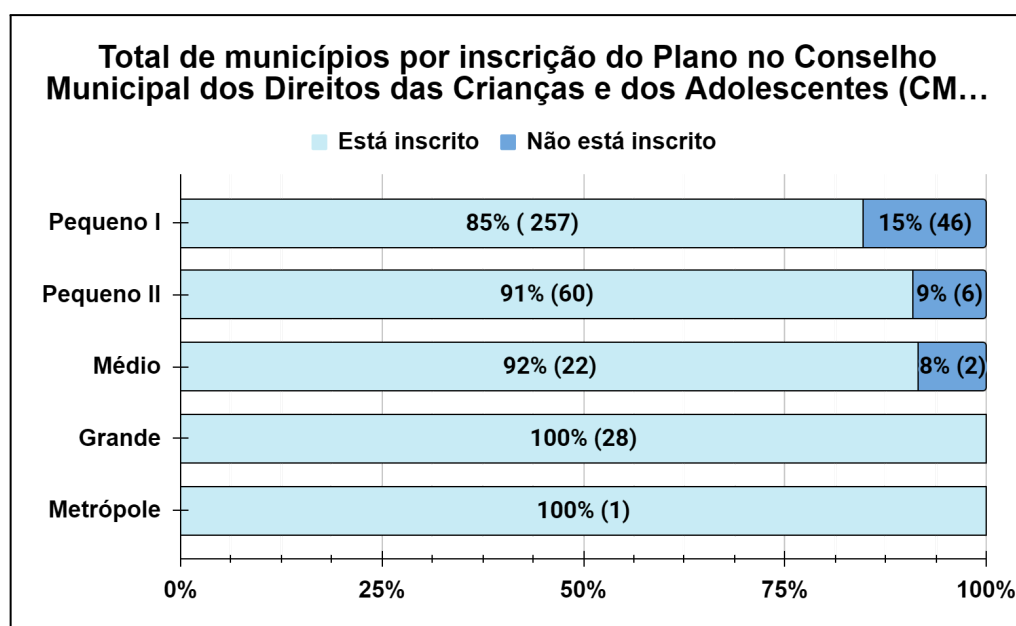
Ao analisar a relação entre a inscrição dos planos e o porte populacional dos municípios, observa-se que os municípios de Pequeno Porte I concentram proporcionalmente a maior incidência de planos não inscritos no CMDCA quando comparados aos demais portes populacionais.

Embora a taxa de inscrição nesses municípios alcance aproximadamente 85%, a análise em números absolutos evidencia maior fragilidade nesse grupo: dos 54 municípios que informaram não possuir plano inscrito no CMDCA, 46 pertencem à categoria PPI. Em



contrapartida, municípios de maior porte apresentaram índices próximos ou equivalentes à cobertura integral.

Gráfico 7 - Total de municípios por inscrição do Plano Municipal no CMDCA por porte populacional



Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

Esse cenário evidencia desafios relacionados à capacidade técnico-administrativa dos municípios de menor porte para formalização e consolidação dos instrumentos de gestão da política socioeducativa. Os dados reforçam, portanto, a necessidade de fortalecimento do apoio técnico e institucional aos municípios de PPI, especialmente no que se refere à regularização, atualização e acompanhamento dos instrumentos de gestão das medidas socioeducativas em meio aberto.

3.2.5. Comissão Intersetorial do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

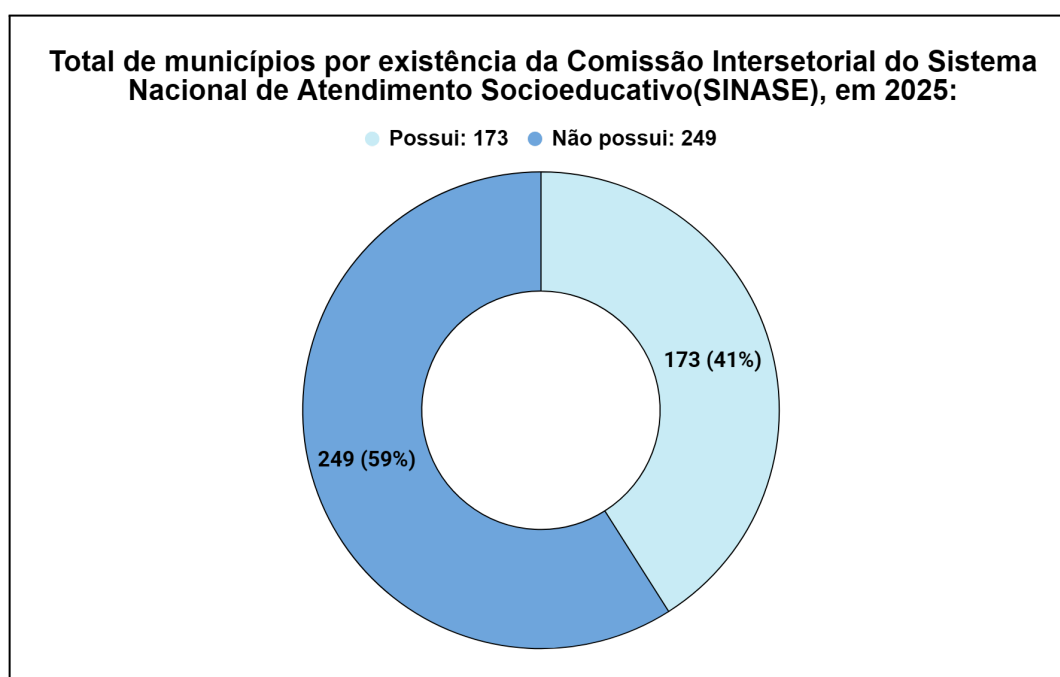
A Comissão Intersetorial do SINASE constitui importante instância de articulação entre as diferentes políticas públicas envolvidas na execução das medidas socioeducativas, reunindo representantes de áreas como assistência social, saúde, educação, justiça e segurança



pública. Sua atuação é fundamental para o planejamento, o monitoramento e a coordenação das ações voltadas ao atendimento socioeducativo, contribuindo para a integração institucional, para a gestão compartilhada e para o fortalecimento da intersetorialidade prevista no SINASE.

Os dados levantados indicam que 59% dos municípios respondentes ainda não possuem Comissão Intersetorial do SINASE formalmente instituída, evidenciando fragilidades importantes na articulação e na coordenação das políticas públicas relacionadas à execução das medidas socioeducativas em meio aberto.

Gráfico 8 - Total de municípios com Comissão Intersetorial do SINASE

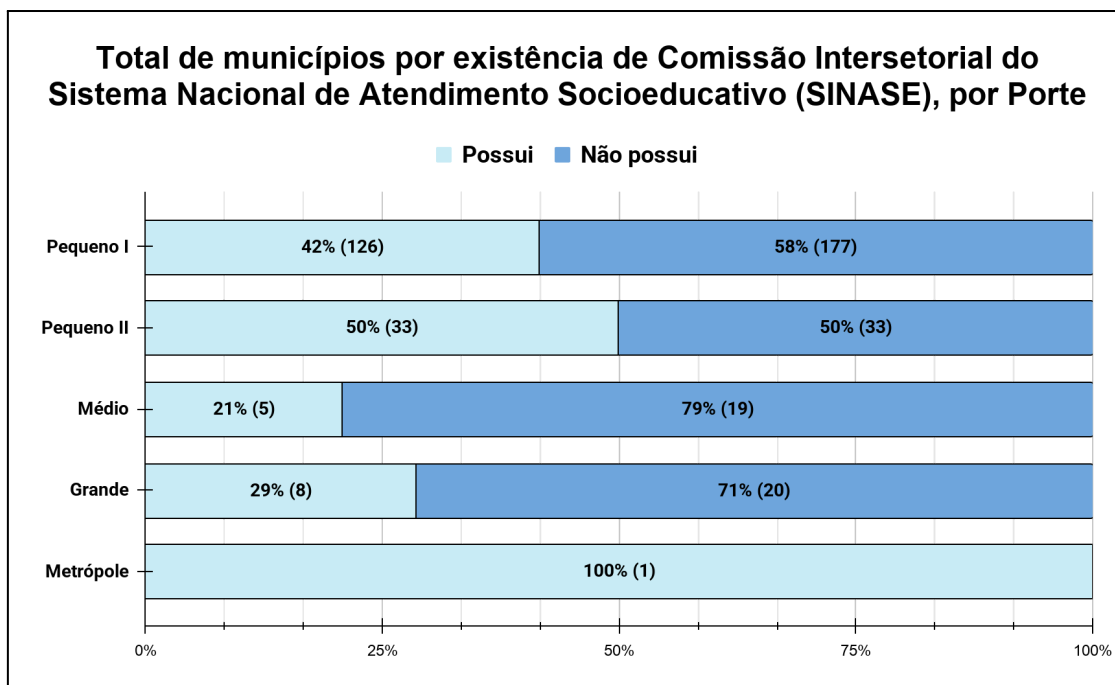


Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

A análise por porte populacional demonstra que a ausência dessas comissões ocorre de forma relativamente distribuída entre municípios de diferentes portes, sugerindo que sua constituição não depende exclusivamente do tamanho populacional ou da capacidade administrativa dos municípios, mas também de aspectos relacionados à priorização institucional da política socioeducativa e à capacidade de articulação intersetorial nos territórios.



Gráfico 9 - Total de municípios por existência de Comissão Intersectorial do SINASE, por porte

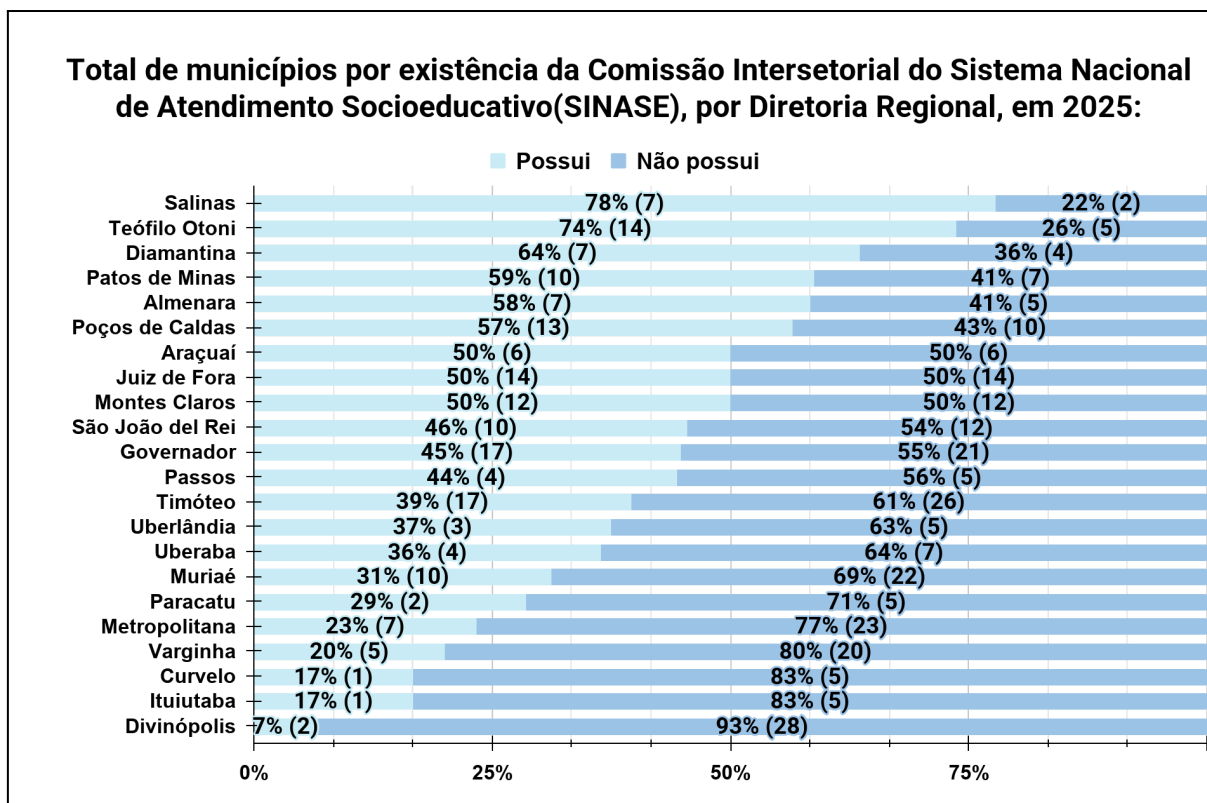


Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

A distribuição territorial das Comissões Intersectoriais, considerando o recorte das Diretorias Regionais da SEDESE-MG, evidencia que a maior parte dos municípios ainda não dispõe dessa instância de governança intersectorial. Tal cenário representa desafio relevante para implementação coordenada das medidas socioeducativas, uma vez que pode comprometer a integração entre as políticas públicas, a definição de fluxos interinstitucionais e a efetividade das ações previstas no SINASE.



Gráfico 10 - Total de municípios com Comissão Intersectorial do SINASE por Diretoria Regional



Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

3.2.6. Projeto Político-Pedagógico (PPP) das medidas socioeducativas em meio aberto

O Projeto Político-Pedagógico (PPP) constitui instrumento orientador das ações desenvolvidas no acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e de suas famílias. O documento deve estabelecer diretrizes metodológicas, fluxos de atendimento, competências institucionais e formas de articulação com a rede intersetorial e o SGD.

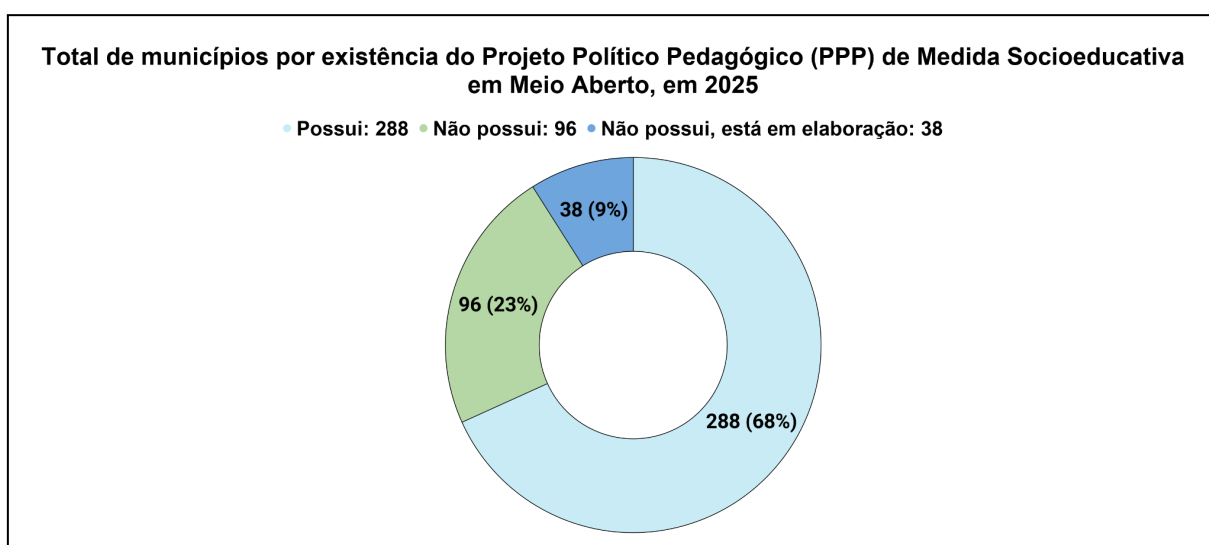
Embora distintos, o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo e o PPP são instrumentos complementares e articulados. Enquanto o Plano Municipal organiza diretrizes e metas da política socioeducativa no território, o PPP orienta a execução cotidiana do serviço,



consolidando parâmetros técnicos e metodológicos para atuação das equipes responsáveis pelas medidas socioeducativas em meio aberto.

Nesse contexto, torna-se relevante compreender a situação dos municípios quanto à existência e ao estágio de desenvolvimento dos PPPs. O gráfico a seguir apresenta a distribuição dos municípios segundo a existência do PPP, permitindo identificar avanços, lacunas e processos ainda em construção.

Gráfico 11 - Total de municípios com PPP de medida socioeducativa em meio aberto



Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

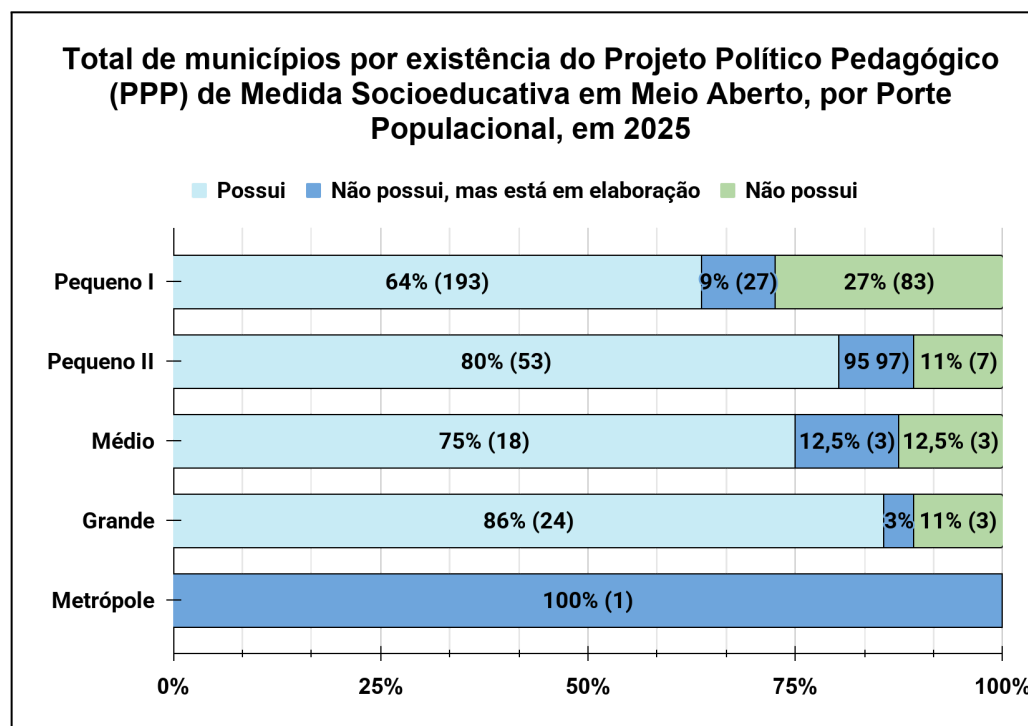
A análise por porte populacional demonstra diferenças importantes na institucionalização desse instrumento. Nos municípios de PPI observa-se o cenário mais fragilizado: embora 64% dos municípios informem possuir PPP, ainda há percentual expressivo de municípios que não possuem o documento ou que se encontram em processo de elaboração. **Esse dado evidencia desigualdades na estruturação técnica e organizacional da política socioeducativa em meio aberto nos municípios de menor porte.**

Nos municípios de PPII e Médio Porte, os índices de existência do PPP apresentam crescimento significativo, indicando maior consolidação institucional das medidas socioeducativas. Já entre os municípios de Grande Porte, verifica-se cenário mais estruturado, com ampla maioria dos municípios informando possuir PPP formalizado.



No caso da capital mineira, foi informado que o PPP encontra-se em processo de elaboração, o que pode indicar movimento de atualização ou de reorganização metodológica da política socioeducativa em meio aberto.

Gráfico 12 - Total de municípios com PPP de medida socioeducativa em meio aberto por porte populacional



Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.

A análise territorial também evidencia diferenças relevantes entre as regionais da SEDESE-MG. Em algumas regiões, identifica-se maior presença de municípios com PPP instituído, sugerindo maior estruturação da política socioeducativa e das ações desenvolvidas no território. Em outras, persistem percentuais expressivos de municípios sem o instrumento formalizado ou ainda em processo de elaboração, indicando possíveis desafios relacionados à capacidade técnica, ao apoio institucional e à articulação intersetorial.

Nos municípios de PPI, observa-se a situação mais crítica: embora 64% (193 municípios) possuam PPP, ainda há uma parcela expressiva que não possui (27%, 83 municípios), além de 9% (27 municípios) que estão em processo de elaboração. Isso indica

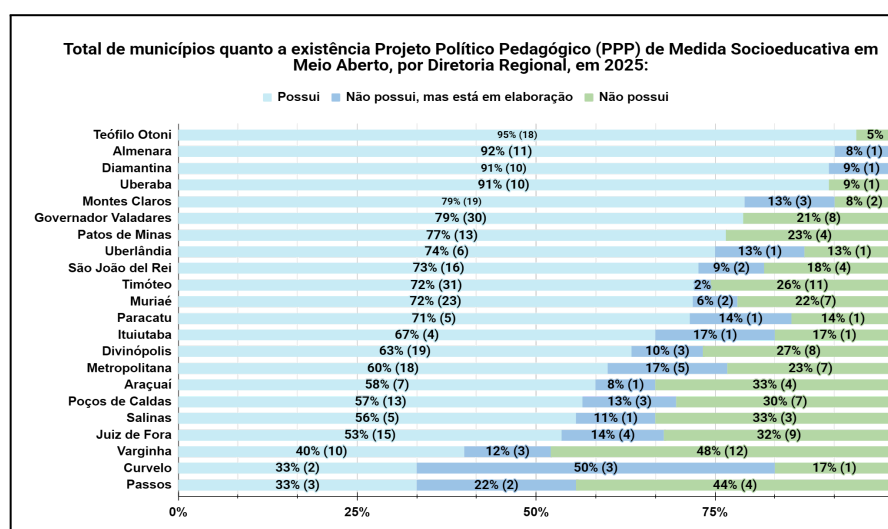


que, mesmo sendo maioria, a institucionalização do serviço ainda é incompleta e desigual neste grupo.

Já nos municípios de PPII, o cenário melhora significativamente: 80% (53 municípios) possuem PPP, e apenas 11% (7) não possuem. A presença de PPP em elaboração é residual, sugerindo maior consolidação da política. Nos municípios de porte médio, 75% (18) já possuem PPP, enquanto os demais se dividem igualmente entre não possuir e estar em elaboração (12,5% cada). Isso demonstra um nível intermediário de institucionalização, mas ainda com espaço para avanço. Entre os municípios de grande porte, observa-se o cenário mais consolidado: 86% (24 municípios) possuem PPP, apenas 11% (3 municípios) não possuem e 3% estão em elaboração.

Esse cenário pode estar associado às condições desfavoráveis de implementação da política socioeducativa nos municípios de porte menor, incluindo aspectos relacionados à estrutura administrativa, ao apoio técnico e institucional disponível e às especificidades dos contextos locais. Sendo necessária a realização de uma análise específica dos motivos pelos quais os municípios estão enfrentando tais situações adversas na elaboração, e execução, da política.

Gráfico 13 - Total de municípios com PPP de medida socioeducativa em meio aberto, por Diretoria Regional



Fonte: Sedese/MG. Pesquisa sobre as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (LA e PSC) em Minas Gerais - 2025. Base de 03/04/2025.





3.3. Retrato da socioeducação em meio aberto em Minas Gerais: evidências do levantamento estadual 2025

Nesta seção, serão apresentados dados do “Levantamento Estadual de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto – Minas Gerais 2025”, realizado entre os dias 04 de novembro e 10 de dezembro de 2025, com o objetivo de ampliar a compreensão sobre a execução das medidas socioeducativas em meio aberto nos municípios mineiros.

A pesquisa contou com a participação de 717 municípios, correspondendo a 84% dos 853 municípios do estado, o que garante ampla representatividade das informações analisadas. O levantamento foi elaborado e aplicado pela Diretoria de Vigilância Socioassistencial (DIVISOM), em parceria com a Diretoria de Proteção Social de Média Complexidade (DPSMC) e com a Diretoria de Serviços e Benefícios Socioassistenciais DSBS/SEDESE-MG.

A iniciativa contou ainda com o apoio das 22 Diretorias Regionais da SEDESE-MG na mobilização dos municípios participantes, bem como com a parceria do CEIMPA-MG, reforçando o caráter intersetorial da produção de dados sobre a socioeducação em meio aberto no estado.

A base de dados consolidada encontra-se disponível em: [BASE DE DADOS Pesquisa Medida Socioeducativa em Minas Gerais 2025 - acesso público](#).

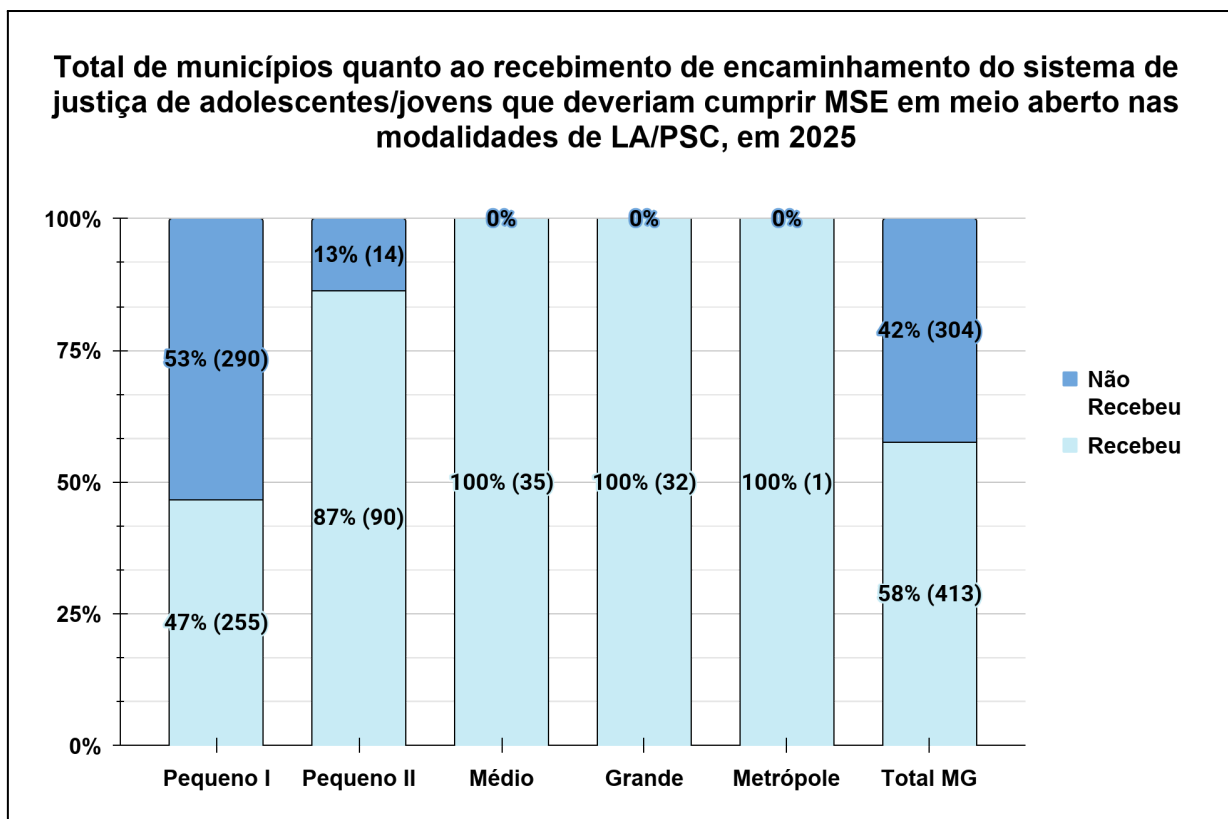


3.3.1. Local de acompanhamento das MSE de LA e PSC em Minas Gerais

Dos 717 municípios que responderam à pesquisa, 58% informaram ter recebido, em 2025, encaminhamentos do sistema de justiça para acompanhamento de adolescentes e de jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto (LA e PSC). Observa-se que, quanto menor o porte populacional do município, menor tende a ser o percentual de municípios que receberam esse tipo de encaminhamento.



Gráfico 14 - Total de municípios quanto ao recebimento de encaminhamento do Sistema de Justiça de adolescentes para cumprimento de MSE em meio aberto



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Em relação aos locais responsáveis pelo acompanhamento das medidas socioeducativas, os dados indicam que os principais equipamentos utilizados pelos municípios são os CREAS (275 municípios) e os CRAS (266 municípios). Observa-se que, em parcela significativa dos municípios, o acompanhamento ocorre exclusivamente em um desses equipamentos, especialmente no CREAS.

Os dados evidenciam expressiva participação do CRAS na execução do acompanhamento das medidas socioeducativas, sobretudo nos municípios de PPI e II. Esse cenário sugere tensionamentos relacionados às atribuições da PSB, uma vez que equipes do CRAS passam a acompanhar situações marcadas por violações de direitos e demandas que exigem atuação especializada da PSE.





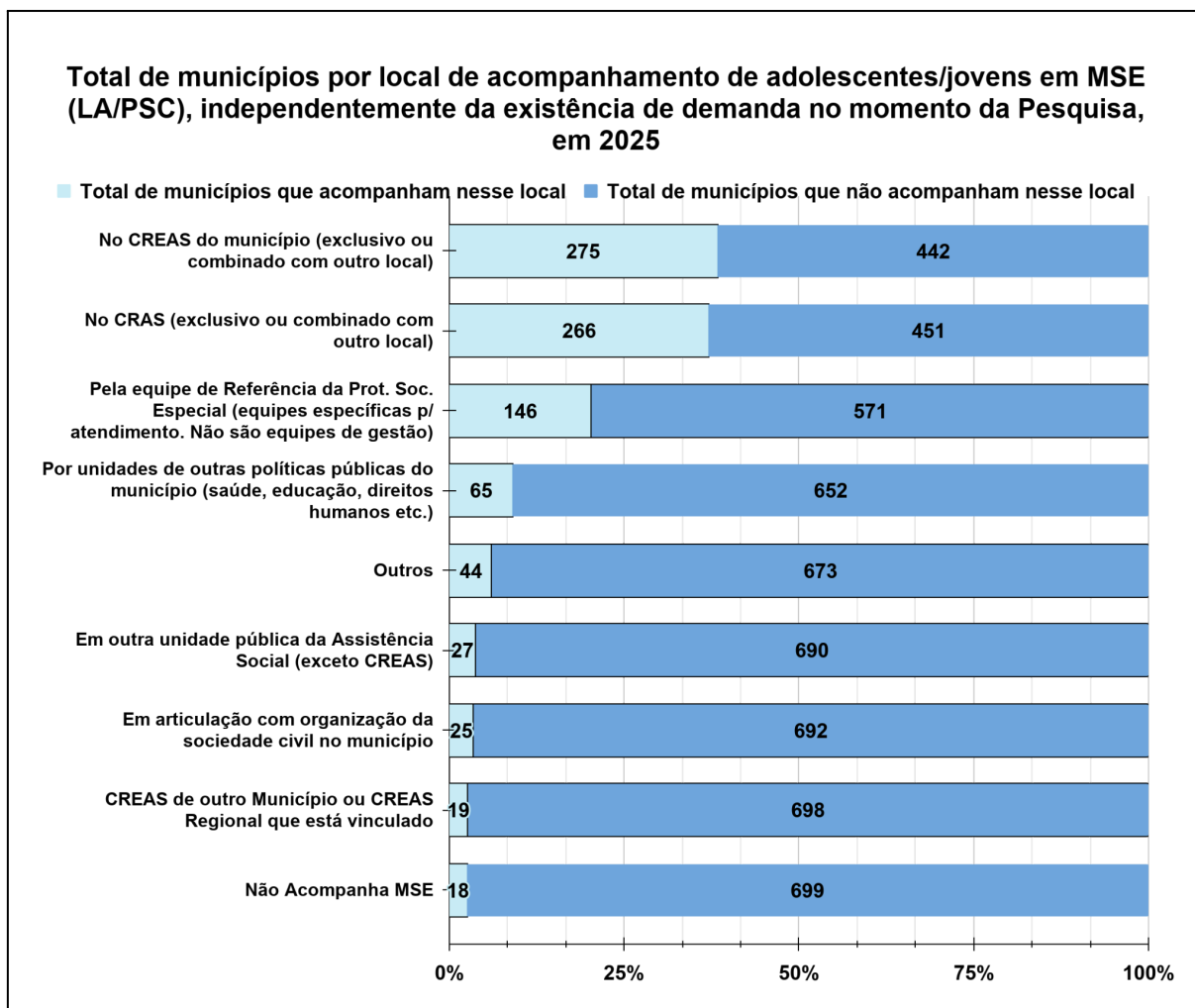
Tal configuração pode estar associada à ausência ou à insuficiência de cobertura do CREAS em determinados territórios, especialmente nos municípios de pequeno porte, bem como a limitações relacionadas à capacidade técnica, à estrutura institucional e à disponibilidade de equipes especializadas. Como consequência, observa-se potencial sobrecarga das equipes da PSB, fragilização da organização da rede socioassistencial e possíveis impactos na oferta de acompanhamento especializado e na efetividade das medidas socioeducativas em meio aberto.

Os dados também demonstram que parte dos municípios (65) realiza o acompanhamento das medidas socioeducativas por meio de outras unidades públicas, incluindo serviços das áreas de saúde, de educação e de outras políticas públicas. Em alguns municípios de PPI, o acompanhamento ocorre exclusivamente por esses serviços, sem participação direta de equipamentos socioassistenciais.

Esse cenário preocupante evidencia fragilidades na estruturação da política socioeducativa em meio aberto em determinados territórios, podendo refletir ausência de CREAS, limitações orçamentárias, escassez de profissionais especializados, baixa oferta de instituições parceiras e reduzida demanda local. Tais fatores podem comprometer a construção de fluxos especializados e a articulação da política socioassistencial no acompanhamento dos adolescentes e suas famílias. Além disso, podem dificultar a concretização das diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) relacionadas à descentralização e à regionalização das políticas públicas.



Gráfico 15 - Total de municípios por local de acompanhamento de adolescentes em cumprimento de MSE em meio aberto



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Além da identificação das unidades responsáveis pelo acompanhamento das medidas socioeducativas, a pesquisa também analisou a diversidade de equipamentos e as políticas públicas envolvidos nesse processo. Observa-se que municípios de PPI e II apresentam entre 3 e 7 tipos de locais de acompanhamento, totalizando 36 municípios com maior diversidade de arranjos institucionais.

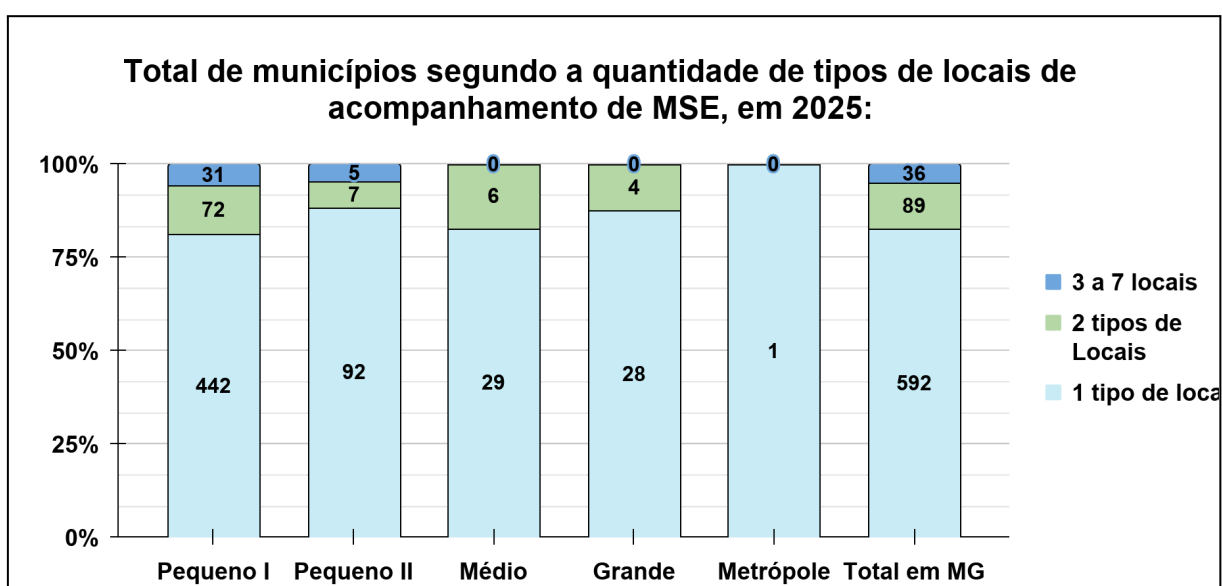
Esse dado pode indicar maior dependência de articulações intersetoriais e parcerias locais para viabilização das atividades socioeducativas, especialmente em contextos marcados



pela ausência ou insuficiência de equipamentos especializados. Em muitos municípios, escolas, unidades de saúde e entidades socioassistenciais passam a compor a rede de apoio necessária para inserção dos adolescentes em atividades pedagógicas, sociais e comunitárias.

Ao mesmo tempo, a limitação da oferta de serviços especializados nos municípios de pequeno porte pode exigir a articulação com múltiplos parceiros institucionais como estratégia para garantir a execução das medidas socioeducativas e a continuidade do acompanhamento territorial dos adolescentes.

Gráfico 16 - Total de municípios segundo a quantidade de tipos de locais de acompanhamento de MSE em meio aberto



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

3.3.2. Equipe de acompanhamento de MSE (LA/PSC) em Minas Gerais

Antes da análise dos dados, é importante contextualizar que a organização das equipes responsáveis pela oferta da Proteção Social Especial de Média Complexidade observa parâmetros estabelecidos pela [Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social](#) (NOB-RH/SUAS) (Brasil, 2012), os quais consideram o porte do município e a capacidade de atendimento dos serviços.

Nos municípios de Pequeno Porte I, de Pequeno Porte II e de Médio Porte, a equipe de referência é dimensionada para o acompanhamento de até 50 casos (famílias e/ou





indivíduos), devendo ser composta, minimamente, por um coordenador, um assistente social, um psicólogo, um advogado, dois profissionais de apoio para abordagem dos usuários e um auxiliar administrativo. Já nos municípios de Grande Porte, Metrópoles e Distrito Federal, a capacidade de atendimento é ampliada para até 80 casos, demandando equipe composta por um coordenador, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um advogado, quatro profissionais de apoio e dois auxiliares administrativos.

Especificamente em relação ao Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, as Orientações Técnicas do CREAS indicam que, **nos municípios com demanda inferior a dez adolescentes em acompanhamento, o atendimento pode ser realizado pela equipe de referência do próprio CREAS, mediante definição de técnico responsável pelos casos. Nos municípios de Médio Porte com demanda superior a dez adolescentes, bem como nos municípios de Grande Porte, Metrópoles e Distrito Federal, recomenda-se avaliar a constituição de equipe técnica específica para o acompanhamento das medidas socioeducativas.**

À luz desses parâmetros, torna-se possível analisar a estrutura das equipes responsáveis pelo acompanhamento das medidas socioeducativas nos municípios mineiros e identificar desafios relacionados à disponibilidade de profissionais e à capacidade de atendimento.

Em relação às equipes responsáveis pelo acompanhamento das medidas socioeducativas em 2025, 650 municípios informaram contar, ao todo, com 3.344 trabalhadores e trabalhadoras nas funções de coordenador, técnico de nível superior e trabalhador de nível médio, sendo que 52% correspondem a técnicos de nível superior.

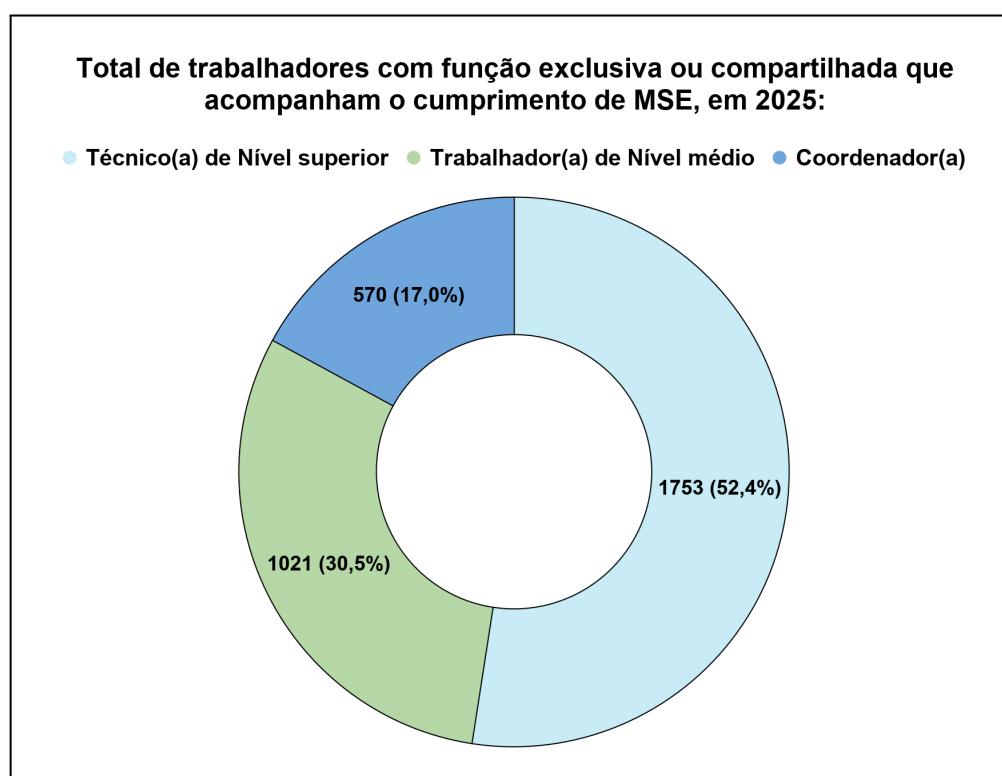
Destaca-se que 67 municípios informaram não dispor de profissionais em nenhuma dessas três categorias, ou seja, não contam com trabalhadores responsáveis pelo acompanhamento das medidas socioeducativas. A ausência desses profissionais compromete tanto a dimensão pedagógica quanto a dimensão protetiva da medida, pois dificulta a elaboração, a execução e o monitoramento do Plano Individual de Atendimento (PIA), instrumento técnico obrigatório previsto na Lei do Sinase.

Além disso, essa lacuna fragiliza o acompanhamento sistemático dos adolescentes e de suas famílias, comprometendo a construção de vínculos, a articulação com o Sistema de



Justiça e com a rede intersetorial, bem como o monitoramento da execução da medida. Como consequência, reduz-se a capacidade de promover intervenções qualificadas e de assegurar que o(a) adolescente compreenda os objetivos e o caráter socioeducativo da medida, contribuindo para o esvaziamento de sua função pedagógica.

Gráfico 17 - Total de trabalhadores com função exclusiva ou compartilhada no acompanhamento das MSE em meio aberto, em 2025

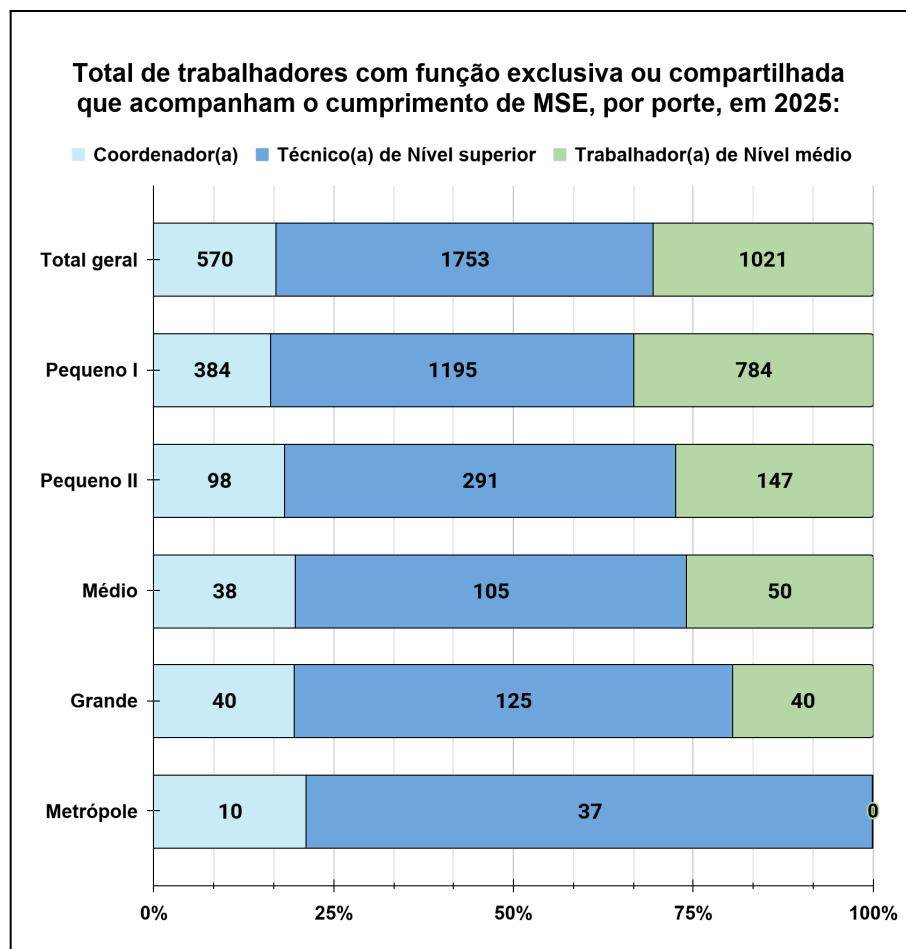


Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

A análise por porte populacional demonstra que os municípios de PPI apresentam o menor percentual de coordenadores, contando com 384 profissionais nessa função, o que corresponde a 19% do total de 1.979 trabalhadores identificados nesse grupo de municípios.



Gráfico 18 - Total de trabalhadores com função exclusiva ou compartilhada no acompanhamento das MSE em meio aberto por porte



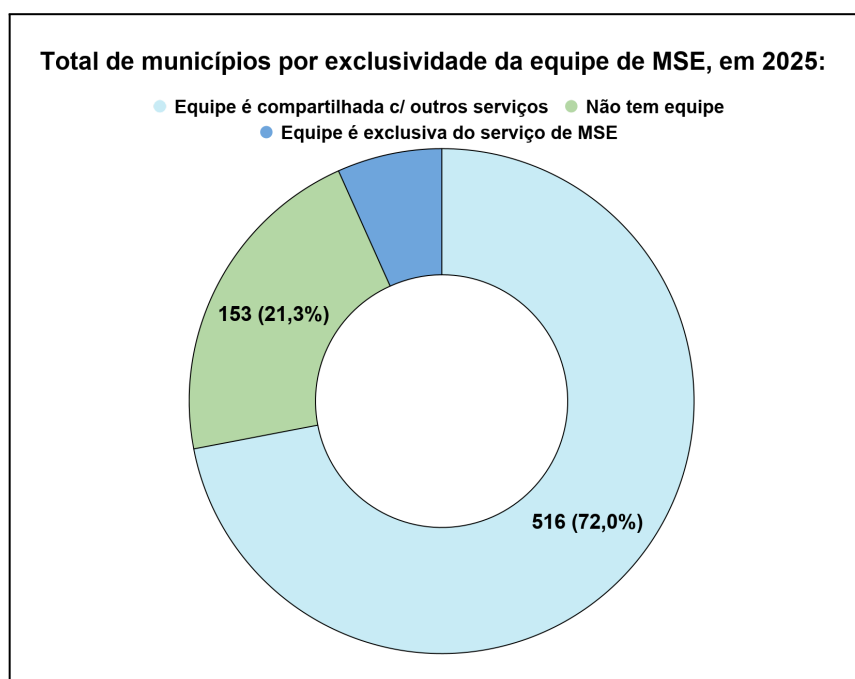
Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Outro aspecto relevante refere-se à exclusividade das equipes responsáveis pelo acompanhamento das medidas socioeducativas. Entre os 717 municípios participantes da pesquisa, 72% informaram possuir equipes compartilhadas, ou seja, profissionais que acumulam outras atribuições além do atendimento às medidas socioeducativas.

Esse cenário pode gerar sobrecarga de trabalho, fragmentação das ações e dificuldades para o planejamento e para o acompanhamento continuado dos adolescentes e de suas famílias, além de impactar a qualidade do atendimento ofertado.



Gráfico 19 - Total de municípios por exclusividade da equipe de MSE em meio aberto



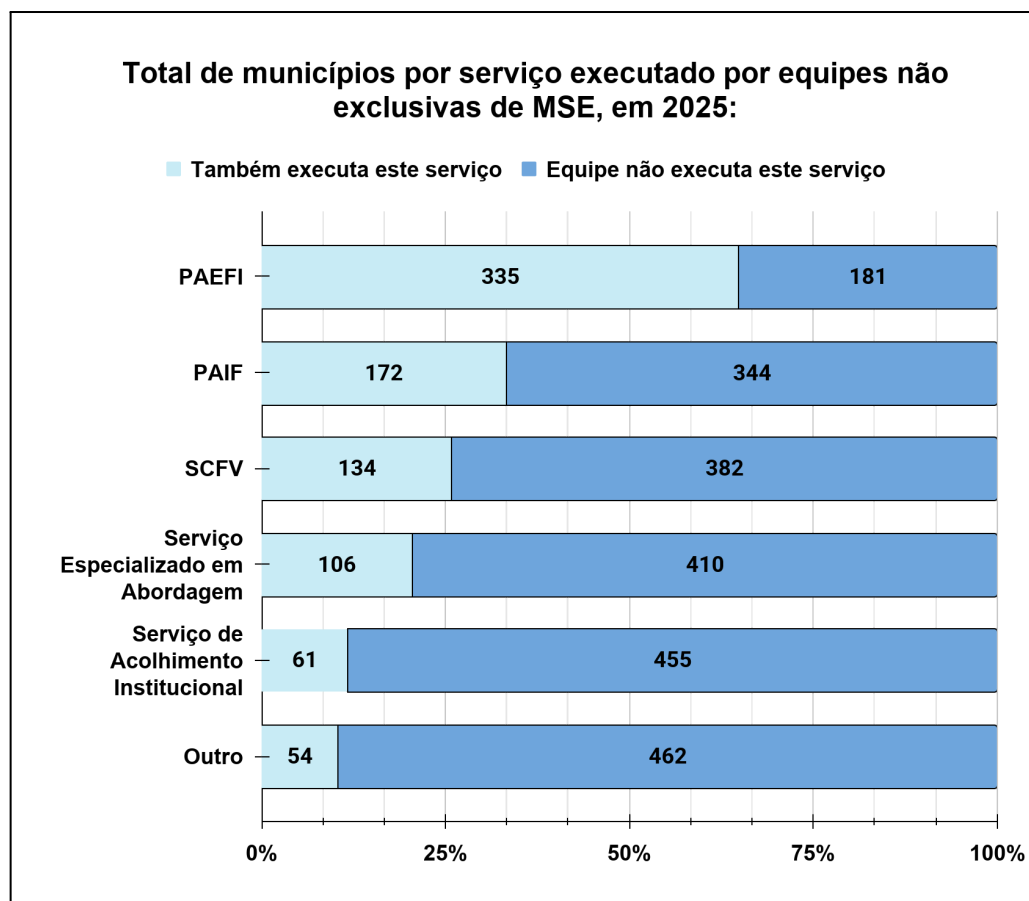
Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Entre os 516 municípios que informaram possuir equipes compartilhadas, o serviço mais frequentemente acumulado é o PAEFI, presente em 335 municípios, correspondendo a 65% desse grupo.

Os dados sugerem forte sobreposição entre as equipes responsáveis pelas medidas socioeducativas em meio aberto e os serviços voltados ao acompanhamento de situações de violação de direitos no âmbito da PSE, o que pode refletir limitações na capacidade institucional dos municípios para composição de equipes exclusivas destinadas à execução das medidas socioeducativas.



Gráfico 20 - Total de municípios por serviço executado por equipes não exclusivas de MSE em meio aberto



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

3.4. Atendimento de MSE (LA/PSC) em Minas Gerais em 2024 e 2025

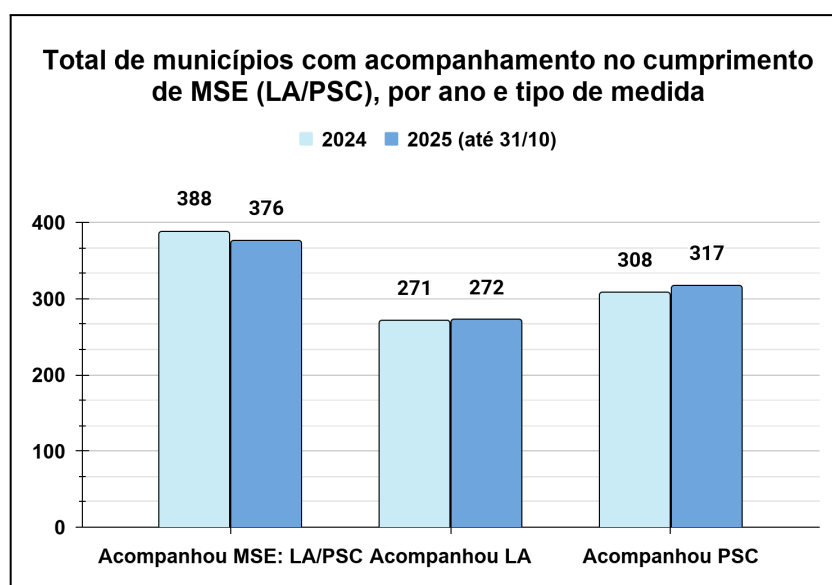
Embora o número de municípios que acompanharam medidas socioeducativas em meio aberto tenha apresentado redução de 388 para 376 municípios entre 2024 e 2025 (queda de 3%), observou-se aumento no número de municípios que executaram a PSC, passando de 308 para 317 municípios (crescimento de 3%).

Apesar da ampliação do número de municípios que ofertam PSC, o quantitativo de adolescentes e de jovens acompanhados nessa medida apresentou leve redução, passando de 2.639 em 2024 para 2.576 em 2025 (redução de 2,4%). Os dados sugerem que a ampliação



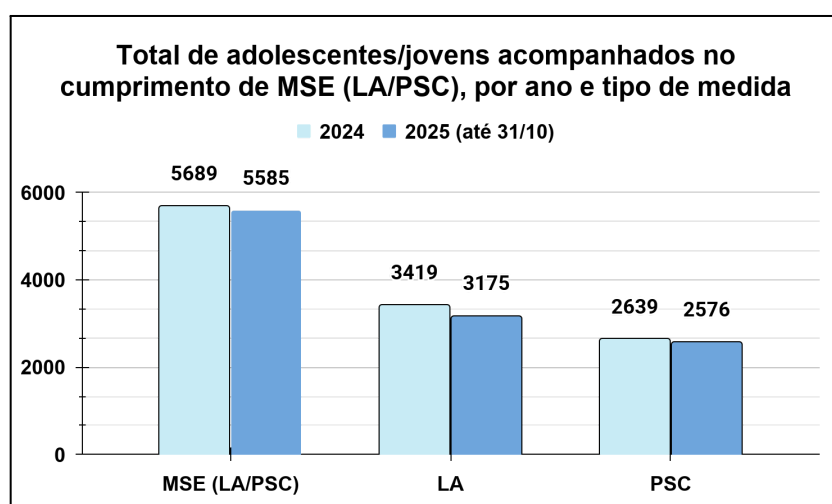
territorial da oferta não resultou, necessariamente, em aumento do número de atendimentos individuais realizados.

Gráfico 21 - Total de municípios com acompanhamento de LA/PSC por ano e tipo de MSE



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.
Base de 11/12/2025.

Gráfico 22 - Total de adolescentes acompanhados em LA/PSC por ano e tipo de MSE

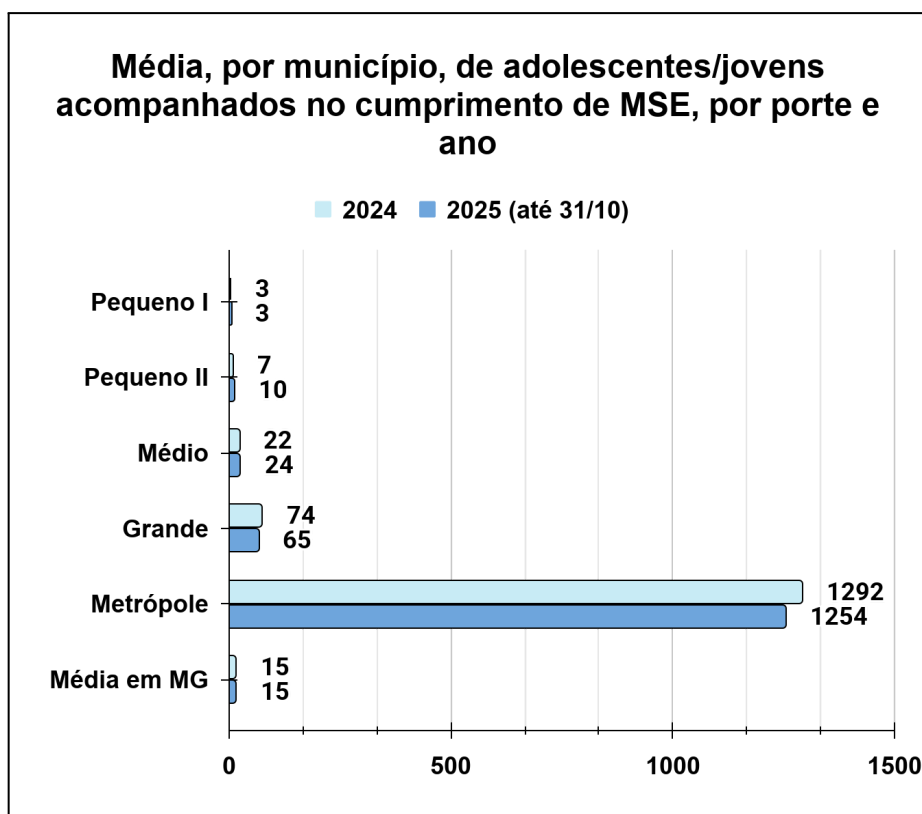


Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.
Base de 11/12/2025.



Quanto à média de adolescentes/jovens acompanhados, observa-se que quanto menor o porte populacional do município, menor é a média de atendimentos por município.

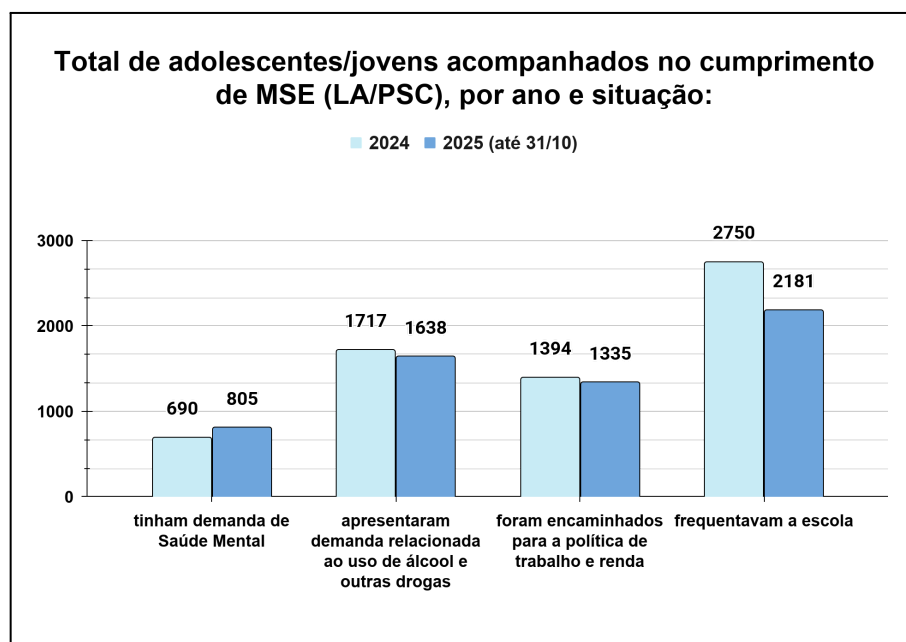
Gráfico 23 - Média, por município, de adolescentes acompanhados em MSE por porte e ano



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.
Base de 11/12/2025.

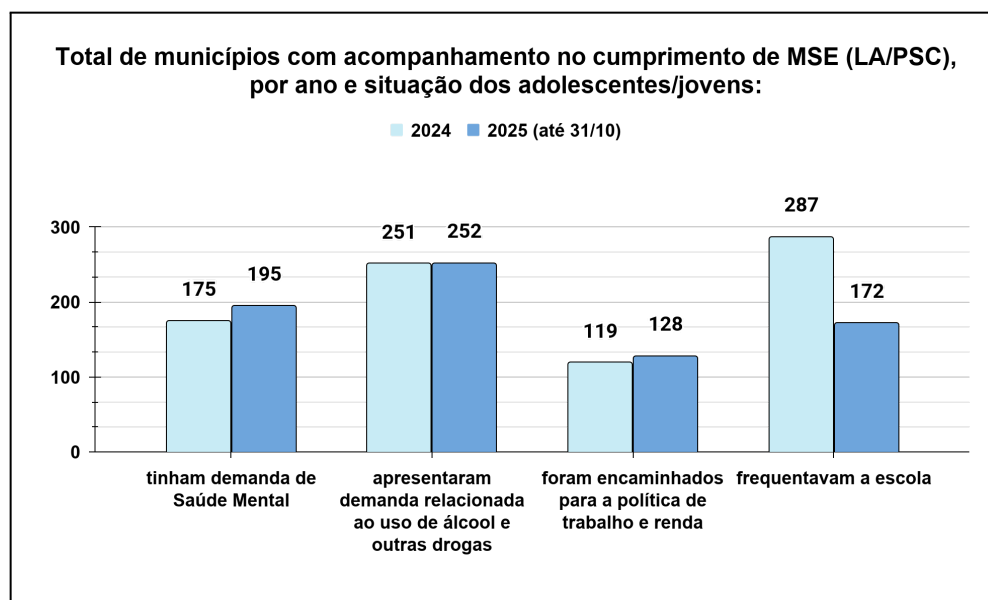


Gráfico 24- Total de adolescentes acompanhados em LA/PSC por ano e situação



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.
Base de 11/12/2025.

Gráfico 25 - Total de municípios com acompanhamento em LA/PSC por ano e situação dos adolescentes



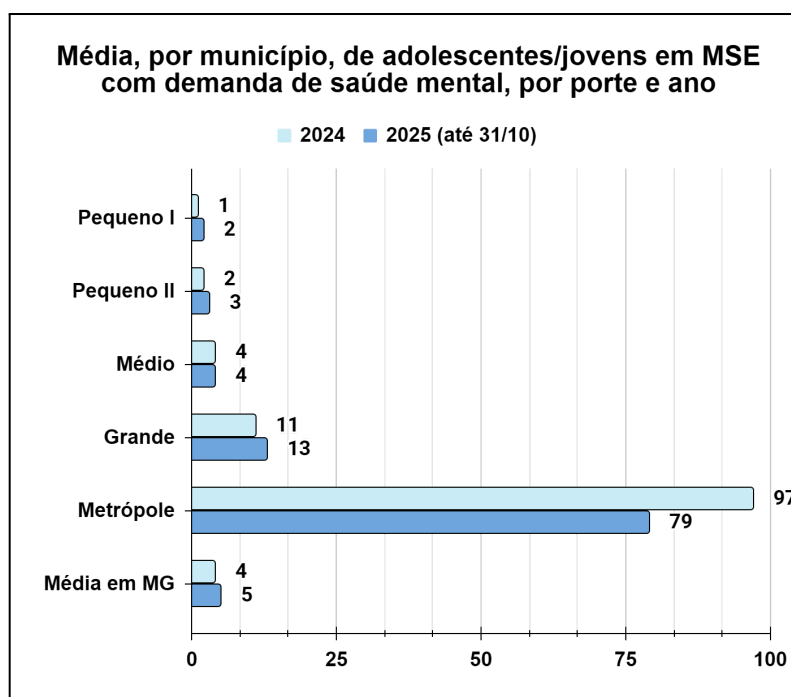
Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.
Base de 11/12/2025.



Em relação às demandas de saúde mental, verificou-se aumento tanto no número de municípios que identificaram adolescentes e jovens com necessidade de acompanhamento, quanto no número total de adolescentes acompanhados nessas situações. O quantitativo de municípios passou de 175 em 2024 para 195 em 2025 (crescimento aproximado de 11,4%), enquanto o número de adolescentes e de jovens identificados com demandas relacionadas à saúde mental passou de 690 para 805 no mesmo período (crescimento de 16,7%).

Os dados indicam não apenas maior identificação dessas demandas pelos municípios, mas também ampliação do acompanhamento individual realizado junto aos(as) adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Tal cenário pode estar relacionado à maior sensibilização das equipes, ao aprimoramento dos processos de identificação das demandas e à ampliação das ações de acompanhamento psicossocial nos territórios.

Gráfico 26 - Média, por município, de adolescentes em MSE com demanda de saúde mental, por porte e ano



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025.
Base de 11/12/2025.





No total, **93 municípios informaram ter conhecimento de adolescentes encaminhados para internação em comunidades terapêuticas, em clínicas, em fazendas ou em instituições congêneres.** Desses municípios, 68 pertencem à categoria PPI, 16 ao PPII, 6 são municípios de médio porte e 3 de grande porte. Os dados demonstram concentração significativa desses encaminhamentos em municípios de pequeno porte, cenário que pode estar relacionado à insuficiência de serviços especializados de saúde mental, à fragilidade da articulação com a RAPS e à limitada oferta de estratégias territoriais de cuidado em liberdade. A predominância de municípios menores também sugere maiores dificuldades na construção de alternativas comunitárias e intersetoriais de acompanhamento aos adolescentes em sofrimento psíquico e uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Esse achado evidencia um **importante ponto de atenção para o CEIMPA-MG, uma vez que sinaliza a persistência de encaminhamentos para dispositivos de caráter institucionalizante no contexto da atenção à saúde mental de adolescentes.** Essa realidade demanda monitoramento permanente, produção de informações qualificadas e articulação interinstitucional voltada ao fortalecimento de alternativas de cuidado em liberdade, em consonância com a [Resolução CNJ nº 487/2023](#) (Brasil, 2023), a [Lei nº 10.216/2001](#) (Brasil, 2001) e as diretrizes da RAPS.

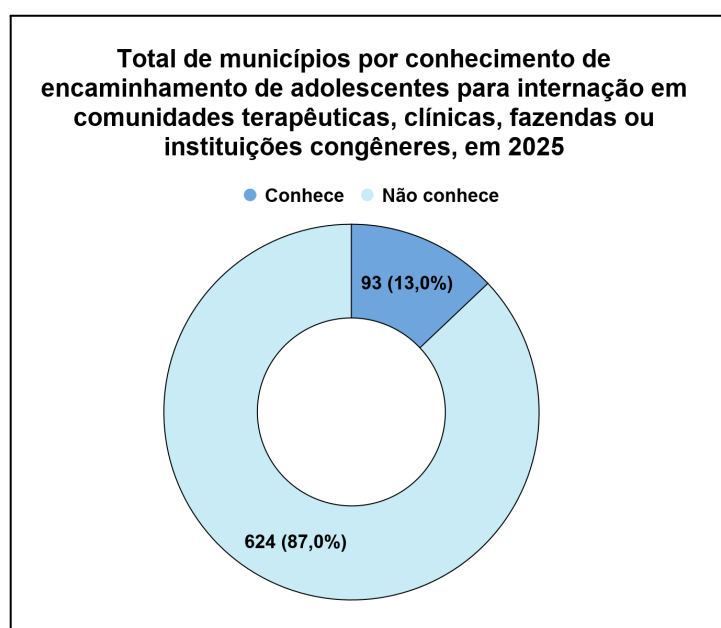
Destaca-se ainda que a [Resolução CNAS/MDS nº 151/2024](#) (Brasil, 2024) dispõe sobre o **não reconhecimento das comunidades terapêuticas e de entidades de cuidado de dependentes de álcool e outras drogas como entidades e organizações da assistência social.** Nesse sentido, reforça-se a importância da atuação das equipes do SUAS na sensibilização dos usuários e das famílias quanto à adesão aos serviços da RAPS e às estratégias de cuidado em liberdade.

Além disso, a [Resolução CONANDA nº 249/2024](#) (Brasil, 2024) estabelece diretrizes para proteção integral de crianças e de adolescentes em situação de uso de álcool e outras drogas e **veda o acolhimento ou institucionalização em comunidades terapêuticas,** reafirmando que o cuidado deve ocorrer em serviços públicos, comunitários, territoriais e orientados pela lógica da atenção psicossocial e da proteção integral. A normativa também reforça a necessidade de observância do princípio da excepcionalidade das medidas restritivas de liberdade e da preservação dos vínculos familiares e comunitários.



Nesse contexto, o cenário evidenciado pela pesquisa reforça a necessidade de fortalecimento do monitoramento institucional, da articulação intersetorial e da definição de fluxos de acompanhamento que assegurem proteção integral, continuidade do cuidado e respeito aos direitos dos adolescentes encaminhados para internação, em consonância com as diretrizes da política antimanicomial, da proteção integral e do cuidado em liberdade.

Gráfico 27 -Total de municípios que afirmaram conhecer casos de encaminhamento de adolescentes para comunidades terapêuticas, clínicas, fazendas ou congêneres



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Na pergunta aberta “Do público de MSE: quando há necessidade de acompanhamento em saúde mental, há articulação com a política de saúde mental?”, foram registradas 189 respostas provenientes de municípios, permitindo identificar desafios recorrentes na articulação entre socioeducação e saúde mental.

As respostas apontam que uma das principais dificuldades identificadas refere-se à baixa adesão dos adolescentes e dos jovens ao acompanhamento em saúde mental, especialmente entre aqueles com uso prejudicial de álcool e de outras drogas. Foram mencionadas situações de abandono do tratamento, de faltas frequentes, de resistência ao cuidado e de fragilidade dos vínculos familiares e comunitários.





Outro aspecto recorrente refere-se à fragilidade da rede de saúde mental nos municípios, marcada pela insuficiência de serviços especializados, pela ausência de CAPSi e de CAPS AD em diversos territórios e pela escassez de profissionais e longas filas de espera. Em muitos casos, os atendimentos ocorrem de forma fragmentada, sem continuidade adequada do cuidado, exigindo deslocamentos para outros municípios e contribuindo para evasão e descontinuidade do acompanhamento.

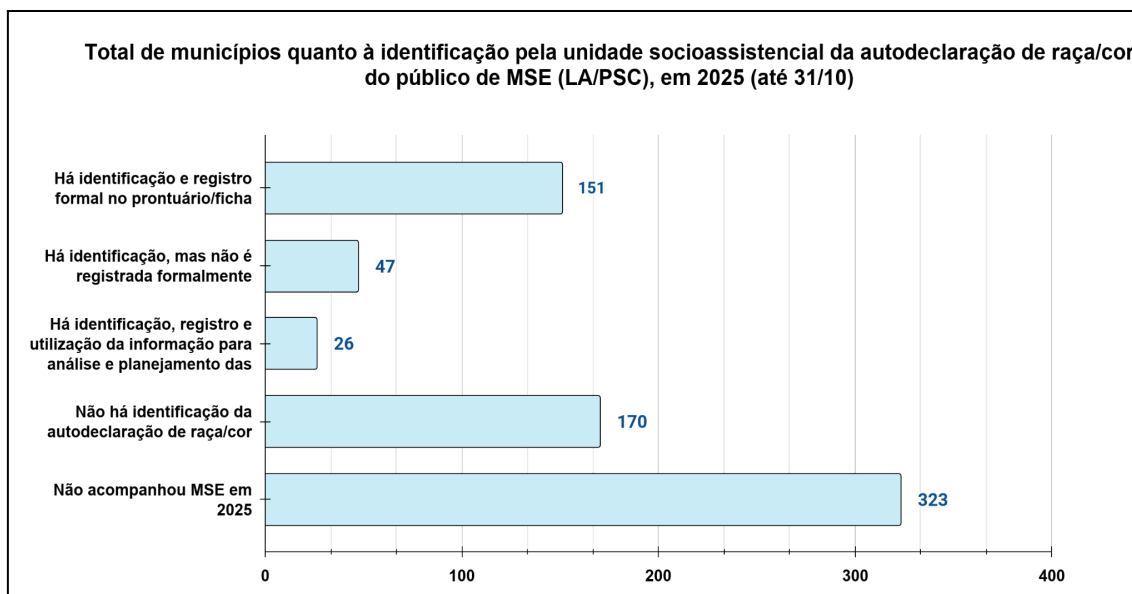
As respostas também evidenciam limitações na articulação intersetorial entre socioeducação, assistência social e saúde mental, reforçando a necessidade de fortalecimento da rede de proteção, de ampliação do investimento público, de qualificação das equipes e de construção de estratégias de cuidado mais acessíveis e mais territorializadas para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

3.4.1. Perfil das pessoas adolescentes em cumprimento de MSE de meio aberto em MG

Dos 717 municípios que responderam à pesquisa, 170 (24%) informaram não realizar a identificação de raça/cor dos adolescentes e jovens acompanhados nas medidas socioeducativas em meio aberto, evidenciando importante lacuna na produção e na qualificação dos dados étnico-raciais. Essas informações são fundamentais para o monitoramento da equidade no atendimento e para o aprimoramento das políticas públicas voltadas a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas. A ausência desse recorte dificulta análises relacionadas às desigualdades raciais, à incidência das medidas socioeducativas sobre determinados grupos populacionais e à formulação de ações afirmativas e estratégias específicas de proteção social.



Gráfico 28 - Total de municípios quanto à identificação pela unidade socioassistencial da autodeclaração de raça/cor do público de MSE (LA/PSC) em 2025



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

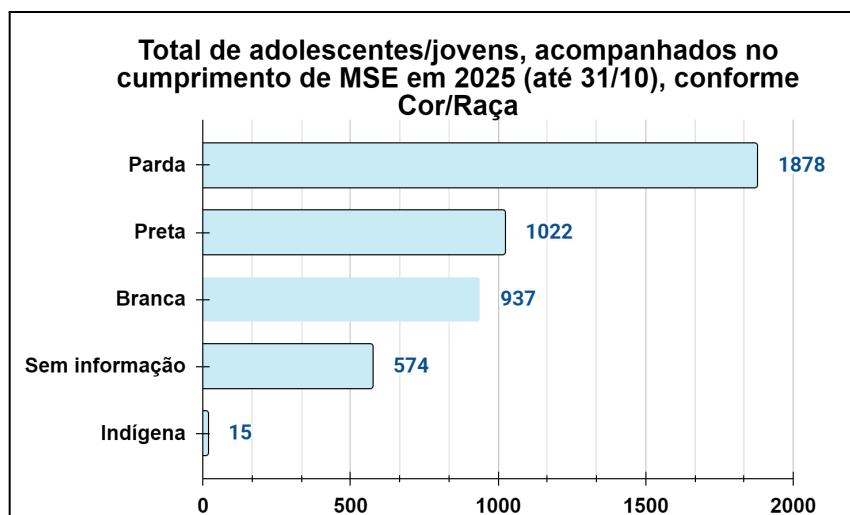
Entre os(as) adolescentes e os(as) jovens acompanhados(as), foram identificados 2.900 adolescentes e jovens negros(as), considerando as informações registradas pelas unidades socioassistenciais acerca da autodeclaração de raça/cor dos(as) adolescentes e dos(as) jovens acompanhados(as).

Os dados evidenciam a expressiva incidência das medidas socioeducativas sobre a população negra, reafirmando desigualdades raciais historicamente presentes no acesso a direitos e na seletividade dos sistemas de controle social.

Embora o número de adolescentes indígenas identificados seja reduzido, destaca-se a necessidade de atenção específica a esse público, considerando a importância da preservação da identidade cultural e da observância das normativas de proteção diferenciada previstas na legislação brasileira.



Gráfico 29 - Total de adolescentes/jovens acompanhamentos em MSE em 2025 por cor/raça



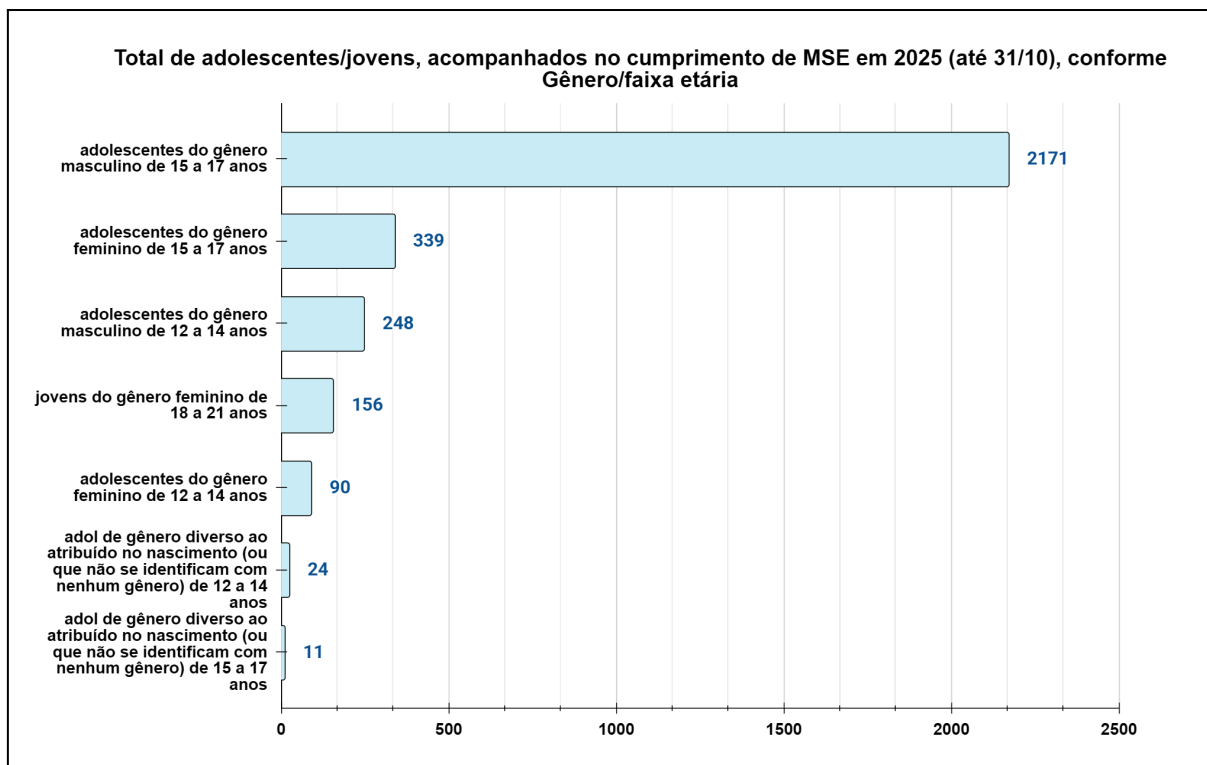
Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Em relação ao gênero e à faixa etária, a equipe técnica informou que, a partir dos registros de atendimento consolidados pela SEDESE-MG, observa-se uma predominância de adolescentes do gênero masculino, que representam 2.419 jovens (79,60%) do público mapeado. Essa concentração é ainda mais marcante na faixa etária entre 15 e 17 anos, que reúne sozinha 2.171 adolescentes e jovens (71,44%) do total geral de acompanhados nas medidas socioeducativas.

Os dados reforçam a necessidade de análises que considerem as dimensões de gênero presentes nas trajetórias de adolescentes em conflito com a lei e nos processos de inserção em contextos de violências e vulnerabilidades sociais.



Gráfico 30 - Total de adolescentes/jovens acompanhamentos em MSE em 2025 por gênero e faixa etária



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Em 2025, foram registrados 32 adolescentes (1,05%) vinculados ao Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM) em relação ao total de jovens mapeados, enquanto 19 adolescentes e jovens (0,63%) acompanhados em medidas socioeducativas foram vítimas de homicídio.

Ainda que numericamente reduzidas, essas ocorrências evidenciam a gravidade das situações vivenciadas por parte dos adolescentes acompanhados pelo sistema socioeducativo. **A necessidade de inclusão no PPCAAM demonstra a existência de risco concreto e iminente à vida, enquanto os homicídios registrados revelam a incapacidade das políticas públicas e da rede de proteção em interromper trajetórias marcadas pela violência.**

Esses dados reforçam que a prática do ato infracional frequentemente está inserida em contextos de elevada vulnerabilidade social, de exposição à violência e de





violações de direitos, evidenciando que a socioeducação não se limita à responsabilização pelo ato praticado, mas também assume importante dimensão protetiva. Nesse contexto, o fortalecimento da atuação intersetorial mostra-se indispensável para reduzir os fatores de risco, para assegurar proteção integral e para ampliar as oportunidades de construção de novos projetos de vida para esses(as) adolescentes e esses(as) jovens.

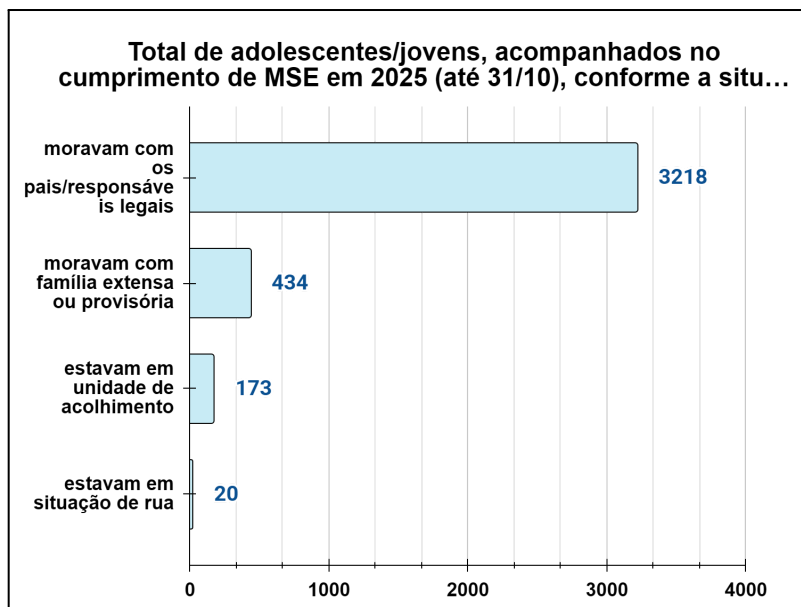
Os dados relacionados à composição familiar demonstram que a maioria dos adolescentes e dos jovens acompanhados reside com pais ou com responsáveis legais, reforçando a importância do fortalecimento dos vínculos familiares no âmbito das medidas socioeducativas em meio aberto. Nesse contexto, evidencia-se a relevância do acompanhamento sistemático das famílias pelos serviços da PSE, especialmente pelo PAEFI, considerando o papel da família na construção de estratégias de proteção, acompanhamento e redução da reincidência.

Destaca-se ainda que a [Portaria Conjunta nº 1, de 21 de novembro de 2022](#) (Brasil, 2022), prevê o acompanhamento das famílias de adolescentes em cumprimento de medidas em meio fechado pelo PAEFI, no âmbito do CREAS ou das equipes de referência da Proteção Social Especial. Entretanto, o presente diagnóstico não contemplou a avaliação da efetiva implementação desse acompanhamento nos municípios, evidenciando a necessidade de aprofundar essa análise em estudos futuros, a fim de verificar o grau de cumprimento dessa diretriz e sua contribuição para o fortalecimento dos vínculos familiares e da articulação entre o sistema socioeducativo e a política de assistência social.

A pesquisa identificou também **173 adolescentes e jovens vivendo em unidades de acolhimento institucional.** Trata-se de grupo em situação de elevada vulnerabilidade social e afetiva, especialmente diante da fragilidade dos vínculos familiares e comunitários e das dificuldades relacionadas à construção de projetos de vida e suporte social no processo de transição para a vida adulta. Esse cenário evidencia a **necessidade de fortalecimento de estratégias intersetoriais que assegurem a continuidade da proteção social após a maioridade, favorecendo a construção de autonomia, a inclusão social e a manutenção de redes de apoio,** de modo a evitar rupturas abruptas no acompanhamento desses jovens.



Gráfico 31 - Total de adolescentes/jovens, acompanhados no cumprimento de MSE em 2025, conforme situação de moradia

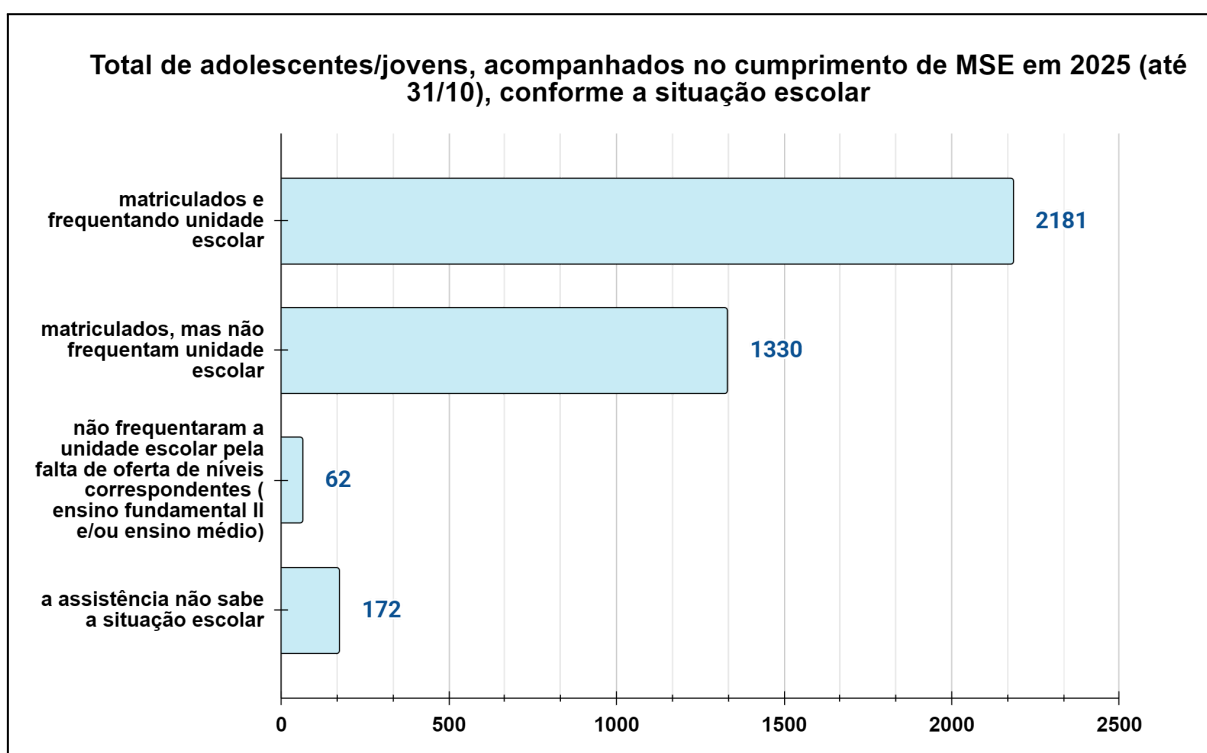


Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Em relação à escolarização, os dados evidenciam importantes desafios para a garantia do direito à educação dos adolescentes e dos jovens acompanhados nas medidas socioeducativas. **Embora 2.181 adolescentes estejam matriculados e frequentando regularmente a escola, 1.330 encontram-se matriculados, mas não frequentam a unidade escolar, indicando que parcela significativa dos adolescentes inseridos no sistema educacional não consegue manter vínculo efetivo com a escola.**



Gráfico 32 - Total de adolescentes/jovens em MSE em 2025, conforme situação escolar



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Os dados sugerem fragilidades tanto na capacidade de acolhimento e permanência das instituições escolares quanto nas estratégias de acompanhamento intersetorial desenvolvidas pelas equipes responsáveis pelas medidas socioeducativas.

Além disso, **65 adolescentes informaram não frequentar a escola em razão da ausência de oferta compatível com sua etapa de ensino**, situação que pode estar associada especialmente aos municípios de pequeno porte, onde há menor disponibilidade de Educação de Jovens e Adultos (EJA) e de ensino médio noturno, configurando situação de violação do direito por ausência de oferta pública de caráter universal.

Outro dado relevante refere-se aos **172 casos em que os serviços socioassistenciais informaram desconhecer a situação escolar do adolescente ou jovem acompanhado**. Somado aos dados de evasão e infrequência escolar, esse cenário evidencia fragilidades no acompanhamento técnico e intersetorial realizado pelas equipes das medidas socioeducativas,





podendo indicar limitações relacionadas ao número de profissionais, às condições de trabalho e à articulação entre assistência social e educação.

Considerando que a educação constitui importante fator de proteção, de promoção da saúde mental e de construção de projetos de vida, os dados sobre escolarização de adolescentes aqui apresentados demandam especial atenção do CEIMPA-MG, reforçando a necessidade de fortalecer a articulação entre as políticas de educação, de saúde, de assistência social e de socioeducação, de modo a favorecer a permanência e o acompanhamento escolar dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Os dados apresentados nesta seção evidenciam que o perfil dos(as) adolescentes e dos(as) jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto está fortemente associado a contextos de vulnerabilidade social, desigualdades raciais, fragilização de vínculos e limitações no acesso a direitos. A análise também revela **fragilidades na produção e na qualificação das informações pelos municípios, especialmente quanto ao registro da variável raça/cor, comprometendo o monitoramento das desigualdades raciais e a formulação de estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades que atravessam esse público.** Os achados reforçam, portanto, a necessidade de abordagens interseccionais que considerem, de forma integrada, fatores relacionados à raça, ao gênero, à idade, ao território e a demais condições de vulnerabilidade.

O conjunto das informações demonstra ainda que o fortalecimento dos vínculos familiares, embora fundamental, não é suficiente para enfrentar os múltiplos fatores de risco que incidem sobre a trajetória desses(as) adolescentes e desses(as) jovens. Merece especial atenção o fato de que, em 2025, **32 adolescentes estavam vinculados ao Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM) e 19 adolescentes e jovens acompanhados em medidas socioeducativas foram vítimas de homicídio,** evidenciando a elevada exposição desse público a situações extremas de violência e de risco à vida.

Esses achados reforçam a necessidade de qualificar a atuação intersetorial entre assistência social, educação, saúde, cultura, esporte, trabalho e renda, fortalecendo ações preventivas e estratégias de proteção social capazes de promover direitos, reduzir





vulnerabilidades e ampliar as oportunidades de inclusão social e de construção de projetos de vida.

3.4.2. MSE e demais serviços da Assistência Social

A articulação entre o SGD e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) constitui elemento fundamental para efetividade das medidas socioeducativas em meio aberto.

Para que a medida judicial cumpra sua função pedagógica e protetiva, é necessário que o acompanhamento dos adolescentes e jovens esteja integrado a uma rede de proteção social capaz de garantir acesso a direitos, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e enfrentamento das situações de vulnerabilidade social.

Nesse contexto, a análise da oferta de serviços socioassistenciais vinculados ao acompanhamento das medidas socioeducativas permite compreender o grau de intersetorialidade e a capacidade de resposta da rede municipal de proteção social. A disponibilidade de serviços como PAIF, PAEFI e SCFV possui papel relevante na mitigação de vulnerabilidades, no fortalecimento da função protetiva das famílias e na construção de estratégias de prevenção que podem contribuir para a não reiteração da prática infracional.

O primeiro indicador demonstra que a maior parte dos municípios opera com estrutura socioassistencial ainda limitada em termos de diversificação dos serviços ofertados ao público em cumprimento de medidas socioeducativas. Observa-se que 53,2% (107 municípios) ofertam entre 2 e 3 serviços vinculados ao atendimento desse público. Somado a esse grupo, os municípios que ofertam apenas um serviço correspondem a 31,3% (63 municípios), totalizando aproximadamente 84,5% da amostra.

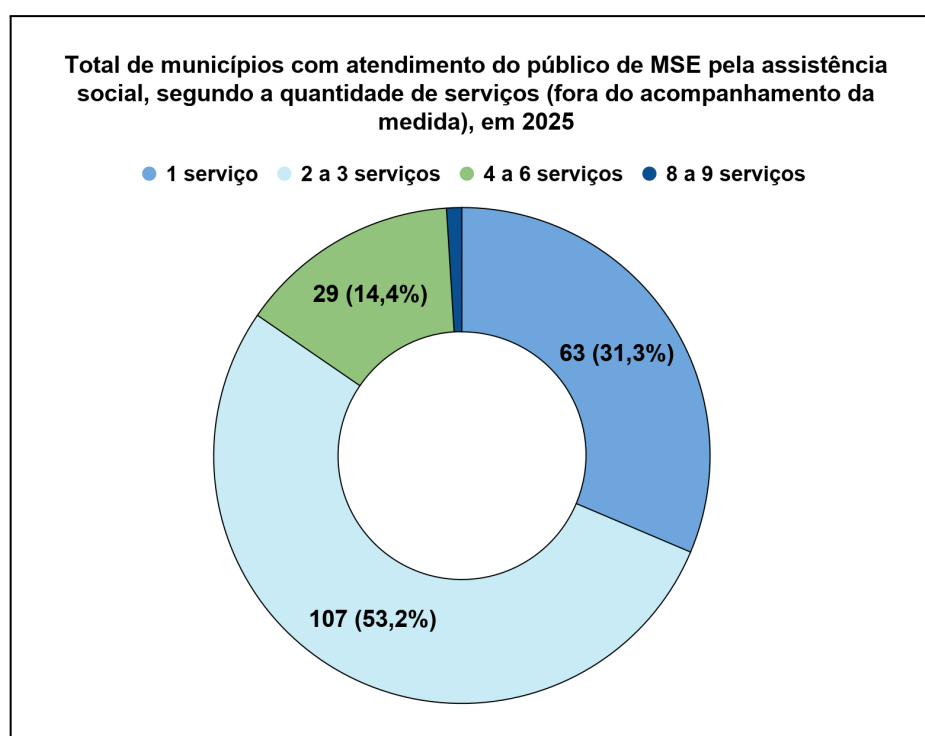
Em contrapartida, municípios com redes de atendimento mais diversificadas e complexas representam parcela reduzida do total analisado. Os municípios que ofertam entre 4 e 6 serviços correspondem a 14,4% (29 municípios), enquanto apenas 1% da amostra apresenta maior diversidade assistencial.

Os dados evidenciam diferenças importantes na capacidade municipal de organização da rede socioassistencial voltada às medidas socioeducativas. A concentração da oferta em número reduzido de serviços pode refletir limitações relacionadas à capacidade técnica, infraestrutura, financiamento e disponibilidade de equipes especializadas, além de



indicar dificuldades para consolidação de estratégias intersetoriais e atendimento integral aos adolescentes e suas famílias.

Gráfico 33 - Total de municípios com atendimento de MSE pela assistência social, segundo quantidade de serviços (fora do acompanhamento da medida), em 2025



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Verifica-se concentração acentuada em serviços de proteção social básica e especial de média complexidade, evidenciado quais são as portas de entrada e os principais suportes para esse público no âmbito do SUAS. Os serviços com maior capilaridade territorial são o PAIF (145 municípios), o PAEFI (122 municípios) e o SCFV (113 municípios). A predominância desses serviços evidencia centralidade do acompanhamento familiar e comunitário no atendimento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, reforçando o papel protetivo da assistência social no fortalecimento de vínculos e no acesso a direitos.

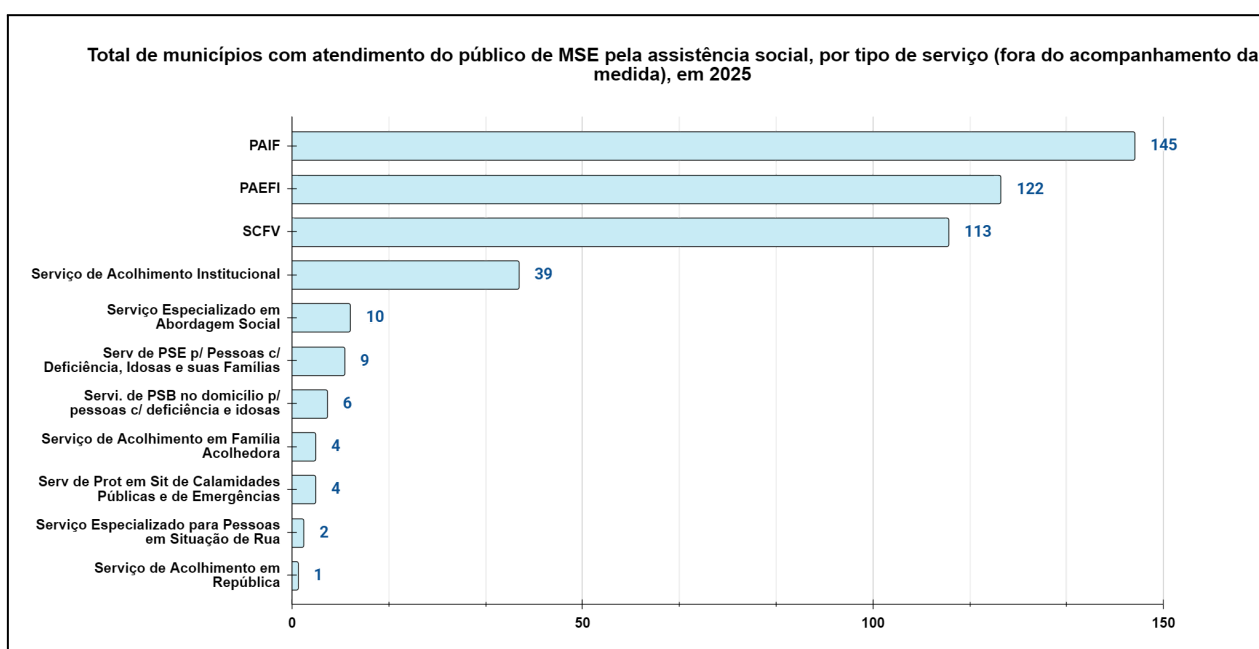
Por outro lado, observa-se baixa presença de serviços mais especializados ou de alta complexidade. O acolhimento institucional aparece em apenas 39 municípios, enquanto



serviços destinados a públicos em situações de extrema vulnerabilidade, como o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (2 municípios) e o acolhimento em República (1 município), apresentam presença residual.

Esse cenário sugere limitações importantes da rede socioassistencial para responder a situações mais complexas envolvendo adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, especialmente nos casos marcados por rompimento de vínculos familiares, desabrigo, violência extrema ou ausência de suporte comunitário.

Gráfico 34 - Total de municípios com atendimento de MSE pela assistência, por tipo de serviço (fora do acompanhamento de MSE) em 2025



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

A análise integrada dos dados permite identificar que a assistência social voltada ao público em cumprimento de medidas socioeducativas permanece fortemente concentrada em estratégias de acompanhamento familiar e comunitário. Embora essa base seja fundamental, os dados também indicam a necessidade de ampliação, de diversificação e de especialização da rede de serviços, incluindo estratégias de fortalecimento institucional, de fomento estatal e de financiamento adequado, de modo a possibilitar





respostas mais qualificadas às múltiplas vulnerabilidades que atravessam as trajetórias dos(as) adolescentes e dos(as) jovens acompanhados.

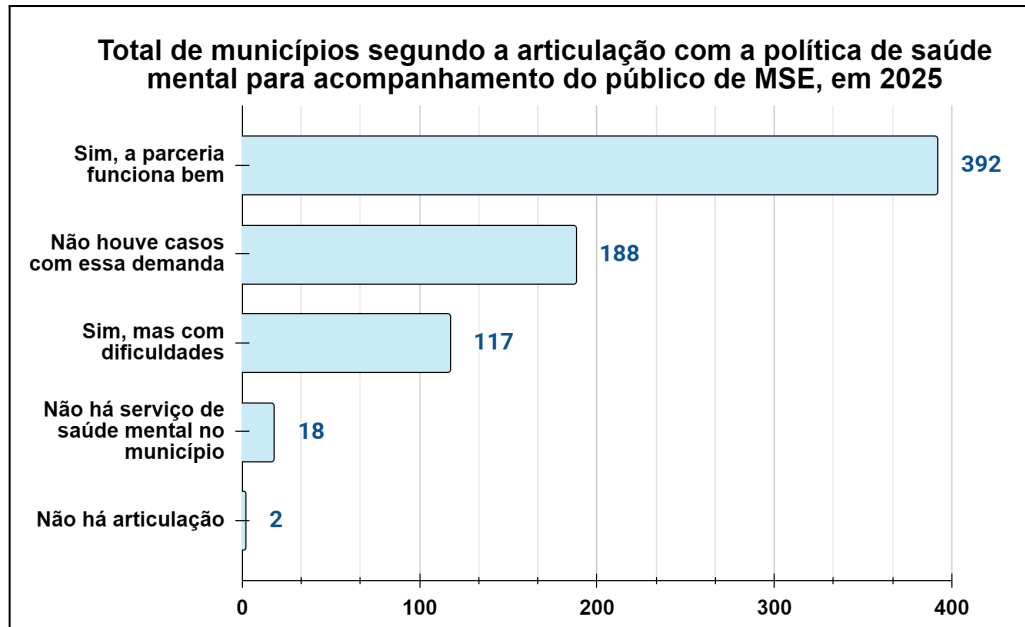
3.4.3. MSE e Articulação Intersetorial

A articulação intersetorial constitui elemento central para a efetividade das medidas socioeducativas em meio aberto, especialmente diante da complexidade das demandas apresentadas pelos(as) adolescentes e pelos(as) jovens acompanhados(as). Os dados levantados evidenciam avanços na integração entre políticas públicas, mas também demonstram fragilidades importantes relacionadas ao acesso, à continuidade do cuidado e à capacidade de articulação das redes municipais.

No campo da saúde mental, 117 municípios informaram que a parceria com os serviços da política de saúde mental funciona, porém apresentam dificuldades na articulação entre os serviços. Os relatos indicam que essas fragilidades impactam diretamente a efetividade do acompanhamento dos(as) adolescentes e dos(as) jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, dificultando o acesso a atendimentos especializados, a construção de intervenções compartilhadas e a integração entre as equipes responsáveis pelo cuidado.



Gráfico 35 - Total de municípios segundo a articulação com a política de saúde mental para acompanhamento do público de LA/PSE em 2025



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

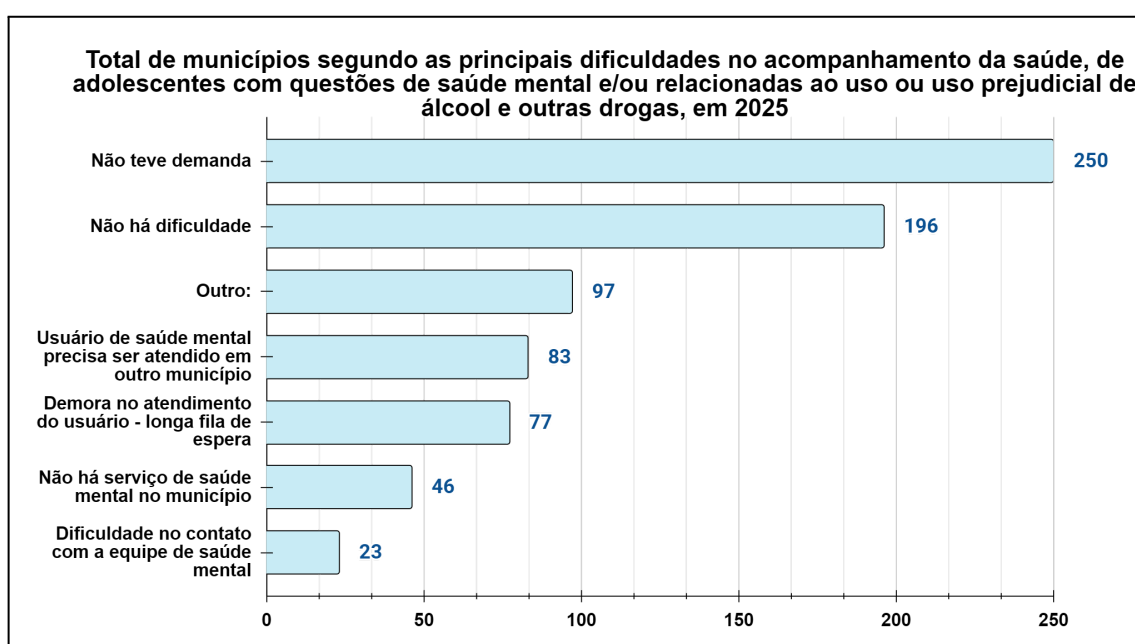
Quanto às principais dificuldades, a opção “Outros” foi a mais marcada pelos municípios, mas, em vez de se referir aos serviços em si, o foco principal recaiu sobre o usuário. Entre os principais fatores relatados estão a recusa ou o desinteresse de adolescentes em participar, a interrupção do acompanhamento, a falta de compreensão sobre a importância do cuidado, a resistência familiar e mudanças de endereço. Em muitos municípios de pequeno porte, a ausência de CAPS ou a indisponibilidade de profissionais especializados também limita a adequação do serviço às necessidades do público.

Embora esses elementos evidenciem desafios importantes para a vinculação dos(as) adolescentes aos serviços, é necessário reconhecer que as dificuldades de adesão não podem ser compreendidas exclusivamente como características dos usuários. Em muitos casos, refletem também desafios relacionados à capacidade institucional da rede para promover acolhimento, construção de vínculo, manejo das situações de maior complexidade e oferta de intervenções compatíveis com as necessidades e singularidades dos(as) adolescentes e de suas famílias.



Os dados demonstram que, mesmo quando há disponibilidade de serviços, o engajamento contínuo dos(as) adolescentes permanece como desafio relevante para a efetividade das ações de cuidado em saúde mental. Tal cenário reforça a necessidade de fortalecimento de estratégias de vinculação, de busca ativa, de acompanhamento familiar e de articulação intersetorial.

Gráfico 36 - Total de municípios segundo as principais dificuldades no acompanhamento em saúde mental de adolescentes em cumprimento de MSE



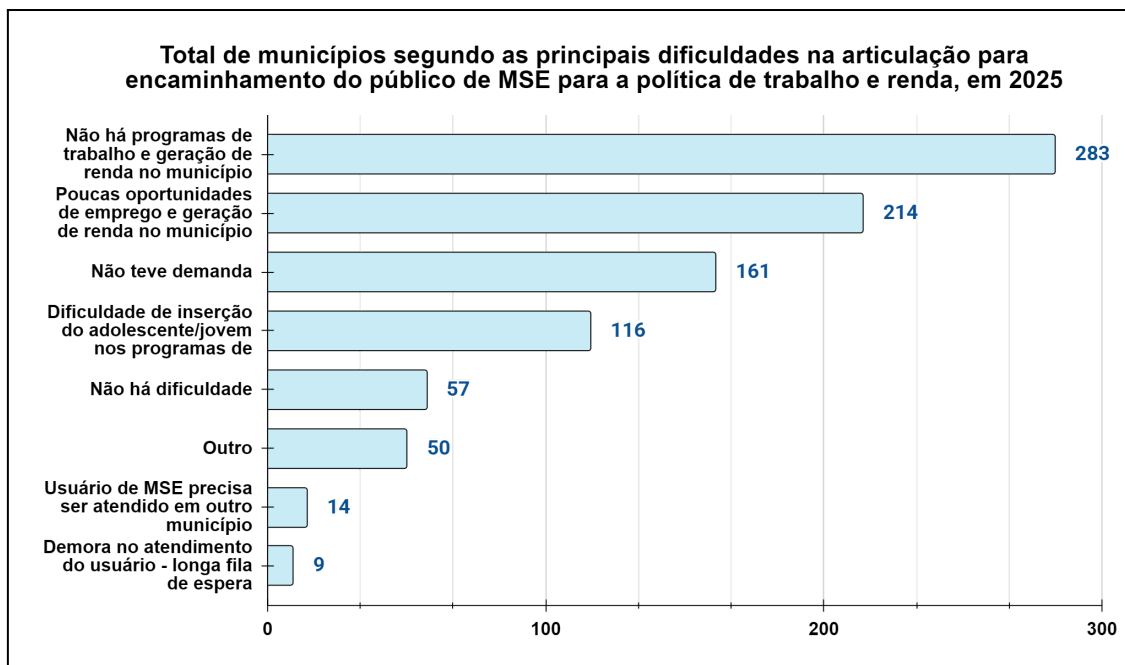
Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

No âmbito da articulação com as políticas de trabalho e de renda, a principal dificuldade apontada refere-se à escassez de programas e de oportunidades voltadas à inserção produtiva dos(as) adolescentes e dos(as) jovens em cumprimento de medidas socioeducativas. Essa situação foi identificada em 283 municípios.

Os dados evidenciam limitações importantes na construção de estratégias intersetoriais voltadas à inclusão social e econômica desse público, especialmente no que se refere à qualificação profissional, à geração de renda e ao acesso ao mundo do trabalho.



Gráfico 37 - Total de municípios segundo as dificuldades na articulação para encaminhamento de adolescentes para política de trabalho e renda



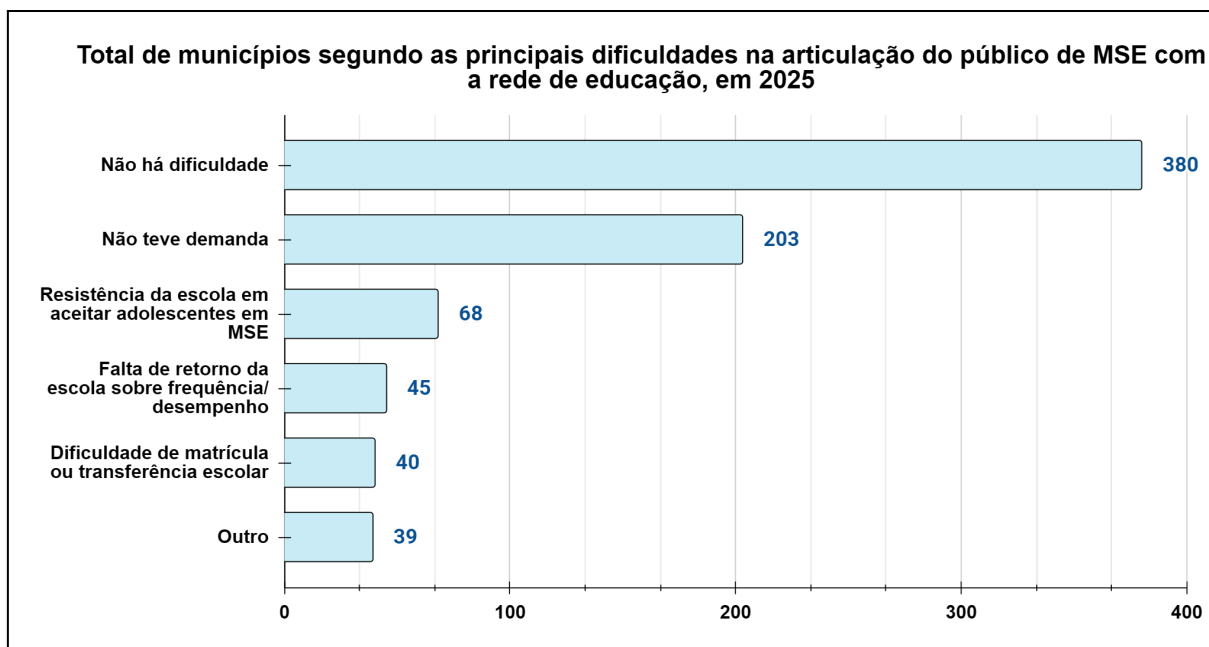
Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

Em relação à política de educação, os municípios apontaram como principal dificuldade a resistência das escolas em acolher adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas. Os relatos mencionam obstáculos relacionados à matrícula, à permanência escolar, ao acompanhamento pedagógico e à adaptação das estratégias educacionais às necessidades específicas desse público.

Esse cenário compromete a efetividade das medidas socioeducativas e reforça a necessidade de fortalecimento da articulação entre assistência social, educação e sistema de justiça, bem como da construção de estratégias de sensibilização e de formação das equipes escolares, para garantia do direito à educação dos adolescentes acompanhados.



Gráfico 38 - Total de municípios segundo as principais dificuldades na articulação do público de MSE com a rede de educação



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.

A política de Direitos Humanos foi a área em que os municípios mais informaram ausência de articulação institucional, totalizando 79 municípios. Os dados evidenciam fragilidades importantes na integração entre as medidas socioeducativas e os serviços voltados à promoção e à proteção de direitos humanos.

A ausência dessa articulação pode comprometer ações relacionadas à prevenção de violações de direitos, à proteção de grupos vulnerabilizados, à promoção da cidadania e ao acompanhamento de situações de violência e discriminação. O cenário reforça a necessidade de fortalecimento da cooperação intersetorial, de construção de fluxos de atendimento e de incorporação das perspectivas de direitos humanos nas práticas socioeducativas desenvolvidas nos municípios.

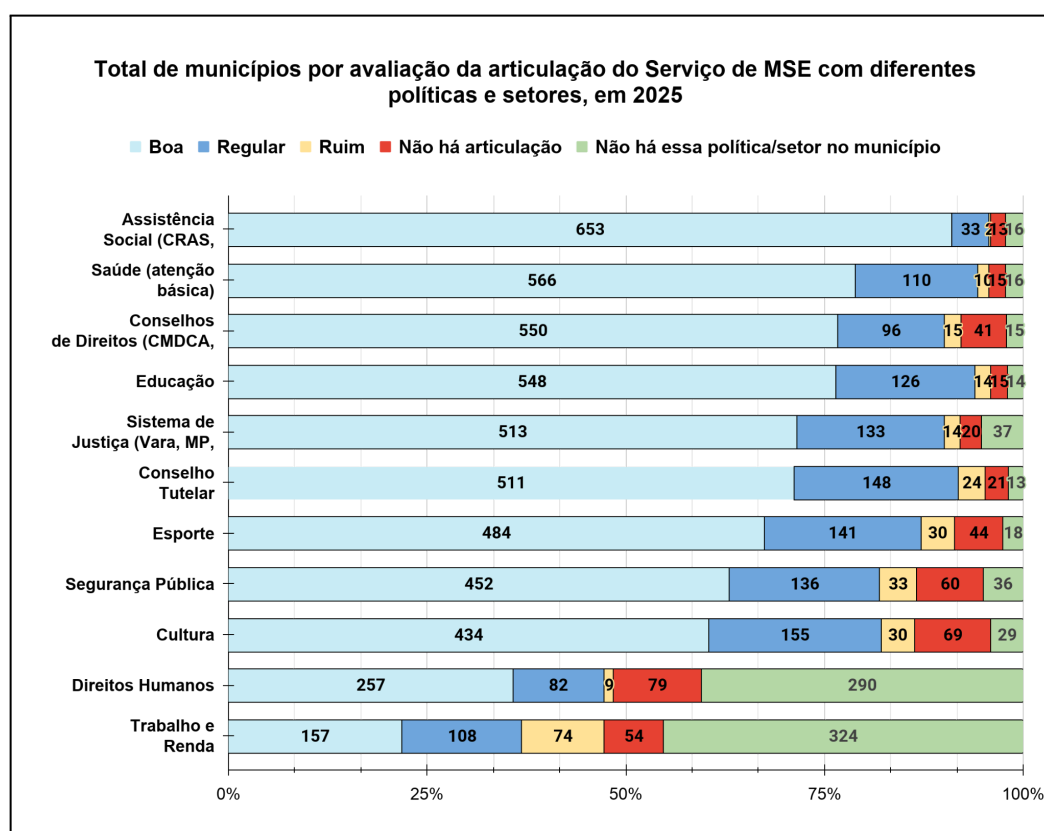
Os desafios relacionados à articulação intersetorial tendem a ser ainda mais complexos nos casos de adolescentes que acumulam múltiplas situações de vulnerabilidade, como rompimento de vínculos familiares, acolhimento institucional ou familiar, trajetória de vida nas ruas, sofrimento psíquico e histórico de violações de direitos. Nessas situações,



torna-se imprescindível a atuação integrada entre as políticas de assistência social, de saúde, de educação, de trabalho e de renda, bem como dos demais órgãos do SGD, de modo a viabilizar estratégias compartilhadas de cuidado, de proteção integral e de promoção da convivência familiar e comunitária.

Esse cenário evidencia a necessidade de qualificar os processos de articulação intersetorial, fortalecer a capacidade de resposta das redes locais e investir na formação permanente das equipes, de modo a ampliar a construção de intervenções integradas e territorializadas, compatíveis com a complexidade das trajetórias vivenciadas por esses(as) adolescentes e suas famílias.

Gráfico 39 - Total de municípios por avaliação da articulação do Serviço de MSE com diferentes políticas e setores em 2025



Fonte: Sedese/MG. Levantamento Estadual de MSE em Meio Aberto – Minas Gerais 2025. Base de 11/12/2025.





A pesquisa foi respondida majoritariamente por secretários(as) municipais de assistência social ou gestores adjuntos, totalizando 297 municípios, o que corresponde a aproximadamente 41% dos 717 municípios participantes. Esse dado demonstra que as informações apresentadas refletem principalmente a perspectiva da gestão municipal da assistência social, especialmente no que se refere à organização dos serviços, à articulação intersetorial e à implementação das medidas socioeducativas em meio aberto.

Na pergunta aberta “Deseja acrescentar observações gerais sobre a execução das MSE em meio aberto no município?”, foram registradas 140 respostas, permitindo identificar desafios recorrentes relacionados à implementação das medidas socioeducativas em Minas Gerais.

Os relatos evidenciam que muitos municípios, especialmente os de pequeno porte, apresentam baixa ou inexistente demanda recente de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Em diversos casos, foram mencionadas fragilidades na comunicação com o sistema de justiça, ausência de encaminhamentos formais e dificuldades na identificação e no acompanhamento dos adolescentes.

Também foram apontadas fragilidades estruturais importantes, como ausência de equipes exclusivas, insuficiência de capacitação continuada, limitação de recursos financeiros e reduzida oferta de políticas públicas voltadas ao público adolescente e jovem. Os municípios destacaram ainda dificuldades relacionadas à articulação intersetorial, à oferta de oportunidades nas áreas de educação, esporte, cultura, trabalho e renda e à escassez de espaços e de instituições parceiras para a execução das medidas socioeducativas.

Por fim, os relatos evidenciam desafios relacionados à adesão dos adolescentes ao acompanhamento, ao envolvimento familiar e à efetivação das medidas socioeducativas, incluindo situações de descumprimento e de ausência de retorno do sistema de justiça. Apesar disso, também foram registradas experiências positivas de articulação em rede e iniciativas locais de prevenção e acompanhamento territorial, ainda que insuficientes para a consolidação plena da política socioeducativa em meio aberto.





Capítulo 4

DIAGNÓSTICO DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO





4. DIAGNÓSTICO DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

4.1. Perfil de adolescentes nas medidas privativas e restritivas de liberdade com sofrimento psíquico e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas

Atualmente, o sistema socioeducativo de Minas Gerais é composto por 43 unidades socioeducativas, contudo, em relação ao período da extração dos dados abaixo, as informações referem-se a 40 unidades. Na ocasião, o Centro de Internação Provisória Dom Bosco (CEIP Dom Bosco) estava com as atividades temporariamente suspensas para realização de obras e a Casa de Semiliberdade de Itabira (CSL Itabira), Casa de Semiliberdade de Montes Claros (CSLMOC) e o Centro Socioeducativo de Alfenas (CSE Alfenas) ainda não havia sido inaugurados. Nesse decurso de tempo, o CSE Sete Lagoas, que participou do diagnóstico, teve as atividades encerradas.

Os dados deste tópico são referentes a adolescentes que constavam nas planilhas de saúde mental enviadas mensalmente pelas unidades socioeducativas de todo o estado de Minas Gerais à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS/SUASE). Os(as) adolescentes desta amostra constam nas planilhas referentes aos meses de **abril, maio e junho do ano de 2025**. O resultado final corresponde a 525 registros e uma amostra de 472 adolescentes únicos - ou seja, excluindo-se a repetição de nomes no caso de mais de uma passagem. Dessa forma, foram identificados 50 adolescentes com mais de um registro. Esses 50 indivíduos geraram 53 registros duplicados, pois alguns aparecem três vezes ou mais. Para fins de análise, **todos os dados quantitativos foram mensurados com base em informações de 472 adolescentes**, considerando-se sempre a primeira data em que o(a) adolescente foi citado(a).

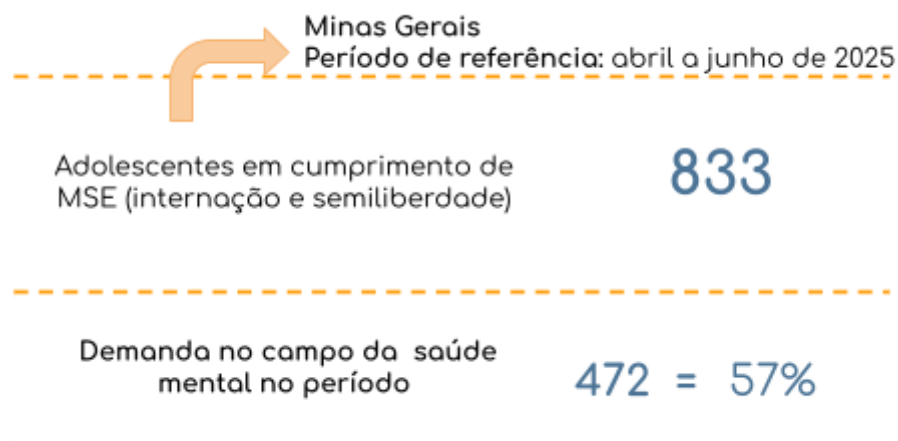
Considerando que, no mesmo período, a média de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no estado foi de 833,81, conforme consta no Sistema Painel SUASE³, observa-se que **os(as) 472 adolescentes identificados(as) nas planilhas de saúde mental representam aproximadamente 57% desse total, ou seja, mais da metade de todos os(as)**

³ Painel SUASE é a ferramenta web utilizada para a coleta, o armazenamento, o processamento e a gestão dos dados gerados pelas Unidades Socioeducativas no Estado de Minas Gerais, sendo possível cadastrar os(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, bem como o registrar os atendimentos prestados e as atividades realizadas, compondo, assim, a base de dados que viabiliza a realização de consultas, de extração, de monitoramento e de análise das informações.





adolescentes atendidos(as) pelo sistema no período avaliado, evidenciando que o cuidado em saúde mental não se refere a um grupo residual, mas a um contingente expressivo de adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa.



A proporção observada indica que as demandas de saúde mental não se restringem a casos pontuais ou excepcionais no sistema socioeducativo. Ao contrário, os dados sugerem que **o sofrimento psíquico e/ou o uso prejudicial de álcool e de outras drogas constituem dimensões amplamente presentes entre os(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, configurando-se como um elemento estrutural do atendimento a ser ofertado nas unidades.**

É importante destacar que a planilha de saúde mental reúne adolescentes em diferentes níveis de acompanhamento na RAPS, abrangendo desde casos estabilizados, acompanhados na atenção básica, até situações de maior complexidade clínica, atendidas em serviços especializados. Assim, os dados apresentados não se restringem a quadros agudos, mas refletem a diversidade de demandas de saúde mental presentes no sistema socioeducativo. Além do estudo sociodemográfico, serão incorporados à análise dados referentes ao local de referência de atendimento na rede de saúde e ao uso de medicação psicotrópica.

Para composição dos dados apresentados a seguir, a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS/SUASE) compilou informações de todos(as) os(as) adolescentes que aparecem nas





planilhas enviadas pelas unidades socioeducativas referentes aos meses de abril a junho de 2025. Posteriormente, a Diretoria de Monitoramento Socioeducativo da Superintendência de Gestão Estratégica do Sistema Socioeducativo da Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo (DMS/SGES/SUASE) realizou a extração dos dados solicitados por meio do Painel SUASE, instrumento oficial de monitoramento da política socioeducativa em Minas Gerais, alimentado pelas próprias unidades socioeducativas.

A caracterização sociodemográfica dos(das) adolescentes da amostra evidencia um perfil relativamente homogêneo em alguns aspectos estruturais, especialmente no que se refere à gênero, à identidade de gênero e à raça/cor, além de concentração etária nas fases finais da adolescência. **Do total de 472 adolescentes considerados na análise, observa-se que 50,2% (237) encontram-se na faixa etária de 16 a 17 anos, constituindo a maioria da amostra.** Em seguida, 34,5% (163) possuem 18 anos ou mais, enquanto 15,3% (72) estão na faixa de 12 a 15 anos. Esses dados indicam que a maior parte dos(das) adolescentes/jovens atendidos nas unidades socioeducativas situa-se nas idades mais avançadas da adolescência.

No que se refere ao gênero, observa-se predominância de adolescentes do gênero masculino, que correspondem a 92,4% (436) da amostra, enquanto 7,6% (36) são do gênero feminino. Esse dado reflete dados nacionais do sistema socioeducativo brasileiro, em que a maioria das medidas de privação e restrição de liberdade incide sobre adolescentes do gênero masculino.

Em relação à identidade de gênero⁴, verifica-se que a ampla maioria dos adolescentes se identifica como cisgênero, representando 99,4% (469) da amostra. Também foram registrados 0,4% (2) adolescentes homens trans e 0,2% (1) adolescente travesti. Ainda que numericamente reduzidos, esses registros apontam para a presença de diversidade de gênero entre adolescentes atendidos(as), o que reforça a importância de que as unidades socioeducativas estejam preparadas para assegurar condições de acolhimento, respeito à identidade de gênero e proteção contra possíveis situações de discriminação ou de violência.

No que se refere à raça/cor, observa-se predominância de adolescentes que se autodeclaram pardos, correspondendo a 49,4% (233) do total, seguidos por 27,1% (128)

⁴ Durante a etapa de validação da base de dados, identificou-se erro de preenchimento em alguns registros da variável identidade de gênero, os quais foram corrigidos para fins de análise.





que se identificam como pretos e 21,6% (102) como brancos. Percentuais menores foram registrados para as categorias amarela (0,8%; 4) e indígena (0,4%; 2), enquanto 0,6% (3) dos adolescentes declararam não saber. A soma das categorias preta e parda alcança 76,5% da amostra, evidenciando a significativa presença de adolescentes negros no sistema socioeducativo. Esse dado dialoga com ampla discussão acadêmica e social que aponta para a presença de desigualdades raciais estruturais no sistema de justiça juvenil, refletindo trajetórias marcadas por maior exposição a vulnerabilidades sociais, econômicas e territoriais.

De modo geral, o perfil sociodemográfico identificado aponta para um público majoritariamente masculino, negro (preto ou pardo) e concentrado nas faixas etárias mais avançadas da adolescência. A compreensão desse perfil é fundamental para orientar a formulação de políticas públicas, estratégias de cuidado em saúde mental e intervenções mais sensíveis às especificidades sociais e às vulnerabilidades que atravessam a trajetória desses e dessas adolescentes. **A magnitude da amostra também sinaliza a relevância da demanda por atenção em saúde mental no sistema socioeducativo, reforçando a necessidade de fortalecimento das estratégias de cuidado, da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da qualificação dos fluxos de manejo dos casos nas unidades socioeducativas.**

Na extração de dados realizada por meio do Painel SUASE, foi possível dimensionar o território a partir do município de domicílio dos pais ou dos responsáveis. Ao todo, foram identificados 140 municípios distintos na base analisada.

Embora se observe concentração de casos em municípios de maior porte populacional, os dados também revelam ampla dispersão territorial, com registros provenientes de um grande número de municípios do interior do estado, muitos deles representados por um ou dois adolescentes na base. **Esse padrão indica que as trajetórias que culminam no cumprimento de medida socioeducativa e na necessidade de acompanhamento em saúde mental não se restringem aos grandes centros urbanos, estando presentes em diferentes contextos territoriais.**

Tal dispersão também suscita reflexões sobre os **desafios de articulação com a RAPS em municípios de menor porte**, onde a oferta de serviços especializados pode ser mais limitada, especialmente para adolescentes.





A Tabela a seguir apresenta os municípios que registraram cinco ou mais casos na base analisada:

Tabela 9 - Relação do município de domicílio dos pais ou responsáveis

Município de domicílio dos pais ou responsáveis	Quantidade	% do total (472)
Belo Horizonte	73	15,5
Uberlândia	35	7,4
Juiz De Fora	21	4,4
Uberaba	16	3,4
Pompéu	14	3
Governador Valadares	13	2,8
Contagem	11	2,3
Divinópolis	9	1,9
Ipatinga	8	1,7
Muriaé	8	1,7
Cataguases	7	1,5
Pouso Alegre	7	1,5
Santa Luzia	7	1,5
Teófilo Otoni	7	1,5
Barbacena	6	1,3
Curvelo	6	1,3
Montes Claros	6	1,3





Vespasiano	6	1,3
Araxá	5	1,1
Betim	5	1,1
Itabira	5	1,1
Manhuaçu	5	1,1
Ponte Nova	5	1,1
São João Del-Rei	5	1,1
Outros Municípios (<5 Casos)	182	38,6

Fonte: Painel SUASE. Elaboração própria da Diretoria de Atenção à Saúde/SUASE.

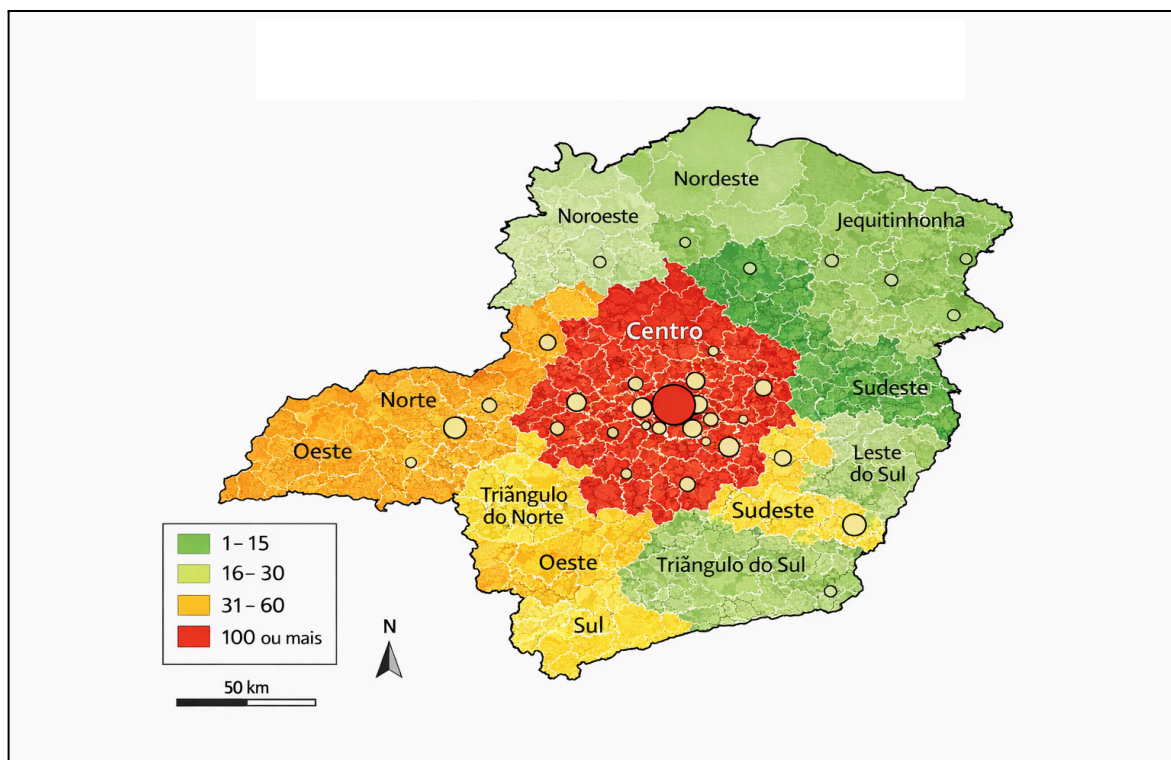
Observa-se que os 24 municípios listados concentram 61,4% dos adolescentes da amostra, enquanto os demais 38,6% encontram-se distribuídos entre um grande número de municípios com menos de cinco registros cada.

Esse resultado evidencia a coexistência de dois padrões territoriais complementares, de um lado, a concentração de casos em municípios de maior porte e em polos regionais e, de outro, a ampla dispersão dos registros em municípios do interior do estado, indicando a **capilaridade territorial das trajetórias que culminam no cumprimento de medida socioeducativa associada a demandas de saúde mental**.

Para complementar essa análise, o Mapa abaixo apresenta a distribuição espacial dos municípios de origem dos(as) adolescentes identificados(as) na base de dados.



Mapa 1 – Município de adolescentes atendidos na RAPS que estão nas unidades socioeducativas de Minas Gerais



Fonte: Painel SUASE. Elaboração própria da Diretoria de Atenção à Saúde/SUASE.

A visualização espacial reforça o padrão já observado nas tabelas, evidenciando a presença de casos distribuídos por diferentes regiões do estado. Embora alguns municípios concentram maior número de adolescentes, como Belo Horizonte, Uberlândia e Juiz de Fora, observa-se também a participação de um grande conjunto de municípios do interior, muitos deles com poucos registros individuais. Esse padrão territorial sugere que **as demandas de saúde mental associadas ao cumprimento de medida socioeducativa atravessam diferentes realidades regionais do estado, reforçando a necessidade de estratégias de articulação intermunicipal e de fortalecimento da RAPS.**





4.2. Caracterização dos quadros clínicos, uso de medicação psicotrópica e locais de atendimento na Rede de Atenção Psicossocial

Para além da caracterização sociodemográfica e territorial apresentada acima, torna-se fundamental compreender como o sofrimento psíquico se manifesta entre os(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, uma vez que essas manifestações constituem parte relevante das demandas que chegam às equipes técnicas e aos serviços da RAPS.

Nesse sentido, a análise passa a considerar as informações que constam nas planilhas sobre saúde mental de adolescentes, registradas pelas equipes técnicas das unidades socioeducativas. Trata-se de dados predominantemente qualitativos, construídos a partir dos relatos e dos registros realizados no cotidiano dos atendimentos.

Para fins de análise, essas informações foram organizadas em grupos temáticos, de modo a facilitar a leitura e permitir a identificação de padrões recorrentes de sofrimento psíquico. As categorias adotadas dialogam com classificações amplamente reconhecidas na área da saúde mental, o que possibilita transformar descrições diversas em um panorama mais estruturado sobre os principais motivos de encaminhamento e os tipos de sofrimento observados entre os adolescentes. Ressalta-se que os dados são referentes ao preenchimento do campo: “*Motivo de Encaminhamento para a Rede de Saúde Mental/Hipótese Diagnóstica*” na referida planilha.

A distribuição das categorias clínicas registradas pelas equipes técnicas revela um predomínio expressivo de manifestações relacionadas à ansiedade, mencionadas em 46,4% dos casos. Esse resultado sugere que quadros ansiosos constituem uma das principais causas de sofrimento psíquico entre os(as) adolescentes nas unidades socioeducativas.

Na sequência, destacam-se alterações relacionadas ao sono, presentes em 36,9% dos registros. A frequência elevada dessa categoria indica que dificuldades para iniciar ou manter o sono, bem como padrões de insônia, aparecem de forma recorrente nesse contexto. No âmbito da privação e da restrição de liberdade, essas alterações podem estar associadas tanto a fatores emocionais quanto às condições ambientais e institucionais vivenciadas pelos(as) adolescentes.





Outro conjunto relevante de registros refere-se a manifestações comportamentais, como agitação, agressividade ou impulsividade (15,7% dos casos). Esses comportamentos costumam aparecer como demandas prioritárias para as equipes das unidades socioeducativas, uma vez que impactam diretamente o funcionamento cotidiano da instituição e a convivência entre adolescentes e profissionais.

Também merece destaque a presença de questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas ou a sintomas de abstinência, mencionadas em 13,1% dos casos. Esse dado reforça a importância de estratégias de cuidado que integrem saúde mental e atenção ao uso de álcool e de outras drogas no âmbito da atuação das unidades e da articulação com a RAPS.

Em menor proporção, mas ainda com relevância clínica, aparecem registros relacionados à depressão, à ideação suicida ou ao risco de autoextermínio (7,6%), bem como a manifestações psicóticas ou alucinatórias (5,3%). Embora menos frequentes, estes quadros indicam situações de maior gravidade clínica, que frequentemente demandam atendimento imediato e acompanhamento especializado na rede de saúde mental.

Tabela 10 - Categorias clínicas registradas nas Planilhas de Saúde Mental

Categorias clínicas	Quantidade mencionada	%
Ansiedade/Transtornos ansiosos	219	46,4
Insônia/Alterações de sono	174	36,9
Agitação/Agressividade/Impulsividade	74	15,7
Uso de substâncias/abstinência	62	13,1
Outros	60	12,7
Continuidade de tratamento prévio	48	10,2
Depressão/ideação suicida/auto extermínio	36	7,6
Psicose/Alucinações	25	5,3
Não informado	22	4,7



TDAH/TOD/Transtornos de conduta	16	3,4
Risco psicossocial (luto/violência/rua etc.)	11	2,3
TEA/Deficiência intelectual/Atraso desenvolv.	6	1,3
Total de menções	753	

Fonte: Planilhas de Saúde Mental. Elaboração própria da Diretoria de Atenção à Saúde/SUASE.

Um aspecto relevante identificado na análise diz respeito à categoria “outros”. Dos 60 casos classificados nesse grupo, 45 correspondem a descrições genéricas ou não especificadas, o que representa 9,5% do total de registros analisados. Esse resultado sugere a existência de **limitações no detalhamento das informações registradas pelas equipes, o que pode dificultar análises mais precisas sobre o perfil clínico dos adolescentes**. Nesse sentido, reforça-se a importância de qualificar o preenchimento dos instrumentos metodológicos de registro, ampliando a capacidade de monitoramento e de análise das demandas de saúde mental no sistema socioeducativo.

Tabela 11 - Especificação da categoria “outros”

Outros (60)	Quantidade	% do total
Não especificado (texto genérico)	45	9,5%
Eletivo/Demanda espontânea/Solicitação própria	7	1,5%
Conteúdo não capturado	7	1,5%
Sem queixa clínica apresentada	1	0,2%

Fonte: Planilhas de Saúde Mental. Elaboração própria da Diretoria de Atenção à Saúde/SUASE.

A análise das combinações entre categorias clínicas revela que os motivos de encaminhamento frequentemente envolvem múltiplos sintomas e expressões comportamentais, indicando padrões de sofrimento mais complexos que não se expressam por uma única categoria clínica.





A associação mais frequente foi Ansiedade + Insônia, presente em 17,6% dos casos, sugerindo uma causa de sofrimento marcado por hiperativação emocional e por dificuldades de regulação do sono. Também se destacam as combinações entre ansiedade e agitação/impulsividade (3,8%), assim como entre ansiedade e uso de substâncias (2,3%) ou ansiedade e sintomas depressivos e risco de autoextermínio (1,9%).

Esses agrupamentos ajudam a compreender que **muitos adolescentes apresentam quadros mistos, nos quais sintomas emocionais, comportamentais e contextuais se entrelaçam, exigindo um olhar integrado para avaliação e manejo tanto no âmbito das unidades socioeducativas quanto na articulação com a rede de saúde.**

Importa destacar, contudo, que, embora a categorização dos quadros seja fundamental para a compreensão do fenômeno e para o planejamento de estratégias, protocolos e fluxos assistenciais, a atenção à saúde mental pressupõe o reconhecimento da singularidade de cada adolescente. Isso significa que, apesar da existência de características comuns entre diferentes situações, a forma como cada adolescente vivencia o sofrimento psíquico e responde às intervenções é única. Assim, para além da organização de respostas institucionais mais amplas, é indispensável que cada caso seja analisado em sua dimensão subjetiva, orientando a construção de um PTS que favoreça a adesão ao cuidado, a continuidade do acompanhamento e a efetividade das intervenções.

De forma complementar, os dados permitem observar um aspecto analítico relevante. Embora o imaginário social frequentemente associe adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa a manifestações comportamentais, como agressividade, impulsividade ou transtornos de conduta, os registros analisados indicam que as manifestações mais frequentes, dentro dessa amostra, estão relacionadas a sofrimento emocional, à ansiedade e a alterações do sono.

Esse padrão pode sugerir que parte das demandas de saúde mental nesse contexto de privação de liberdade está associada a dificuldades de regulação emocional e a estados persistentes de ansiedade, o que se mostra esperado considerando a institucionalização em ambiente de privação ou de restrição de liberdade. **Esse ponto reforça a importância de estratégias de cuidado que considerem não apenas a gestão de comportamentos isolados e estigmatizantes, mas também o manejo do sofrimento emocional e o fortalecimento de**





recursos de regulação psicológica entre os(as) adolescentes, bem como a observância da garantia irrestrita de direitos e a promoção de uma cultura institucional orientada pela não-violência.

Assim, a compreensão do sofrimento psíquico nesse contexto exige considerar de forma sistêmica as **trajetórias individuais de adolescentes e as condições institucionais em que o atendimento socioeducativo se estabelece.**

Tabela 12 - Categorias clínicas combinadas

Combinação das categorias clínicas	Quantidade	%
Ansiedade/Transtornos ansiosos; Insônia/Alterações de sono	83	17,6
Agitação/Agressividade/Impulsividade; Ansiedade/Transtornos ansiosos	18	3,8
Ansiedade/Transtornos ansiosos; Uso de substâncias/abstinência	11	2,3
Agitação/Agressividade/Impulsividade; Ansiedade/Transtornos ansiosos; Insônia/Alterações de sono	9	1,9
Ansiedade/Transtornos ansiosos; Depressão/ideação suicida/autoextermínio	9	1,9

Fonte: Planilhas de Saúde Mental. Elaboração própria da Diretoria de Atenção à Saúde/SUASE.

Para analisar o uso de medicamentos entre os(as) adolescentes, os registros da coluna “Medicação” foram organizados de modo que cada medicamento correspondesse a um item individual. Esse processo contou com apoio da ferramenta *Microsoft Copilot*. Em seguida, os nomes passaram por padronização, com correção de grafias, abreviações e uso de nomes comerciais, priorizando, sempre que possível, a identificação pelo princípio ativo conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB)⁵.

Cabe destacar que a descrição qualitativa do uso de medicação é realizada pelas equipes técnicas das unidades socioeducativas e registrada na Planilha de Saúde Mental, que serviu como base para esta análise.

⁵ Refere-se a denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (Lei nº 9.787, de 1999). É a nomenclatura genérica oficial atribuída aos insumos farmacêuticos e informação de domínio público.



Após a padronização, os medicamentos foram classificados em classes terapêuticas. A análise considerou 470 adolescentes⁶ e identificou quais classes estavam presentes no tratamento medicamentoso de cada um.

Tabela 13: Distribuição dos adolescentes segundo as classes de medicamentos utilizados (n = 470)

Classe de medicamento	Quantidade adolescentes	% sobre 470
Antidepressivo	224	47,7
Antipsicótico	188	40
Outro	132	28,1
Benzodiazepínico	95	20,2
Estabilizador de humor	76	16,2
Antihistamínico sedativo	42	8,9
Hipnótico/indutor do sono	11	2,3
Anticolinérgico	9	1,9
Antipsicótico (depot)	8	1,7
Psicoestimulante	2	0,4
Terapia não psiquiátrica	1	0,2

Fonte: Planilhas de Saúde Mental. Elaboração própria da Diretoria de Atenção à Saúde/SUASE.

Os antidepressivos constituem a classe mais frequente, utilizados por 47,7% dos adolescentes, indicando a presença expressiva de sintomas como ansiedade, humor deprimido, irritabilidade e alterações do sono. Em seguida, os antipsicóticos, presentes em 40,0%, estão associados principalmente ao manejo de agitação psicomotora, à impulsividade, à

⁶ A base geral compreende 472 adolescentes. No entanto, para a análise específica do uso de medicamentos, a amostra considerada foi de 470 adolescentes. Dois registros foram excluídos dessa etapa por não conterem informações suficientes sobre uso, prescrição ou suspensão de medicamentos, apresentando apenas campos vazios ou anotações administrativas. A exclusão desses casos foi necessária para garantir a fidedignidade da análise.





desorganização comportamental e a comportamentos de risco, refletindo a complexidade clínica de parte dos atendimentos em saúde mental no sistema socioeducativo.

Os benzodiazepínicos, utilizados por 20,2% dos(as) adolescentes, aparecem sobretudo relacionados ao controle de ansiedade aguda, de crises de agitação e de dificuldades importantes de sono. Já os estabilizadores de humor, presentes em 16,2%, indicam uso em situações de maior instabilidade emocional, de explosividade e de necessidade de regulação mais intensa do comportamento.

Outras classes, como antihistamínicos sedativos (8,9%), hipnóticos/indutores do sono (2,3%) e anticolinérgicos (1,9%), aparecem em menor proporção, mas cumprem papel relevante no manejo do sono, na redução da agitação e no controle de efeitos colaterais associados principalmente ao uso de antipsicóticos.

A categoria “Outros”, presente em 28,1% dos registros, refere-se exclusivamente a limitações de registro, e não a um grupo terapêutico específico. Ela reúne anotações incompletas ou administrativas, como prescrições sem o nome do medicamento, registros fragmentados de posologia, menções a suspensão de medicação ou a acompanhamento clínico, que não permitiram classificação segura em classes terapêuticas.

Do total de 470 adolescentes analisados, 436 (92,8%) apresentaram registro de uso de pelo menos um medicamento psicotrópico, o que evidencia que a grande maioria da população acompanhada teve algum nível de intervenção farmacológica em saúde mental.

O percentual elevado de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos (92,8%) fortalece a leitura de um **cenário de alta medicalização do cuidado no contexto socioeducativo**. Ainda que o uso de psicofármacos seja, em muitos casos, necessário para o manejo de quadros clínicos complexos e para a contenção de situações de crise, esse dado indica que **a medicação tem ocupado um lugar central nas respostas ao sofrimento psíquico**.

Essa centralidade implica além do campo da socioeducação, que lida cotidianamente com adolescentes em um contexto de privação/restrição de liberdade, o campo da saúde, especialmente a RAPS, responsável pela condução clínica do cuidado em saúde mental. O dado aponta, portanto, para a necessidade de refletir sobre a articulação entre a socioeducação





e o SUS, o acesso efetivo aos serviços da rede e o equilíbrio entre intervenções farmacológicas e abordagens psicossociais no cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, compreender onde e como esses(as) adolescentes estão sendo atendidos(as) pela RAPS torna-se fundamental para qualificar a análise do cuidado em saúde mental no sistema socioeducativo.

Com relação ao local de atendimento, observa-se que 51,3% dos adolescentes realizam acompanhamento na Atenção Primária, por meio de Unidades Básicas de Saúde, equipes de Saúde da Família ou de serviços equivalentes. Esse dado reafirma o papel central da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e como coordenadora do cuidado no SUS, especialmente no seguimento de casos estabilizados ou considerados de menor complexidade clínica.

No entanto, quando analisada em conjunto com o percentual extremamente elevado de adolescentes em uso de medicamentos psicotrópicos, essa centralidade da Atenção Primária demanda uma leitura político-institucional mais ampla. **Em contextos marcados por alta demanda assistencial, alta rotatividade de profissionais e acesso irregular a serviços especializados, a APS pode ser tensionada a sustentar o cuidado prioritariamente pela manutenção de prescrições, com menor espaço para reavaliações clínicas compartilhadas e para intervenções psicossociais mais intensivas.**

Essa situação não deve ser compreendida como responsabilização isolada da Atenção Primária, mas como expressão de desafios estruturais da política de saúde mental, reforçando a necessidade de fortalecimento da RAPS, de ampliação do matriciamento e de pactuação intersetorial entre o SUS e o sistema socioeducativo, de modo a **qualificar o cuidado integral e evitar a cronificação de respostas centradas exclusivamente na medicalização.**

Por outro lado, 28,2% dos adolescentes estão vinculados a CAPS Infantojuvenil, indicando a presença relevante de situações que demandam cuidado especializado em saúde mental. Esse percentual, somado aos atendimentos realizados em CERSAM/CERSAMi (7,2%) e CAPS Adulto ou CAPS III (3,4%), evidencia que **parcela significativa da população acompanhada apresenta quadros de maior complexidade ou episódios de crise, que extrapolam o manejo exclusivo da Atenção Primária.**





Chamam atenção, ainda, os atendimentos realizados em CAPS Álcool e outras Drogas (2,1%) e em serviços hospitalares, UPAs ou policlínicas (1,9%), geralmente acionados em contextos de agravamento clínico, de desorganização psicossocial ou de situações agudas, o que reforça a necessidade de articulação entre diferentes pontos da RAPS para a garantia da continuidade do cuidado.

Os acompanhamentos em ambulatórios diversos (2,5%) e em programas municipais específicos (1,5%) apontam para arranjos locais que complementam a rede formal, especialmente em municípios onde a oferta de dispositivos especializados é mais restrita. O percentual classificado como “Outros” (1,9%) refere-se a erros de preenchimento ou impossibilidade de identificação precisa do serviço de referência, não constituindo um tipo específico de atendimento.

De forma geral, a distribuição dos locais de atendimento revela um arranjo heterogêneo de cuidado, no qual a Atenção Primária ocupa posição central, ao mesmo tempo em que os serviços especializados da RAPS concentram parcela relevante dos casos. Esse cenário reforça a **importância do estabelecimento de fluxos bem definidos, da construção de contrarreferência qualificada e do matriciamento em saúde mental como dispositivos centrais para sustentar o cuidado compartilhado entre o SUS e o sistema socioeducativo**, especialmente diante da elevada proporção de adolescentes em uso de psicotrópicos identificada na amostra.

4.2.1. Fluxos de encaminhamento para RAPS e matriciamento

A análise dos fluxos de encaminhamento em saúde mental é um elemento central para se compreender como o cuidado tem sido operacionalizado no cotidiano das unidades socioeducativas. A partir da análise qualitativa das atas das reuniões de fluxo de saúde⁷, a DAS/SUASE realizou uma descrição simplificada do desenho geral dos fluxos de saúde

⁷ As reuniões de fluxo de saúde constituem espaços periódicos de articulação intersetorial entre as equipes socioeducativas e a rede de atenção à saúde, com o objetivo de pactuar encaminhamentos, monitorar o acesso e a continuidade do cuidado integral em saúde dos(as) adolescentes, discutir casos que demandam acompanhamento compartilhado e aprimorar os fluxos de atendimento no âmbito do Sistema Socioeducativo. Esses encontros visam fortalecer a integração entre as Unidades Socioeducativas e suas respectivas redes de saúde de referência, contribuindo para a efetivação do direito à atenção integral à saúde dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.





pactuados com as unidades socioeducativas do Estado, com ênfase na atuação da RAPS e na capilaridade do dispositivo de matriciamento.

As reuniões de fluxo de saúde registram um desenho territorializado de cuidado. Na chegada do(a) adolescente, as unidades socioeducativas realizam acolhimento e triagem de enfermagem em até 24h ou no próximo dia útil. As equipes técnicas das unidades de internação e de semiliberdade também realizam acolhida geral, o que qualifica o encaminhamento para a APS. Nos casos com questões de saúde mental e de maior complexidade ou de crise, a porta preferencial é a RAPS (especialmente CAPSi/CERSAMi), enquanto, em alguns locais, a UPA oferece retaguarda 24h (incluindo avaliação psiquiátrica) e pode dispensar medicação em janelas sem cobertura, com posterior retorno e contrarreferência. Onde há agenda protegida e matriciamento regular, a contrarreferência chega mais clara (conduta, prazos, responsáveis) e o percurso fica mais previsível e estruturado.

O matriciamento aparece como pilar para a discussão de casos, a pactuação do PTS e o alinhamento de responsabilidades entre unidade, APS e equipamentos da RAPS, com apoio das referências da PNAISARI, quando há habilitação no município.

Nas atas analisadas, quando esse arranjo está articulado (reuniões regulares, pauta organizada e canal de contato diretos), as equipes relatam maior celeridade e menos “ida e volta” sem plano definido; quando está incipiente ou ausente, aumentam tempos de espera, falhas de contrarreferência e encaminhamentos de crises mais recorrentes.

De forma transversal, os gargalos identificados nas atas se repetem entre diferentes territórios e dizem respeito principalmente a: **I)** acesso e tempo, com demora para consultas especializadas e janelas sem cobertura assistencial; **II)** informação e registro, com contrarreferências incompletas e falta de padronização; **III)** continuidade do cuidado, especialmente nas transições entre medidas e unidades socioeducativas; e **IV)** retaguarda de crise, que depende da existência de portas de entrada ágeis e de acompanhamento pós-crise qualificado.

As mesmas atas destacam boas práticas que têm contribuído para qualificar o cuidado, como o uso de *checklists* de sinais de alerta, a manutenção de canais diretos entre





equipes, as agendas protegidas⁸ para saúde mental, o matriciamento com envio prévio de relatório de casos e a oferta de oficinas temáticas de promoção da saúde (saúde mental, álcool e outras drogas, sono), que auxiliam na redução de riscos e no fortalecimento da adesão ao cuidado.

A partir da análise das atas, as unidades socioeducativas foram classificadas segundo a forma de organização do matriciamento em saúde mental, variando entre *aquelas com rotina fixa, aquelas que funcionam sob demanda, aquelas sem fluxo estruturado e aquelas com participação parcial*. Essa classificação evidencia que **o matriciamento acontece de forma heterogênea no estado**. Em parte dos territórios, há reuniões periódicas e pactuações claras; em outros, o acesso à rede ocorre de maneira irregular, apenas diante de situações emergenciais, o que fragiliza a continuidade do cuidado.

Em números gerais, aproximadamente 22% das unidades já têm rotina fixa de matriciamento, 41,5% fazem sob demanda, 19,5% ainda não participam de um fluxo estruturado e 17,1% participam de forma parcial (a rede se reúne, mas a unidade nem sempre está junto e nem sempre é convidada). Na prática, **quando o matriciamento é regular e com participação ativa, o cuidado pode ser melhor produzido: a equipe identifica mais cedo os sinais de risco, compartilha decisões e consegue acompanhar o PTS com a APS/RAPS**. Quando ele não existe ou é tímido, as diferenças entre territórios aumentam e a continuidade do cuidado fica mais frágil, especialmente nos casos de saúde mental.

A leitura da heterogeneidade da estratégia de matriciamento em saúde mental no território estadual aponta para um **cenário de desigualdade na organização dos fluxos assistenciais e na capacidade de articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o sistema socioeducativo**. Esse resultado evidencia a **necessidade de consolidar o matriciamento como estratégia permanente de coordenação do cuidado**, favorecendo a corresponsabilização entre os serviços, a construção compartilhada dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e a qualificação da atenção em saúde mental ofertada aos(às) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

⁸ Agenda protegida consiste na garantia de horários pré estabelecidos e fixos de atendimento ambulatorial e/ou de grupos nos equipamentos da RAPS





4.3. Análise segundo tipo de medida, modelo de gestão e tempo médio de cumprimento de medida socioeducativa

Após delinear o funcionamento da rede de saúde mental e de seus fluxos, torna-se necessário compreender como essas demandas se distribuem no interior do próprio sistema socioeducativo, considerando o tipo de medida aplicada e as unidades socioeducativas.

A análise da distribuição dos 472 adolescentes segundo a unidade de referência mostra que unidades de maior porte ou com maior fluxo, concentram parcelas expressivas da amostra, respondendo individualmente por cerca de 5% a 7% dos casos cada uma. Ao mesmo tempo, observa-se ampla dispersão territorial, com unidades em diferentes regiões do estado acolhendo adolescentes com demandas em saúde mental.

Tabela 14: Quantidade de adolescentes por unidade socioeducativa

Unidade Socioeducativa	Quantidade de adolescentes	% do total (472)
CSE Santa Clara	34	7,2
CSE Horto	30	6,4
CSE Governador Valadares	25	5,3
CEIP Contagem	24	5,1
CSE São Jerônimo	24	5,1
CSE Ribeirão das Neves	23	4,9
CSE Uberaba	22	4,7
CSE Uberlândia	19	4
CSE Montes Claros	18	3,8
CSE Juiz de Fora	17	3,6
CSE Sete Lagoas	17	3,6
CSE Teófilo Otoni	15	3,2
CSE Divinópolis	13	2,8





CSE Tupaciguara	13	2,8
CSL Caminheiros de Jesus	13	2,8
CSL Ipatinga	13	2,8
CSE Passos	12	2,5
CEIP Araxá	11	2,3
CEIP São Benedito	11	2,3
CSE Unai	10	2,1
CSL Bethânia	9	1,9
CSL Muriaé	9	1,9
CSL Santa Amélia	9	1,9
CSE Ipatinga	8	1,7
CSL Governador Valadares	8	1,7
CSL Venda Nova	8	1,7
CSE Lindéia	7	1,5
CSE Santa Helena	7	1,5
CSL Contagem	6	1,3
CSL Patrocínio	6	1,3
CEIP Sete Lagoas	5	1,1
CSL Leticia	5	1,1
CSL Uberlândia (F)	4	0,8
CSL Uberlândia (M)	4	0,8
CSE Pirapora	3	0,6
CSL São Luís	3	0,6
CSL Teófilo Otoni	3	0,6





CSL Uberaba	3	0,6
CSL Lavras	1	0,2

Fonte: Planilhas de Saúde Mental. Elaboração própria da Diretoria de Atenção à Saúde/SUASE.

Quando analisada a distribuição segundo o tipo de medida socioeducativa, observa-se que a maioria dos adolescentes da amostra encontra-se em internação (57,8%), seguida pela semiliberdade (22%) e pela internação provisória (20,1%). Esse dado contribui para compreender a **concentração de demandas de saúde mental em contextos de maior tempo de permanência e de maior intensidade do cuidado, o que tende a gerar maior pressão sobre as equipes das unidades e sobre os serviços da rede de saúde mental.**

Por conseguinte, a distribuição entre modelos de gestão indica que as demandas em saúde mental atravessam tanto unidades de administração direta (38,1%) quanto de gestão em parceria (39,8% na modalidade de internação - IELO e 22% na modalidade de semiliberdade - PEMSE), o que reforça a **necessidade de estratégias de cuidado e articulação com a rede de saúde que sejam estruturais e não dependentes do modelo de gestão adotado.**

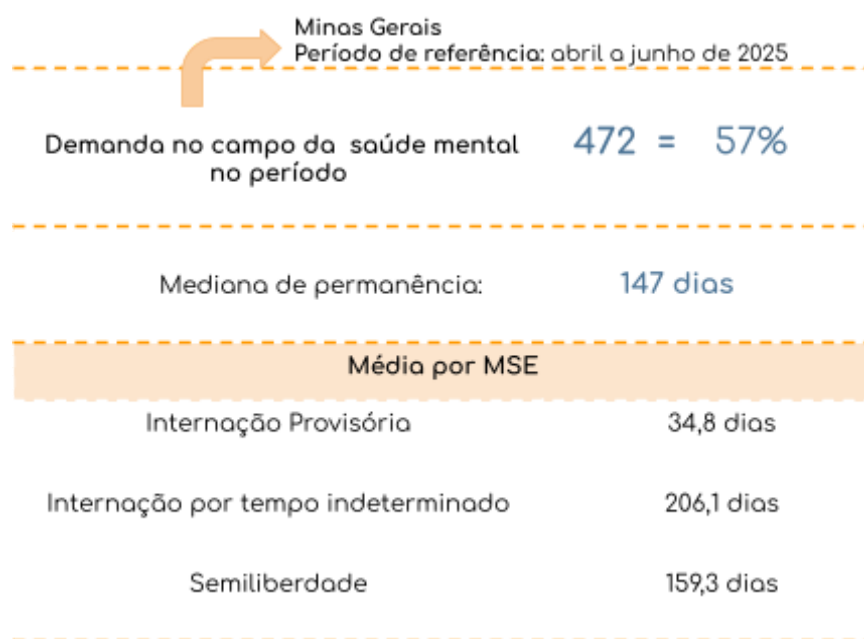
A análise do tempo médio de cumprimento de medida aprofunda essa leitura. Entre os 472 adolescentes da amostra, a mediana⁹ de permanência foi de 147 dias, indicando que metade permaneceu aproximadamente cinco meses na unidade socioeducativa. A Internação Provisória apresentou os menores tempos médios (34,8 dias), compatíveis com seu caráter cautelar e legalmente limitado, enquanto a Internação por tempo indeterminado concentrou os maiores tempos médios (206,1 dias). A semiliberdade apresentou tempos intermediários, mas com variação significativa entre unidades (159,3 dias).

A análise por unidade evidencia uma forte heterogeneidade territorial, com unidades de internação apresentando tempos médios elevados, como CSE Unaí (291,3 dias) e CSE Teófilo Otoni (273,6 dias), e unidades de semiliberdade como CSL Patrocínio (311 dias), CSL Muriaé (251,9 dias) e CSL Caminheiros de Jesus (236,4 dias) também registrando médias

⁹ A mediana foi calculada a partir da ordenação dos tempos de cumprimento de medida dos adolescentes do menor para o maior valor, identificando-se o ponto central da distribuição. Diferentemente da média, a mediana não é influenciada por valores muito altos ou muito baixos, sendo considerada mais adequada para descrever a permanência típica dos adolescentes em um contexto com grande heterogeneidade de tempos e presença de casos com duração prolongada.



prolongadas de permanência. **Esses pontos demonstram que, embora o tipo de medida seja o principal determinante da duração da permanência, fatores territoriais, institucionais e relacionados às comarcas também podem influenciar o tempo de cumprimento das medidas.**



De forma integrada, os resultados acima indicam que as demandas em saúde mental no sistema socioeducativo tendem a se concentrar em determinadas unidades, medidas e contextos de maior tempo de permanência institucional, o que impõe desafios concretos à efetivação dos princípios que orientam a política socioeducativa. A presença de adolescentes com maior complexidade clínica associada a períodos prolongados de privação de liberdade **evidencia tensões importantes em relação aos princípios da brevidade e da excepcionalidade da medida socioeducativa, previstos no ECA, sobretudo quando a permanência institucional passa a coexistir com demandas persistentes de saúde mental e com fragilidades na articulação territorial do cuidado.** Ao mesmo tempo, o cenário reforça a responsabilidade em garantir atenção integral à saúde, incluindo a saúde mental, conforme estabelecido pelo SINASE e pela PNAISARI.





Nesse cenário, a qualificação do cuidado depende menos de respostas pontuais e mais da capacidade interinstitucional de operacionalizar os fluxos, priorizar territórios e unidades com maior pressão assistencial e fortalecer a articulação contínua entre o sistema socioeducativo e a RAPS. Essa análise aponta, portanto, para a necessidade de decisões com foco no matriciamento, na coordenação intersetorial e na prevenção da cronificação do sofrimento psíquico durante o cumprimento da medida.

4.4. Agravos relacionados à saúde mental no sistema socioeducativo

4.4.1. Análise de internações psiquiátricas e hospitalidade noturna

Torna-se necessário aprofundar a análise sobre os episódios de maior gravidade clínica, que demandaram internação psiquiátrica ou hospitalidade noturna ao longo do acompanhamento dos(as) adolescentes. O mapeamento dessas ocorrências permite compreender situações em que o sofrimento psíquico ultrapassou a capacidade de manejo exclusivamente ambulatorial, exigindo intervenções intensivas da rede de saúde.

Os dados desse tópico compreendem as informações que as unidades socioeducativas reportaram para a DAS/SUASE entre os meses de janeiro a setembro de 2025. Ao todo, foram identificadas **22 internações psiquiátricas ou casos de hospitalidade noturna**. Ressalta-se que os dados refletem o número de internações registradas no período, e não o número de adolescentes internados, uma vez que um mesmo adolescente pode ter apresentado mais de um episódio.

A análise dos quadros clínicos associados às internações evidencia que esses episódios estão majoritariamente relacionados a situações de sofrimento psíquico agudo e de elevado risco. As tentativas de autoextermínio correspondem ao percentual mais expressivo, representando 40,9% dos registros. Em seguida, aparecem os episódios de surto psicótico e de ideação suicida, ambos com 18,2% cada. As crises em saúde mental respondem por 13,6% das internações, enquanto os registros de lesão autoprovocada e ansiedade aparecem de forma residual, com 4,5% cada.

No que se refere ao tipo de serviço acessado, observa-se predominância de atendimentos realizados em serviços de urgência e emergência, especialmente UPAs e leitos de retaguarda hospitalar, indicando que a maior parte das internações ocorre em situações de





crise, com necessidade de resposta imediata. Os CAPSi/CERSAMi aparecem em menor proporção, associados principalmente a quadros classificados como crise em saúde mental, reforçando o papel desses serviços no manejo especializado, ainda que muitas vezes acionados após a estabilização inicial.

A distribuição dos episódios por unidade socioeducativa aponta concentração em algumas unidades específicas, especialmente aquelas já identificadas ao longo do diagnóstico como contextos de maior pressão assistencial (CSE Santa Clara e CSE Uberaba, por exemplo), o que **sugere relação entre volume de demandas em saúde mental, maior tempo de permanência e ocorrência de episódios de agravamento clínico.**

De forma integrada, as internações psiquiátricas e as hospitalidades noturnas configuram-se como eventos sentinela do cuidado em saúde mental no sistema socioeducativo. Esses episódios sinalizam momentos de ruptura do manejo cotidiano e dialogam diretamente com os registros de violências autoprovoçadas, que serão analisados a seguir. A sobreposição entre tentativas de autoextermínio, ideação suicida e internações reforça a importância de estratégias de identificação precoce de risco, de acompanhamento contínuo e de articulação permanente entre as unidades socioeducativas e a rede de saúde, de modo a reduzir a recorrência de crises e a necessidade de internações.

4.4.2. Análise sobre as violências autoprovoçadas e óbitos no sistema socioeducativo

Os dados relativos às violências autoprovoçadas foram extraídos dos registros dos informes de agravos de saúde encaminhados pelas unidades socioeducativas à DAS/SUASE, entre os anos de 2022 e 2025, o que possibilitou a construção de uma série histórica do fenômeno no sistema socioeducativo.

A análise do período evidencia crescimento do número de notificações, acompanhado por mudanças relevantes no perfil dos agravos registrados. Esse movimento deve ser compreendido a partir de dois fatores centrais e complementares: de um lado, a intensificação do sofrimento psíquico vivenciado por adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa; de outro, os avanços institucionais nos fluxos de vigilância e de





notificação, implementados a partir do final de 2021, que ampliaram a capacidade das equipes de identificar, de registrar e de acompanhar essas ocorrências.

O aumento observado entre 2022 e 2023 marca um ponto de inflexão na série histórica e coincide com a consolidação de fluxos mais claros de comunicação entre as unidades socioeducativas e a SUASE, por meio da DAS, com a maior padronização conceitual dos agravos e com o fortalecimento da cultura institucional de notificação. A manutenção de patamares elevados em 2024 e a nova elevação em 2025 reforçam que o crescimento dos registros não pode ser interpretado exclusivamente como agravamento isolado dos casos, mas também como resultado de maior sensibilidade institucional para detecção precoce e para acompanhamento contínuo do sofrimento psíquico.

Ao longo do período analisado, observa-se mudança consistente no perfil das violências autoprovocadas. Em 2022, as tentativas de autoextermínio representavam a maior proporção dos registros (36,6%), indicando que muitos casos chegavam ao conhecimento institucional em estágios já mais graves. A partir de 2023, contudo, a automutilação e a autoagressão passam a assumir papel central, tornando-se o tipo de agravo mais frequente e respondendo por mais da metade das notificações em 2024 e 2025. **Esse deslocamento sugere maior identificação de manifestações mais precoces e recorrentes do sofrimento psíquico no cotidiano institucional.**

Apesar da redução proporcional das tentativas de autoextermínio, o número absoluto desses eventos voltou a crescer em 2025, passando de 59 registros em 2024 para 78 em 2025, o que exige cautela na interpretação dos dados. Esse comportamento indica que, **embora haja avanços na identificação precoce e no registro, o risco de progressão para quadros mais graves permanece presente, demandando respostas institucionais sustentadas e articuladas.**





Tabela 15: Violências autoprovocadas

Violências autoprovocadas				
	2022	2023	2024	2025
Atos Preparatórios	27	66	44	41
Autoagressão/Automutilação	36	138	172	205
Ideação Suicida	15	47	38	34
Tentativa de Autoextermínio	45	67	59	78
Total:	123	318	313	358

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do monitoramento do Informe de Agravos de Saúde (DAS/SUASE, 2026).

A análise por unidade socioeducativa, ainda que não constitua o foco central deste diagnóstico, contribui para qualificar a compreensão do fenômeno. Observa-se concentração de registros em determinadas unidades ao longo da série histórica, como o CSE Santa Clara (com 23 registros em 2022, 87 em 2023, 24 em 2024 e 56 em 2025), o CSE São Jerônimo em 2024 (71 registros), e o CSE Uberaba (31 registros em 2024 e 37 em 2025) e o CSE Horto em 2024 (30 registros), que apresentam volumes elevados de forma mais contínua. Esses padrões não devem ser interpretados como falhas localizadas, mas como **indicativos de maior pressão assistencial, de perfil específico do público atendido, de condições institucionais e, em muitos casos, de maior adesão aos fluxos de notificação e acompanhamento em saúde mental**. De forma semelhante, o destaque observado para registros de ideação suicida em unidades como o CEIP Araxá em 2025 (15 registros) sinaliza oportunidades concretas de atuação preventiva antes da escalada do sofrimento para comportamentos autolesivos mais graves.¹⁰

Em perspectiva transversal, os dados indicam que a prevenção das violências autoprovocadas no sistema socioeducativo exige estratégias que operem em múltiplos níveis

¹⁰ Os valores apresentados entre parênteses referem-se ao total anual de registros de violências autoprovocadas por unidade, considerando a soma de atos preparatórios, automutilação/autoagressão, ideação suicida e tentativas de autoextermínio, conforme notificação à Diretoria de Atenção à Saúde (DAS).





de cuidado. A predominância crescente da automutilação aponta para a necessidade de ações voltadas ao manejo cotidiano do sofrimento psíquico, à redução da recorrência e ao fortalecimento de estratégias de enfrentamento junto aos(às) adolescentes. Em paralelo, a persistência das tentativas de autoextermínio reforça a importância do fortalecimento de protocolos de gestão de risco, do acompanhamento pós-crise e da articulação efetiva com a RAPS.

A série histórica analisada evidencia que os avanços institucionais na vigilância e na notificação de agravos à DAS/SUASE constituem um eixo fundamental para a qualificação do cuidado em saúde mental no sistema socioeducativo. Esses mecanismos, quando associados ao monitoramento sistemático dos dados, ampliam a capacidade institucional de planejar ações preventivas baseadas em evidências, de identificar tendências emergentes e de orientar intervenções proporcionais ao risco. Ademais, para além do informe de agravos de saúde à DAS/SUASE, no ano de 2026 foi inserido o monitoramento de todas as violências autoprovocadas no Sistema Painel SUASE. Nesse sentido, espera-se que a DAS consiga mapear e monitorar esses dados de forma mais sistemática, contribuindo para o planejamento de intervenções voltadas ao enfrentamento das violências autoprovocadas e ao fortalecimento da produção do cuidado em saúde mental.

Torna-se, pois, estratégico manter e aprimorar os mecanismos de vigilância em saúde não apenas como instrumentos de registro, mas como ferramentas centrais para a prevenção do suicídio e para promoção do cuidado integral. A realização, em 2025, de pesquisa conduzida pela DAS/SUASE para avaliar o impacto do [Plano de Prevenção ao Suicídio para as Unidades Socioeducativas de Minas Gerais](#), implementado em 2021, e o lançamento de sua segunda edição em 2026 (Minas Gerais, 2026), constituem esforço de qualificação contínua das respostas ao sofrimento psíquico no sistema socioeducativo.

A análise dos episódios de internação psiquiátrica, de hospitalidade noturna e das violências autoprovocadas evidencia diferentes graus de agravamento do sofrimento psíquico e das situações de risco vivenciadas no cumprimento da medida socioeducativa. Nesse continuum de cuidado e proteção, **torna-se necessário registrar e analisar, de forma objetiva e responsável, os desfechos de maior gravidade, representados pelos óbitos ocorridos no interior das unidades socioeducativas.**



Os dados a seguir foram compilados a partir dos registros institucionais da SUASE e compreendem o período de 2019 a 2025, considerando exclusivamente os óbitos ocorridos dentro das unidades socioeducativas. Trata-se de registros administrativos que permitem a identificação do tipo de evento, do contexto institucional e da medida socioeducativa em cumprimento à época.

Entre 2019 e 2025, foram registrados cinco óbitos nas unidades socioeducativas do estado. Desses casos, três corresponderam a autoextermínios, ocorridos nos anos de 2019 (em contextos de internação e internação provisória) e 2024 (adolescente em cumprimento de semiliberdade). Também foi registrado um homicídio intramuros, ocorrido em 2021, decorrente de agressão em alojamento, e um evento acidental, registrado em 2025, relacionado a asfixia por engasgo durante refeição, com realização de primeiros socorros e encaminhamento à unidade de pronto atendimento.

Tabela 16 - Óbitos nas unidades socioeducativas

Óbitos nas unidades socioeducativas	
Autoextermínios (2019 e 2024)	3
Homicídio intramuros (2021)	1
Evento acidental (2025)	1
Total de óbitos entre 2019 e 2025	5

Fonte: Elaboração própria com base nos registros administrativos e notificações de óbitos (DAS/SUASE, 2026).

A análise conjunta desses episódios evidencia a presença de eventos de caráter autoinfligidos, interpessoais e acidentais no ambiente institucional. Nos casos de autoextermínio, os registros indicam a presença de sofrimento psíquico prévio em parte dos(as) adolescentes, incluindo histórico de angústia, de alucinações e, em um dos episódios, de acompanhamento em serviço especializado na RAPS. Os demais eventos ocorreram no contexto de rotinas internas da unidade, como alojamento e momento de refeição.

A leitura desses dados deve ser realizada de forma cuidadosa e contextualizada, sem extrapolações causais diretas. Ainda que numericamente reduzidos, **os óbitos constituem**





eventos críticos na política socioeducativa, pois mobilizam múltiplas dimensões do cuidado institucional e reforçam a necessidade de atenção permanente aos fatores de risco presentes no cotidiano das unidades.

Nesse sentido, o registro e a análise sistemática desses episódios reafirmam a importância da vigilância em saúde, da identificação precoce do sofrimento psíquico, do acompanhamento contínuo de adolescentes que apresentam maior risco e da articulação efetiva entre o sistema socioeducativo e a rede de saúde, como estratégias centrais para a prevenção de desfechos evitáveis e para a qualificação do cuidado no cumprimento da medida socioeducativa.

A análise dos óbitos ocorridos nas unidades socioeducativas evidencia a importância de compreender não apenas os desfechos mais graves, mas também os mecanismos institucionais de registro, vigilância e notificação de violências que incidem sobre adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Nesse sentido, torna-se necessário situar o debate sobre maus-tratos, tortura, tratamentos desumanos e degradantes contra adolescentes e seus impactos no campo da saúde, especialmente a partir das bases oficiais de notificação epidemiológica de agravos.

4.4.3. Violência institucional e limites do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

No âmbito do Sistema Único de Saúde, os registros de violência são realizados por meio do preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Brasil, 2015). Para subsidiar este diagnóstico, foi solicitado à vigilância epidemiológica da SES/MG os dados referentes às notificações de violência registradas em Minas Gerais que envolvessem situações em unidades socioeducativas. Os dados disponibilizados foram consolidados a partir do banco geral do SINAN, acessado via TabNet¹¹.

¹¹ O TabNet é uma ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DATASUS que permite tabulações on-line de dados e geração de planilha, com rapidez e objetividade, da base de dados do SUS (Brasil, 2012).





Contudo, é importante destacar uma limitação estrutural dessa base de dados: os registros do SINAN não permitem a identificação direta do local de cumprimento da medida socioeducativa, uma vez que não há, no sistema nacional, campo padronizado que diferencie adolescentes em unidades socioeducativas de outros contextos institucionais.

Nesse sentido, a variável “Local de Ocorrência”, especialmente a categoria “habitação coletiva”, agrega uma diversidade de arranjos institucionais, tais como acampamentos militares, barracão (acampamento de trabalhadores), instituições de longa permanência para idosos, casas de estudantes (repúblicas), serviços de acolhimento institucional, unidades prisionais, albergues e unidades socioeducativas. Essa amplitude classificatória impossibilita a distinção específica dos registros oriundos do sistema socioeducativo, diluindo essas ocorrências em um conjunto heterogêneo de contextos institucionais.

Adicionalmente, outra limitação relevante refere-se à forma de categorização das faixas etárias disponíveis no TabNet. Os dados são agrupados em intervalos amplos (como 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 34 anos), os quais não correspondem de maneira precisa ao recorte etário do sistema socioeducativo, que atende adolescentes e jovens entre 12 e 21 anos incompletos. Essa discrepância dificulta a extração de informações específicas sobre o público em cumprimento de medida socioeducativa, uma vez que os dados disponíveis incluem tanto indivíduos fora da faixa etária de interesse quanto excluem a possibilidade de delimitação exata desse grupo.

Essas características do sistema inviabilizam a extração precisa, a partir do SINAN/TABNET, de indicadores exclusivos de violência institucional referentes ao sistema socioeducativo, comprometendo análises específicas sobre a magnitude, o perfil e a distribuição desses eventos nesse contexto. Além disso, **evidenciam a necessidade de aprimoramento dos instrumentos nacionais de notificação**, especialmente no que se refere à inclusão de campos que permitam a identificação mais precisa de contextos institucionais específicos, como o sistema socioeducativo.

Paralelamente às bases do SUS, o sistema socioeducativo de Minas Gerais conta com protocolos próprios de identificação, registro e comunicação de situações de violência, incluindo violências interpessoais e autoprovocadas. As equipes técnicas das unidades





socioeducativas realizam o registro sistemático dessas ocorrências e encaminham os informes de agravos à Diretoria de Atenção à Saúde da SUASE, o que possibilita um acompanhamento mais próximo das situações vivenciadas no interior das unidades e uma maior articulação com a rede de saúde. Os demais trâmites de apuração de responsabilidade seguem o fluxo correicional da SEJUSP.

É importante frisar que, em 2019, a SUASE e a SES-MG elaboraram um [Instrutivo de Notificação de Violência](#) (Brasil, 2019) destinado às equipes técnicas das unidades socioeducativas. Desde então, essas equipes vêm sendo capacitadas para o correto preenchimento da Ficha de Notificação, que deve ser emitida em duas vias: uma encaminhada à unidade básica de saúde de referência, garantindo o fluxo da informação para as Secretarias Municipais de Saúde e sua inserção no SINAN, e outra arquivada na própria unidade socioeducativa, sob a guarda da Direção Geral, em razão do caráter sigiloso das informações.

Na plataforma da Academia Estadual de Segurança Pública (AESP/SEJUSP) é disponibilizado duas vezes ao ano o curso EAD que trata desse fluxo e do preenchimento correto da ficha. Em Belo Horizonte, em articulação com a coordenação da PNAISARI, há uma capacitação anual adicional que também contempla as unidades socioeducativas da capital.

Em 2026, foi iniciado o monitoramento sistemático dessas ocorrências por meio da aba saúde do Painel SUASE, ampliando a capacidade institucional de consolidar, qualificar e analisar dados próprios do sistema socioeducativo no que tange às notificações das violências no SINAN. Essa iniciativa representa um avanço importante na gestão da informação, ao permitir maior visibilidade das situações de violência institucional, fortalecimento da vigilância em saúde e produção de evidências mais precisas para subsidiar decisões intersetoriais.

Nesse contexto, **a análise da violência institucional no sistema socioeducativo deve considerar, de forma integrada, os limites dos sistemas nacionais de informação e os avanços institucionais na construção de mecanismos próprios de monitoramento**, reforçando a importância da articulação entre a socioeducação e a rede SUS e da consolidação de instrumentos que garantam maior fidedignidade na identificação e no acompanhamento dessas situações.





4.5. Fluxos internos, protocolos e diretrizes para o atendimento em saúde mental no sistema socioeducativo

Diante dos dados relativos ao sofrimento psíquico, às internações psiquiátricas, às violências autoprovocadas e a outros eventos de maior gravidade, torna-se fundamental compreender quais fluxos e quais protocolos estão instituídos no sistema socioeducativo para identificação, acompanhamento e manejo dessas situações.

A análise da [Nota Técnica Conjunta SEJUSP/SES nº 01/2023](#) (Minas Gerais, 2023) e do [Plano de Prevenção ao Suicídio nas Unidades Socioeducativas de Minas Gerais](#) (Minas Gerais, 2026) evidencia que o estado dispõe de orientações voltadas à identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Os protocolos prevêm que esse processo se inicie na acolhida institucional, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o ingresso na unidade, momento em que a equipe técnica deve observar comportamentos, humor, sinais de abstinência, retraimento e outros marcadores de risco. Essa etapa funciona como uma triagem inicial, capaz de subsidiar decisões sobre manejo interno e sobre eventual acionamento da rede de saúde mental.

Além disso, os documentos reforçam que a identificação do sofrimento psíquico é um processo contínuo, que deve ocorrer ao longo da rotina institucional, envolvendo atendimentos técnicos, articulação com a rede de saúde do município de origem, atendimento familiar, atividades coletivas, ambiente escolar e demais espaços de convivência. O Plano de Prevenção ao Suicídio detalha sinais de alerta relevantes, como ideação suicida, falas de desesperança, isolamento, automutilação e mudanças bruscas de comportamento, e orienta abordagens de escuta pautadas no acolhimento e na ausência de julgamento.

Outro princípio central é a definição de responsabilidades institucionais. As orientações deixam claro que não cabe às unidades socioeducativas o diagnóstico clínico, mas sim o reconhecimento de sinais de risco e o encaminhamento adequado, conforme os fluxos municipais. **A avaliação especializada e a condução terapêutica são atribuições da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto às unidades cabe garantir acolhimento,**





segurança, vigilância, registro e notificação das violências, atuando de forma articulada com a rede de saúde.

De forma integrada, os protocolos organizam fluxos que envolvem acolhida, observação contínua, escuta técnica, estudo de caso em equipe multidisciplinar, notificação de agravos, ações imediatas em situações de alto risco e encaminhamento para a RAPS. O registro qualificado das informações e a comunicação entre equipes são apresentados como elementos centrais para assegurar a continuidade do cuidado e respostas institucionais consistentes.

No âmbito do SUS, não há protocolos operacionais específicos e padronizados para a identificação do sofrimento psíquico para os(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. **A atuação da saúde se orienta, predominantemente, por diretrizes, princípios e orientações gerais, que devem ser interpretadas e operacionalizadas de acordo com as especificidades territoriais e dos serviços.**

Nesse contexto, a PNAISARI constitui o principal marco orientador da atuação do SUS junto a essa população. **A política estabelece diretrizes para o cuidado integral à saúde, com ênfase na articulação entre Atenção Básica, Rede de Atenção Psicossocial e demais pontos de atenção, respeitando os princípios da integralidade, da territorialização e do cuidado em liberdade.**

Em relação à saúde mental, a PNAISARI orienta que a identificação do sofrimento psíquico ocorra de maneira integrada às práticas assistenciais do SUS, especialmente na Atenção Primária e nos serviços da RAPS, a partir da escuta qualificada, do acompanhamento longitudinal e da articulação intersetorial com o sistema socioeducativo. **A ausência de protocolos fechados reflete a lógica de cuidado do SUS, que privilegia a avaliação clínica contextualizada, a construção compartilhada do cuidado e a adequação das respostas à singularidade de cada caso.**

Essa configuração implica que **a efetividade do cuidado em saúde mental de adolescentes no sistema socioeducativo depende fortemente da qualidade da articulação entre as unidades socioeducativas e os serviços de saúde, do funcionamento dos fluxos territoriais e do matriciamento em saúde mental.** Assim, mais do que a existência de





protocolos formais, o cuidado se sustenta na capacidade dos serviços em reconhecer riscos, compartilhar responsabilidades e construir respostas assistenciais conjuntas.

4.6. Temas transversais

A análise dos fluxos, diretrizes e protocolos relacionados à identificação e ao manejo do sofrimento psíquico evidencia que a atenção à saúde mental no sistema socioeducativo não se restringe às dimensões clínicas e assistenciais. O cuidado integral aos(as) adolescentes envolve também condições materiais, práticas institucionais e garantia de direitos, elementos que influenciam diretamente a experiência do cumprimento da medida socioeducativa e podem tanto produzir quanto mitigar situações de sofrimento psíquico.

Nesse contexto, torna-se necessário considerar temas transversais que, embora não constituam ações específicas de saúde mental, impactam diretamente o bem-estar, a dignidade, a proteção integral e as condições de vida dos adolescentes no interior das unidades socioeducativas. Tais aspectos dialogam com os princípios do ECA e do SINASE, especialmente no que se refere à garantia de direitos e à oferta de condições adequadas de atendimento.

Entre esses temas, destacam-se as condições de fornecimento de alimentação e as ações de promoção do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, que atravessam o cotidiano institucional e se relacionam tanto com fatores de risco quanto com estratégias de cuidado e prevenção. A análise desses eixos contribui para compreender como aspectos materiais e relacionais podem funcionar como elementos de proteção ou, quando fragilizados, como fatores que intensificam vulnerabilidades e sofrimento psíquico.

4.6.1. Segurança alimentar e nutricional e suas interfaces com a saúde mental e bem-estar

A alimentação nas unidades socioeducativas é elemento central das condições de acautelamento e da garantia de direitos dos(as) adolescentes, diretamente relacionada à dignidade, à integridade física e psíquica e à proteção integral, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e das diretrizes do SINASE. Mais do que uma obrigação





operacional, **o fornecimento de refeições adequadas, seguras e equilibradas integra as condições mínimas para um atendimento socioeducativo digno.**

Para a análise das condições de fornecimento de alimentação nas unidades socioeducativas, foram utilizadas duas fontes: a primeira delas, os relatórios de inspeção elaborados pelo Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e Socioeducativo do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (GMF/TJMG), referentes ao período de julho de 2024 a julho de 2025. Nesses documentos, buscou-se identificar os registros e os apontamentos das equipes de inspeção relacionados à oferta de alimentação aos(as) adolescentes, bem como os encaminhamentos propostos diante das situações observadas.

A outra fonte de dados foi disponibilizada pela SUASE e consiste no conjunto de notificações relativas aos contratos de alimentação, abrangendo tanto unidades de gestão direta quanto aquelas operadas em gestão compartilhada com organizações da sociedade civil (cogestão), por meio de contrato de gestão. Foram analisadas as notificações correspondentes ao mesmo período das inspeções do GMF, de modo a permitir uma leitura articulada entre os diferentes registros institucionais.

Ressalta-se que tanto unidades de gestão direta como de cogestão terceirizam o serviço de fornecimento de alimentação, contratando empresas como restaurantes e cozinhas. Assim, as notificações são formalizadas pelos gestores das unidades socioeducativas sempre que adolescentes ou trabalhadores identificam possíveis irregularidades no fornecimento da alimentação. Tais registros incluem situações relacionadas, por exemplo, ao horário de oferta das refeições, à qualidade e ao preparo dos alimentos, bem como à quantidade disponibilizada, como será apresentado a seguir.

4.6.1.1. Sistematização das notificações de unidades socioeducativas

a) Centros Socioeducativos da modalidade cogestão. OSC: Instituto Elo

No conjunto analisado, **06 (seis) Centros Socioeducativos apresentaram notificações de intercorrências ocorridas no fornecimento de alimentação**, principalmente quanto à qualidade dos alimentos, à quantidade fornecida e às condições higiênico-sanitárias.

Foram registrados episódios envolvendo: alimentos com odor desagradável ou com aparência inadequada; presença de corpos estranhos nas refeições (cabelo, insetos ou





materiais não identificados); alimentos impróprios para consumo; preparo inadequado (alimentos crus ou mal cozidos); quantitativos insuficientes de itens previstos nas refeições e atrasos na entrega, impactando a rotina das unidades.

Em uma das notificações foi registrado: “*Encontrada larva viva no filé de frango servido no marmitex do jantar de um dos adolescentes*”. Além disso, há registros que indicam falhas nos processos de armazenamento e conservação dos alimentos, bem como inconsistências na distribuição interna das refeições.

b) Casas de Semiliberdade da modalidade cogestão. OSC: Pólo de Evolução das Medidas Socioeducativas - PEMSE

Dentre as Casas de Semiliberdade, 08 (oito) apresentaram notificações referentes a intercorrências no fornecimento de alimentação, no período analisado. Na semiliberdade, os registros revelam um conjunto mais amplo de problemas, envolvendo não apenas a qualidade dos alimentos, mas também aspectos contratuais e operacionais do serviço.

Entre as principais intercorrências identificadas, destacam-se: ausência ou atraso na entrega de refeições, comprometendo a rotina institucional; descumprimento do cardápio previamente aprovado, sem comunicação prévia; baixa variedade alimentar, com repetição frequente de proteínas; fornecimento de alimentos estragados, azedos ou fora dos padrões de qualidade; presença de corpos estranhos nas refeições (insetos, larvas, cabelo, objetos diversos); inadequação de gramatura dos alimentos e falhas estruturais em equipamentos utilizados na distribuição (como buffet térmico).

Também foram registradas situações de maior gravidade, evidenciando riscos relevantes à saúde dos(as) adolescentes, como os que constam dos seguintes registros extraídos de notificações: “*contaminação de refeição em razão de ter sido encontrado um inseto na refeição entregue*”; e “*encontraram uma lagarta na batata doce*”. Outro aspecto relevante é a reiteração de notificações para um mesmo fornecedor, indicando possíveis dificuldades na resolução efetiva dos problemas. Ressalte-se que as notificações são acompanhadas de fotografias dos alimentos, comprovando os fatos registrados pelas unidades socioeducativas.





c) Centros Socioeducativos da modalidade gestão direta

Dentre as unidades de gestão direta, 12 (doze) apresentaram notificações referentes a intercorrências no fornecimento de alimentação, no período analisado. De modo geral, os registros evidenciam um conjunto de problemas recorrentes, envolvendo aspectos operacionais, qualidade dos alimentos e condições higiênico-sanitárias do serviço.

Entre as principais intercorrências identificadas, destacam-se: ausência ou atraso na entrega de refeições, comprometendo a rotina institucional; descumprimento do cardápio previamente estabelecido, com alterações sem comunicação prévia; baixa variedade alimentar, com repetição frequente de determinados itens; fornecimento de alimentos com qualidade insatisfatória (odor, sabor ou apresentação inadequados); presença de corpos estranhos nas refeições (como cabelo, pedra e insetos); inadequação de gramatura ou quantidade insuficiente das refeições; falhas no transporte e armazenamento dos alimentos, incluindo ausência de caixas térmicas e uso de veículos inadequados; irregularidades nas condições higiênico-sanitárias, como alimentos vencidos, sem identificação ou armazenados de forma inadequada.

Concluída a apresentação das principais intercorrências identificadas nas notificações registradas em unidades socioeducativas, serão apresentados, a seguir, dados obtidos por meio dos relatórios de inspeções judiciais realizadas pelo GMF/TJMG.

4.6.1.2. Sistematização das inspeções realizadas pelo GMF/TJMG

Assim como na sistematização dos dados acerca das notificações, as informações retiradas dos relatórios de inspeções realizadas pelo GMF/TJMG também foram agrupadas entre unidades de gestão direta e unidades de cogestão, permitindo a identificação de padrões e de especificidades em cada modelo de gestão.

a) Unidades de gestão direta

O GMF registrou apontamentos sobre o fornecimento de alimentação nos relatórios de inspeção de 07 (sete) Centros Socioeducativos de gestão direta. Tais





relatórios evidenciam um cenário heterogêneo, com coexistência de aspectos positivos e fragilidades relevantes.

Em relação à organização das refeições e uso do refeitório, **em diversas unidades, as refeições ocorrem nos alojamentos, devido a limitações estruturais, de pessoal e de logística, o que compromete a dimensão pedagógica do uso do refeitório como parte do processo socioeducativo**, associando esse momento à promoção da convivência, à socialização, à higiene e à organização da rotina institucional.

Sobre a qualidade da alimentação, foram identificados relatos de insatisfação por parte dos(as) adolescentes, especialmente relacionados à qualidade sensorial dos alimentos (gosto, aparência e preparo), embora existam registros pontuais de melhoria após ajustes na execução do serviço.

Por fim, no que se refere às condições estruturais e operacionais, algumas unidades apresentam limitações importantes, como cozinhas desativadas ou em condições inadequadas de uso, necessidade de reformas estruturais e refeitórios com capacidade insuficiente, o que impacta diretamente a forma de oferta das refeições.

Quanto aos encaminhamentos, observa-se predominância de **recomendações voltadas à reorganização da rotina para garantir a realização das refeições no refeitório; adequação estrutural de cozinhas e refeitórios; melhoria na logística de preparo e distribuição dos alimentos e reforço da qualidade da alimentação ofertada**.

b) Unidades de cogestão

Em relação às unidades de cogestão, **o GMF registrou apontamentos sobre o fornecimento de alimentação nos relatórios de inspeção de 11 (onze) unidades**, sendo 05 (cinco) Centros Socioeducativos e 06 (seis) Casas de Semiliberdade.

Quanto à organização das refeições e uso do refeitório, na maior parte das unidades, as refeições ocorrem em ambiente coletivo, com estrutura considerada adequada, o que favorece a convivência, a organização da rotina e a dimensão pedagógica do momento alimentar.

Em diversos casos, os(as) adolescentes relataram satisfação com a qualidade da alimentação, indicando oferta adequada e regular. Contudo, há situações pontuais de





insatisfação, especialmente relacionadas à qualidade de determinados itens ou à baixa diversidade alimentar.

Identificou-se fragilidades no controle da qualidade dos alimentos, como presença de elementos inadequados nas refeições e problemas relacionados à conservação de alimentos. Quanto aos aspectos estruturais, algumas unidades apresentam limitações físicas, como refeitórios pequenos ou necessidade de melhorias em espaços de preparo e armazenamento.

Além de suprir necessidades básicas, a alimentação influencia a organização do cotidiano e a ambiência institucional. Quando adequada, contribui para a previsibilidade da rotina e para a redução de tensões; quando precária, configura violação de direitos e pode intensificar conflitos e sofrimento. Assim, deve ser compreendida como **dimensão estruturante do cuidado, com impactos diretos na experiência dos(as) adolescentes e na saúde em sentido amplo, orientando a identificação de fragilidades e a proposição de melhorias.**

4.6.2. Promoção dos direitos sexuais e reprodutivos

A promoção dos direitos sexuais e reprodutivos nas unidades socioeducativas de Minas Gerais constitui um ponto de trabalho dentro do eixo saúde, e, embora não se configure como ação direta de saúde mental, exerce impacto significativo sobre o bem-estar, a proteção e a dignidade dos(as) adolescentes. O acesso à informação sobre sexualidade, a métodos contraceptivos, à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), e o respeito à diversidade sexual e de gênero contribuem para a construção de vínculos saudáveis, para o fortalecimento da autoestima e para a redução de situações de violência, de discriminação e de sofrimento psíquico.

No âmbito das unidades socioeducativas, esses conteúdos são abordados principalmente por meio das oficinas de promoção à saúde, caracterizadas como espaços coletivos e interativos, com participação ativa dos(as) adolescentes. Essas oficinas integram os indicadores de monitoramento do eixo saúde nas unidades, sendo acompanhadas semestralmente pela DAS/SUASE, a partir do planejamento dos cronogramas de execução e dos registrados no Painel SUASE.





Entre os temas trabalhados no período analisado, destacam-se: *saúde sexual e reprodutiva; sexualidade e afetividade; IST/AIDS; maternidade, paternidade e planejamento familiar; identidade, expressão de gênero e orientação sexual*. As ações são desenvolvidas tanto pelas equipes das unidades socioeducativas quanto por profissionais da rede externa, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e instituições de ensino parceiras (Fonte: Painel SUASE – abril a junho de 2025).

Em algumas unidades, esses espaços também são utilizados para a oferta de testagem rápida para IST, em articulação com a rede de saúde, representando uma estratégia concreta de cuidado e prevenção associada à oferta de educação em saúde. Em outras situações, o encaminhamento ocorre diretamente para o serviço de saúde de referência, a partir da acolhida e da demanda apresentada pelo(a) adolescente. O acesso a esse tipo de cuidado contribui para a redução de ansiedades relacionadas à saúde sexual, fortalece a autonomia, atua como fator de proteção ao sofrimento psíquico e pode contribuir com a vinculação dos(as) adolescentes aos serviços de saúde.

Além disso, observa-se que as unidades socioeducativas adotam como diretriz o reforço de orientações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva nos momentos de saída temporária, como visitas familiares, e também no retorno às unidades, possibilitando intervenções oportunas, identificação de demandas e encaminhamentos quando necessários. Essa prática evidencia a compreensão de que **a circulação dos(as) adolescentes entre a unidade socioeducativa e o território constitui momento estratégico para promoção do cuidado, prevenção de agravos e fortalecimento das ações de saúde integral.**

De acordo com dados do Painel SUASE (abril a junho de 2025), a distribuição de preservativos ocorreu predominantemente nos momentos de saída temporária para o domicílio, seguida da distribuição no desligamento da medida socioeducativa, por demanda espontânea do(a) adolescente e após oficinas temáticas de saúde sexual e reprodutiva. Esses dados indicam que a maior parte das unidades socioeducativas associa a oferta de preservativos às saídas e às transições para o território, embora também existam práticas vinculadas a atividades educativas e a demandas individuais.

Entretanto, **a distribuição regular de preservativos nas unidades, seja por demanda espontânea ou como prática sistemática associada às ações educativas, ainda**





não se configura como orientação metodológica da SUASE. Esse aspecto aponta oportunidade para qualificação das estratégias de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, reforçando seu papel como componente do cuidado integral e da proteção à saúde mental dos(as) adolescentes.

Por fim, cabe destacar que esses direcionamentos referentes às ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva encontram-se na metodologia de atendimento socioeducativo da SUASE, no Programa de Atendimento Socioeducativo de Minas Gerais e no caderno educativo elaborado pela DAS/SUASE com as temáticas *Saúde Sexual e Reprodutiva*, *Gravidez na Adolescência e Paternidade*, este último desenvolvido para apoiar as unidades socioeducativas com considerações técnicas, orientações metodológicas e sugestões de atividades coletivas e intervenções.

4.6.3. Uso de algemas no acesso aos serviços de saúde

A análise dos temas transversais evidencia que o cuidado em saúde mental no sistema socioeducativo é atravessado não apenas por fluxos assistenciais e protocolos clínicos, mas também por práticas institucionais que se situam na interface entre cuidado, segurança e garantia de direitos. Nesse conjunto, destaca-se o debate sobre o uso de algemas durante o acesso de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa aos serviços de saúde, tema que mobiliza simultaneamente as políticas de saúde, socioeducação e segurança pública.

A abordagem dessa questão permite aprofundar a compreensão sobre como decisões operacionais e práticas cotidianas podem impactar a experiência de cuidado, a dignidade dos adolescentes e o funcionamento dos serviços de saúde, além de evidenciar limites e desafios na articulação intersetorial.

No âmbito estadual, é importante registrar que não há, até o momento, um sistema estruturado de monitoramento específico sobre o uso de algemas no acesso de adolescentes do sistema socioeducativo aos serviços de saúde. As informações fornecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) indicam que essa variável não é acompanhada de forma padronizada nos sistemas estaduais ou nacionais de informação em saúde, o que limita a produção de indicadores consolidados sobre o tema em nível estadual.





No âmbito da Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo (SUASE), em 18 de julho de 2024, foi encaminhado o Ofício Circular SEJUSP/SAAD nº. 11/2024, a todas as unidades socioeducativas, com vistas ao alinhamento de orientações direcionadas aos profissionais das unidades socioeducativas que acompanham adolescentes nos serviços de saúde da rede externa.

As orientações institucionais reforçam que o uso de algemas deve ocorrer de forma excepcional, em consonância com os princípios da proteção integral, da dignidade do adolescente e do acesso ao cuidado em saúde sem práticas vexatórias ou constrangedoras. Entretanto, a ausência de mecanismos padronizados de registro e de monitoramento dessas ocorrências dificulta a análise sistemática da frequência, das circunstâncias e dos contextos em que essa prática ocorre no território estadual.

Considerando a complexidade do tema e suas interfaces com as práticas de segurança socioeducativa, a atuação institucional e a garantia de direitos, a temática também foi abordada no capítulo 6 deste diagnóstico, referente à escuta dos profissionais, possibilitando análise complementar a partir das experiências e das percepções dos trabalhadores do sistema socioeducativo.

Nesse cenário, os dados apresentados a seguir constituem um recorte localizado, produzido a partir de iniciativa da Rede SUS de Belo Horizonte, e devem ser compreendidos como uma experiência piloto, capaz de revelar tensões institucionais e subsidiar reflexões mais amplas.

Com o objetivo de analisar a ocorrência de algemamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa durante o acesso aos serviços de saúde, a Coordenação de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, responsável pela gestão da PNAISARI no município, solicitou às gerências dos Centros de Saúde e dos CERSAMis de referência das unidades socioeducativas em seus territórios, bem como aos profissionais da equipe PNAISARI, o registro sistemático de situações em que foi identificado o uso de algemas nos espaços de saúde. Como período de referência, foram considerados os intervalos entre 15/09/2025 e 15/10/2025 e entre 03/11/2025 e 03/12/2025.





A partir dos relatos encaminhados, foram identificados **30 episódios documentados de chegada de adolescentes algemados aos serviços de saúde, envolvendo unidades da Atenção Primária e da Saúde Mental Infantojuvenil**. Os registros indicam que a algemação ocorre, em geral, como parte do procedimento adotado pelas equipes de segurança socioeducativa vinculadas às unidades de internação e casas de semiliberdade.

De acordo com as informações levantadas, o CERSAMi Centro-Sul concentrou o maior número de registros, com 13 ocorrências (43,3%), seguido pelo Centro de Saúde Lisandra Angélica David Justino, referência para a Casa de Semiliberdade Letícia, com 7 registros (23,3%). No caso do CERSAMi Centro-Sul, a existência de planilha específica para registro sistemático dessas ocorrências pode ter contribuído para maior organização e monitoramento dos eventos.

Em alguns serviços, profissionais relataram que a presença de adolescentes algemados é percebida como prática recorrente, sendo a ausência das algemas vista como exceção. Tal situação contraria a orientação de que adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa **não devem adentrar nem permanecer nos serviços de saúde utilizando algemas**, considerando o potencial constrangimento, a exposição vexatória e os prejuízos à ambiência do cuidado.

Na maior parte dos episódios registrados, as algemas foram retiradas após solicitação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento ou da gerência do serviço. Observa-se, contudo, que essa retirada ocorre predominantemente no momento do atendimento, o que indica que os adolescentes frequentemente ingressam nos serviços de saúde já algemados. **Esse cenário evidencia que os profissionais de saúde acabam assumindo, de forma recorrente, papel de mediação interinstitucional, buscando garantir condições adequadas de cuidado mesmo diante de tensionamentos com as equipes de segurança.**

Os relatos também apontam situações de tensão entre profissionais de saúde e agentes de escolta, especialmente quando há divergência quanto à necessidade de manutenção das algemas. Em um dos registros, um agente afirmou que a decisão sobre a algemação seria de sua exclusiva responsabilidade, afastando a possibilidade de intervenção da equipe de saúde. Também foram mencionadas situações em que documentos institucionais foram





apresentados pela equipe de segurança para justificar a permanência das algemas, indicando possíveis divergências entre orientações normativas e pactuações intersetoriais previamente estabelecidas.

A presença de adolescentes algemados nos serviços de saúde gera impactos adicionais na dinâmica assistencial, como desconforto relatado pelos(as) adolescentes, circulação restrita dentro das unidades de saúde, permanência constante das equipes de segurança próximas aos consultórios e interferências no fluxo e no ambiente de atendimento. **Embora também tenham sido relatadas experiências pontuais de diálogo e de flexibilização das práticas de segurança, os registros indicam que essas iniciativas ainda não constituem padrão consolidado.**

O levantamento identificou, ainda, limitações na produção de registros sistemáticos sobre a ocorrência de algemação, relacionadas ao volume de atendimentos, à entrada direta dos adolescentes em áreas internas dos serviços e à inexistência de protocolo padronizado para a notificação dessas situações. Tais fatores sugerem que os episódios documentados podem representar apenas parte das ocorrências efetivamente vivenciadas nos serviços.

Observa-se, portanto, que a discussão sobre o uso de algemas no acesso aos serviços de saúde revela tensionamentos entre concepções de segurança e de cuidado. **Enquanto a lógica da segurança prioriza a contenção de riscos, a política de saúde se orienta pelo princípio do cuidado em liberdade.** Essa tensão tem sido objeto de reflexão nos espaços de articulação interinstitucional, como as reuniões de fluxo de saúde e de saúde mental realizadas entre unidades socioeducativas, Centros de Saúde e CERSAMis de referência.

No plano municipal, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), por meio da [Nota Técnica DAPS nº 003/2026](#) (Belo Horizonte, 2026), estabelece diretrizes claras para o atendimento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa na Rede SUS-BH, priorizando o atendimento sem algemas e orientando a abordagem interinstitucional nos casos em que a prática seja identificada.

Dessa forma, observa-se convergência normativa entre as orientações da SUASE e da SMSA-BH quanto ao princípio de garantir o acesso aos serviços de saúde sem o uso de algemas. Contudo, a análise empírica demonstra que, na prática, a algemação





ainda ocorre de forma recorrente, sendo frequentemente definida no âmbito da escolta e posteriormente negociada nos serviços de saúde.

Em síntese, os dados apontam para a **necessidade de fortalecer pactuações intersetoriais sobre o não uso de algemas no acesso aos serviços de saúde, ampliar ações de educação permanente envolvendo profissionais da saúde e da socioeducação, estabelecer orientações mais claras para situações excepcionais e aprimorar os mecanismos de registro e monitoramento dessas ocorrências**. O enfrentamento dessa problemática mostra-se relevante para a qualificação do cuidado, a proteção de direitos e a consolidação de práticas institucionais alinhadas aos princípios do SUS, do SINASE e da Política Antimanicomial.

4.7. Síntese analítica

A análise do recorte dos casos de saúde mental no sistema socioeducativo evidencia que **o sofrimento psíquico e o uso prejudicial de álcool e de outras drogas constituem dimensões estruturais do atendimento aos(as) adolescentes em cumprimento de medidas privativas e restritivas de liberdade**. Longe de se configurarem como situações pontuais ou excepcionais, **essas demandas atravessam o cotidiano das unidades socioeducativas e exigem respostas institucionais contínuas, qualificadas e intersetoriais**.

O perfil dos(as) adolescentes analisados dialoga diretamente com as desigualdades sociais e raciais historicamente presentes no sistema de justiça juvenil, marcado pela predominância de jovens negros, do gênero masculino e concentrados nas faixas etárias finais da adolescência. A elevada proporção de adolescentes com registros de acompanhamento em saúde mental, associada à ampla utilização de medicamentos psicotrópicos, revela cenário de intenso sofrimento psíquico, frequentemente relacionado a ansiedade, alterações do sono, uso de substâncias psicoativas e agravamentos clínicos. Ao mesmo tempo, os dados indicam limites importantes de respostas centradas prioritariamente na medicalização como estratégia de manejo do sofrimento psíquico no contexto institucional.

Nesse sentido, o diagnóstico reforça a necessidade de ampliação e qualificação das estratégias psicossociais e do fortalecimento da articulação entre o sistema socioeducativo e a RAPS. Destaca-se que a existência de fluxos municipais pactuados, de contrarreferências





qualificadas, do matriciamento em saúde mental e da discussão sistemática de casos são elementos estruturantes para a organização do cuidado compartilhado, contribuindo para a continuidade da atenção e para a redução da fragmentação das respostas institucionais. Da mesma forma, a articulação entre o PTS e o PIA evidencia potencial importante para construção de intervenções integradas e estratégias de cuidado em liberdade, especialmente nos casos de maior complexidade.

Os dados relativos às internações psiquiátricas, às violências autoprovocadas, crises em saúde mental e aos óbitos demonstram que tais situações devem ser compreendidas como eventos sentinela da política socioeducativa, demandando vigilância contínua, identificação precoce de riscos e respostas institucionais proporcionais à gravidade dos casos. Além disso, a análise dos temas transversais apresentados neste capítulo evidencia que o cuidado em saúde mental é diretamente influenciado pelas condições concretas de funcionamento das unidades socioeducativas, pelas práticas institucionais e pela garantia de direitos, incluindo aspectos relacionados à alimentação, aos direitos sexuais e reprodutivos, ao acesso aos serviços de saúde e às práticas de cuidado em liberdade.

A efetivação da atenção à saúde mental dos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa exige, portanto, mais do que respostas assistenciais pontuais. Requer fortalecimento das políticas públicas, ampliação da capacidade de articulação intersetorial e consolidação de estratégias de cuidado territorializadas, comprometidas com a proteção integral, a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade. Nesse contexto, destaca-se **a importância do fortalecimento da PNAISARI, especialmente nos municípios ainda não habilitados, bem como da ampliação do apoio técnico e do cofinanciamento destinado às ações de saúde voltadas a essa população.**

Paralelamente, torna-se imprescindível o fortalecimento das políticas de saúde mental no âmbito do SUS, com ênfase na ampliação do acesso aos serviços, na expansão e qualificação das equipes da RAPS e no investimento em práticas de cuidado que integrem estratégias psicossociais, ações coletivas, intervenções territoriais e atividades comunitárias. A consolidação dessas diretrizes constitui elemento fundamental para a **construção de trajetórias menos marcadas pela institucionalização, pela recorrência de agravos e pelas**





múltiplas violações de direitos que atravessam a vida de adolescentes a quem se atribui autoria de ato infracional.





Capítulo 5

ESCUTA DE ADOLESCENTES





5. ESCUTA DE ADOLESCENTES

A construção deste capítulo parte do reconhecimento de que a saúde mental dos(as) adolescentes no sistema socioeducativo não pode ser compreendida a partir de um único contexto institucional, mas se produz na articulação entre diferentes modalidades de cumprimento de medida e nos deslocamentos entre elas. Nesse sentido, a escuta realizada contemplou adolescentes em internação, em semiliberdade, em medidas em meio aberto e jovens em acompanhamento no pós-medida, permitindo apreender continuidades, rupturas e especificidades nas experiências de cuidado e de sofrimento.

A aposta metodológica que orienta esta seção sustenta que a escuta direta dos(as) adolescentes constitui elemento central para a produção de um diagnóstico que não se limite à descrição de fluxos ou serviços, mas que incorpore as formas como esses sujeitos significam suas experiências, nomeiam seus sofrimentos e constroem estratégias de enfrentamento.

Ao incluir diferentes contextos de cumprimento de medida, busca-se evidenciar que a saúde mental não se reduz aos efeitos do confinamento, ainda que estes sejam marcantes, mas também se relaciona com condições de vida, com vínculos, com acessos à rede de cuidado e com possibilidades concretas de circulação e de pertencimento no território.

As oficinas de escuta foram, assim, organizadas de modo a garantir espaços de fala qualificada, respeitando as particularidades de cada contexto. Nos casos de internação e semiliberdade, a escuta foi realizada no segundo semestre de 2025, fora das unidades socioeducativas, como estratégia de deslocamento em relação à lógica institucional, contando com a participação de **26 adolescentes, sendo 20 meninos e 6 meninas**. Com os(as) adolescentes em pós-medida, a escuta ocorreu em ambiente público, no final de 2025, reforçando a aposta na construção de um espaço de horizontalidade e de circulação da palavra, **com a participação de 3 jovens, sendo 2 meninos e 1 menina**. Já no meio aberto, no primeiro quadrimestre de 2026, as atividades foram desenvolvidas nos próprios serviços de referência, com metodologias adaptadas às dinâmicas desses espaços, **reunindo 7**





adolescentes, todos do gênero masculino. Ao todo, participaram das oficinas de escuta 36 adolescentes e jovens, sendo 29 do gênero masculino e 7 do gênero feminino.

A diversidade de cenários permitiu identificar tanto elementos comuns, como o sofrimento associado à restrição de liberdade, à fragilização de vínculos e às dificuldades de acesso a cuidado em saúde mental, quanto diferenças relevantes, especialmente no que se refere à presença do território, à manutenção de relações familiares e às estratégias autônomas de cuidado. Desse modo, o capítulo se organiza a partir dessas distintas experiências, sem hierarquizá-las, mas buscando compreender como cada contexto incide, de maneira própria, na produção ou na mitigação do sofrimento psíquico.

Mais do que um recorte descritivo, esta seção pretende evidenciar que a saúde mental, no âmbito da socioeducação, emerge como fenômeno relacional e contextual, atravessado por práticas institucionais, por condições materiais e por possibilidades de escuta. A leitura conjunta dessas experiências permite deslocar a análise de uma lógica centrada exclusivamente na medida para uma compreensão ampliada, que considera os(as) adolescentes em seus percursos, vínculos e territórios.

5.1. Oficinas com adolescentes das medidas de privação e restrição de liberdade

A iniciativa foi conduzida por profissionais vinculados ao Programa de Extensão e Pesquisa *Janela da Escuta*, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e ao CATU/PaiPJ do TJMG, configurando uma articulação interinstitucional que buscou assegurar um espaço qualificado de escuta, fora da lógica estrita da execução da medida socioeducativa.

Nessa perspectiva, foram realizadas seis rodas de conversa com adolescentes de quatro unidades de internação (Horto, Santa Clara, Lindeia e São Jerônimo) e duas unidades de semiliberdade (Casa de Semiliberdade Santa Amélia e Leticia). Em cada oficina estiveram presentes uma média de cinco adolescentes e três profissionais para realizar a escuta. As equipes que conduziram as oficinas eram compostas por profissionais da saúde mental com experiência no trabalho de condução de oficinas. Um profissional ficou responsável por apresentar a proposta, assegurando o tempo e o espaço para a escuta de cada participante,





acompanhando o grupo em suas trocas, zelando pelo ritmo e pelo acolhimento das diferentes colocações e pontos de vista. O segundo profissional ofereceu suporte, estimulou a participação e ajudou na organização do espaço. O estagiário realizou anotações do que é colocado no grupo (observações, frases importantes, reações, críticas e sugestões) e também auxiliou na dinâmica. Todas as oficinas foram realizadas com apenas uma unidade socioeducativa por vez, sendo o Instituto Undió¹² a sede de todas elas.

As etapas da realização das rodas de conversa consistiram em uma acolhida dos(as) adolescentes com a preparação de um lanche, proporcionando um primeiro momento com falas mais livres. Os profissionais foram apresentados, assim como a proposta da oficina sobre Saúde Mental no socioeducativo, convidando os(as) adolescentes a falarem sobre o tema, lembrando que a participação era voluntária. Neste momento, foi estabelecido o pacto de sigilo, explicando que tudo o que seria compartilhado na roda de conversa deveria ser respeitado e não seria levado para fora do grupo de forma que os(as) participantes fossem identificados. Esse cuidado com o não reconhecimento individual aparece como condição importante para que temas sensíveis como violência, medo, uso de medicação e relações com agentes de segurança socioeducativo possam emergir sem que os(as) adolescentes sejam colocados em risco dentro da instituição.

Ao longo das oficinas, foi possível perceber que essa organização metodológica, longe de ser apenas um enquadre técnico, operou como condição para que as experiências pudessem ser compartilhadas. A presença do lanche, a disposição em roda, a sustentação do tempo de fala e a não exigência de participação imediata produziram um deslocamento em relação às experiências institucionais cotidianamente vividas nas unidades socioeducativas, mais marcadas por controle e vigilância.

As oficinas tiveram duração de uma hora e meia e iniciaram com algumas perguntas disparadoras: *O que vem à cabeça quando falamos em saúde mental? Quais situações ajudam vocês a se sentirem bem? O que prejudica a saúde mental de um(a) adolescente? Como fica a saúde mental durante o cumprimento de medida socioeducativa?* Ao longo de toda a conversa

¹² O Instituto Undió é uma organização não governamental coordenada pela professora Tereza Portes (Universidade do Estado de Minas Gerais), localizada na região central de Belo Horizonte, um dos cenários do Janela da Escuta.





os(as) adolescentes foram estimulados(as) a falarem sobre o tema e os profissionais conduziram a discussão a partir do que os(as) adolescentes apresentaram como questões sobre a saúde mental. Os pontos abordados foram anotados pela equipe que esteve presente nas rodas de conversa. Ao final, os profissionais destacaram com os(as) adolescentes os principais pontos abordados na roda de conversa e lhes agradeceram pela participação.

Ainda que disparadas por perguntas, **as conversas rapidamente se deslocaram para aquilo que insiste para os(as) adolescentes: a experiência do aprisionamento, as relações dentro da unidade, o uso de medicação e as formas de lidar com o sofrimento no cotidiano.**

As duas primeiras oficinas contaram com o convite para a confecção de cartazes sobre o tema da saúde mental. Entretanto, foi possível perceber que tal convite não favoreceu a expressão dos(as) adolescentes. Apesar de serem imagens expressivas, observamos que a elaboração do cartaz prejudicava o fluir da conversa. Desse modo, essa etapa foi retirada dos demais encontros.

Além disso, o cenário que os(as) adolescentes encontravam ao chegar nos primeiros encontros, com cadeiras já dispostas em roda, separadas da mesa com o lanche, parecia causar uma certa estranheza. Assim, nos demais encontros, as cadeiras passaram a ficar dispostas ao redor da mesa com o lanche e as conversas aconteceram ali, regadas a refrigerante, batata frita, biscoitos e bolos. Foi assim que os encontros passaram a se sustentar ao redor do lanche de boas vindas e da palavra circulando.

5.1.1. Oficinas com adolescentes da internação

“Quer tomar suco natural na prisão?” (Adolescente A)

Nas oficinas com adolescentes da internação, as questões referentes ao aprisionamento foram centrais para avaliação da possibilidade de uma saúde mental quando acautelados. Os termos “preso”, “estar preso” e “cela” são recorrentes em suas falas, bem como os efeitos da passagem pelo sistema socioeducativo. A maioria dos(as) adolescentes relatou que iniciou o uso de medicamentos após o acautelamento, pois tiveram crises de ansiedade, insônia e tristeza. Não conhecem os medicamentos pelo nome, somente pelas cores





e momento do dia que tomam. Mencionaram sobre a utilidade da medicação no dia a dia e sobre a necessidade de tomarem remédios para dar conta do acautelamento.

O aprisionamento faz com que pensem muito sobre suas vivências fora do centro socioeducativo, aumentando a ansiedade. Relatam que “pensam mais” quando estão na unidade socioeducativa, que na rua é tudo muito rápido. O tratamento de saúde mental que os(as) adolescentes fazem fora da unidade não é apontado como um lugar efetivo de vínculo, pois em alguns momentos associam esses lugares ao socioeducativo e entendem que os profissionais não os escutam. Ou mais comumente, relatam não se sentirem escutados sobre essas questões por ninguém.

A oposição entre o “pensar” na unidade e o “fazer” no *mundão* aparece de forma recorrente e atravessada por sofrimento. Pensar não surge como elaboração, mas como intensificação da angústia, da saudade e da lembrança, especialmente da família. **Esse tempo imposto pela privação de liberdade parece produzir uma confrontação com a própria história que não encontra, na maioria das vezes, dispositivos de sustentação.** E que não deixa dormir. Entre os temas mais recorrentes de angústia estão as despedidas, as perdas e as mortes no mundo, a tristeza diante destas situações e, por fim, a angústia de estar preso.

No encontro com as adolescentes, saúde mental, dentro do contexto do socioeducativo, faz pensar em **liberdade**. Frente à ausência da liberdade, dizem que “surtam” e ficam muito ansiosas na unidade, situação que às vezes é desacreditada pelos monitores. Especialmente sábado e domingo, quando não há escola ou atendimentos de saúde fora da unidade, as atividades são reduzidas e os(as) adolescentes permanecem ainda mais tempo nos alojamentos. Nesse sentido apontam que a saúde mental nos centros socioeducativos é “péssima”, pois estão longe da família, sem atividades, sem liberdade. **A ausência de atividades, especialmente nos fins de semana, aparece como intensificadora do sofrimento, indicando que o tempo vazio, se somado ao confinamento, atua diretamente na produção de ansiedade, de insônia e de crises.**

A medicalização aparece como resposta predominante a esse sofrimento. Chama atenção o início do uso de psicofármacos após o acautelamento, o desconhecimento sobre os medicamentos e, ao mesmo tempo, as práticas de recusa ou de uso estratégico (“assino e não tomo”). Destaca-se, ainda, a pouca clareza sobre o percurso de prescrição e de





acompanhamento, bem como o fato de que, em alguns casos, o uso da medicação aparece associado à adaptação à rotina institucional.

Entre a medicação prescrita e os usos no mundão, como a maconha, vemos tentativas de manejar estados internos que não encontram outras vias de elaboração. Desse modo, se dentro das unidades socioeducativas a medicação auxilia em questões referentes à saúde mental, como insônia e ansiedade, por exemplo, fora da unidade, a maconha aparece como uma possibilidade de lidar com essas questões. Ela ajuda a acalmar, a “dormir, e dá fome”. Mas ao mesmo tempo faz “perder as coisas e esquecer” também.

A autonomia é também apontada como um fator que se modifica no acautelamento e que tem efeitos sobre a saúde mental. Estar preso é marcado pela perda da autonomia em atos simples e até mesmo em necessidades básicas, como tomar água e usar o banheiro: tudo precisa ser pedido e depende da disposição ou boa vontade dos monitores. “É ruim cê precisar dos outros para ir no banheiro, depender dos outros pra beber uma água, ir no banheiro. Se ele num for com a sua cara, ele demora.” “O agente aperreia”. Há situações em que os adolescentes solicitam algo e os monitores/agentes se recusam, demoram, respondem mal ou ofendem, o que gera conflitos na unidade, sanções e restrições de saídas, trazendo mais questões para a saúde mental dos(das) adolescentes.

As condições materiais e a rigidez da rotina também aparecem como fatores de sofrimento: alimentação insatisfatória, calor excessivo nos alojamentos, restrições ao banho e ao uso de espaços. As violências sofridas dentro das unidades socioeducativas são relatadas como acontecimentos cotidianos. Desde a não garantia dos seus direitos básicos até violências físicas são práticas às quais os adolescentes estão sujeitos e que causam sofrimento físico e psíquico.

As situações de violência são vivenciadas em qualquer momento do dia, entretanto, relatam que a noite é pior. Há dias em que as câmeras do circuito fechado de TV são desligadas. Os adolescentes disseram saber que estão desligadas porque, ao serem ligadas, aparece uma luz vermelha e, por isso, ficam mais atentos. “Quando tá desligada eu já fico na atividade”. O relato de ansiedade, de medo, de dor, de revolta, de raiva e de indignação são alguns dos sentimentos associados às situações em que sofrem algum tipo de violência dentro das unidades. **Os agravos em saúde mental decorrentes dessas práticas deixam suas**





marcas nos adolescentes que passam a vivenciar ódio dos monitores e agentes pelas violências sofridas, não favorecendo o processo de responsabilização.

Os relatos detalhados, da algemação e da condução no formato “modo avião” e “modo roçadeira”, do desligamento de câmeras no período noturno, bem como das agressões associadas a pequenas condutas apontam para práticas que ultrapassam episódios isolados e se aproximam de um funcionamento institucionalizado da violência, o que ensejou a formalização de denúncias aos órgãos competentes por parte dos profissionais que realizaram as oficinas. Além das agressões físicas, são recorrentes os relatos de violência verbal, com insultos e com ameaças diretas por parte de monitores e agentes. Para além disso, há um descrédito importante em relação às equipes técnicas, frequentemente percebidas como distantes, pouco acessíveis ou associadas à produção de relatórios que prejudicam os adolescentes: “ferram no relatório”, “não confio”.

5.1.2. Oficinas com adolescentes da semiliberdade

“As grades continuam lá.” (Adolescente B)

Nas oficinas realizadas com adolescentes da semiliberdade, as questões referentes à medicação, à distância dos familiares, ao tratamento dentro das unidades e à falta de liberdade são comuns aos relatos dos(das) adolescentes da internação. Contudo, há alguns aspectos diferentes devido ao formato da medida socioeducativa.

Os horários muito fixos para saída e para retorno da unidade que desconsidera os atrasos é motivo de ansiedade para os(as) adolescentes. A fala deles não é considerada e a comissão disciplinar nesses casos é sentida como injusta, o que causa revolta e raiva e prejudica a aderência à medida. A comissão disciplinar aparece como um dos principais dispositivos de regulação, frequentemente percebido como arbitrário e associado a punições que impactam diretamente o tempo de cumprimento da medida.

Apesar das possibilidades de saída para as atividades externas, a sensação de aprisionamento permanece, pois não podem ir e vir, têm que fazer o que está dentro da rotina, sem possibilidade de escolha e “as grades continuam lá” ao redor da casa. **Ainda que em**





regime distinto, a experiência de aprisionamento persiste, indicando que a semiliberdade, tal como operada, não rompe de forma significativa com a lógica do controle.

Estar fora da cidade natal faz com que a medida socioeducativa perca o sentido para os(as) adolescentes, pois não podem investir em nada em outra cidade, não podem trabalhar, não têm amizade e não podem confiar em ninguém. Para os(as) adolescentes a medida socioeducativa só se apresenta como uma possibilidade de cumprimento ao garantir a convivência com a família e com a comunidade. Assim, a ruptura de vínculos territoriais e afetivos aparece como fator relevante de sofrimento, esvaziando o sentido da medida e dificultando qualquer projeto de reinserção.

Para as adolescentes a medida “mata” o amor, pois acaba com os relacionamentos dos(as) adolescentes, sem possibilidade de comunicação, de despedida e de continuidade do relacionamento. O relacionamento com a família também é prejudicado pela distância de onde estão cumprindo a medida ou até mesmo pelo afastamento da família que prejudica a reconstrução dos laços. Outra dimensão do amor citada é sobre os profissionais que, segundo os relatos, em sua maioria não gostam de trabalhar no socioeducativo, estão sempre tratando os(as) adolescentes sem acolhimento e sem escuta e, por isso, eles(as) concluem que não gostam do que fazem. Na semiliberdade a violência institucional também se apresenta, em alguns casos. **O medo ultrapassa o espaço da unidade, afetando a circulação dos adolescentes na cidade, que passam a temer encontrar determinado agente “lá fora”.**

5.1.3. Oficinas com jovens inseridos no programa pós-medida

“quanto mais atividade externa, menos remédio os meninos querem tomar, para aproveitar, ficar ligado” (Adolescente C)

O Programa Se Liga, que realiza o atendimento e acompanhamento de adolescentes pós cumprimento de medida socioeducativa de internação e semiliberdade, realizou oficina com quatro jovens.





A seleção inicial incluía 9 participantes. O critério de inclusão principal foi a disponibilidade de horário, visto que os demais jovens acompanhados pelo programa encontravam-se inseridos no mercado de trabalho, o que impossibilitaria a participação em atividades em horário comercial. O processo de mobilização iniciou-se por meio de chamadas telefônicas e de mensagens de texto (*WhatsApp*), haja vista que são jovens em contexto de liberdade. No dia da atividade, registrou-se a presença de três dos participantes previamente confirmados e incluiu-se um novo participante que acompanhava um dos convidados. A decisão pela inclusão desse jovem fundamentou-se em dois pontos: garantia da participação do outro jovem convidado, pois a presença de um par favorece o estabelecimento de um ambiente seguro e confortável para os relatos e o jovem acompanhante apresentava vivências que convergiam com o objeto da oficina, por estar em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida.

A atividade foi realizada em uma área do Parque Municipal de Belo Horizonte. A escolha de um espaço público e externo visou criar um ambiente de horizontalidade e de leveza, utilizando um lanche coletivo como técnica de acolhimento e "quebra-gelo". A equipe técnica alternou-se na mediação e no suporte logístico (acompanhamento de acompanhantes/familiares) para garantir o sigilo e a privacidade nos momentos de fala individual e coletiva. A metodologia utilizada e os aspectos éticos, bem como a garantia do sigilo foram os mesmos adotados nas oficinas com os(as) adolescentes das unidades socioeducativas.

De modo geral, os relatos evidenciam que a experiência da internação é atravessada por sofrimento psíquico significativo, sendo frequentemente descrita como difícil de suportar. Nesse contexto, emerge de forma recorrente o **uso de medicação como estratégia de manejo desse sofrimento**. Os jovens associam o uso de psicotrópicos à possibilidade de suportar o cotidiano institucional, mencionando efeitos como sedação, redução da ansiedade e atenuação das lembranças do período de privação de liberdade. Nesse sentido, um dos participantes afirmou que “aguentar o socioeducativo” não é fácil e, para isso, os adolescentes precisam ser medicados. Este mesmo jovem, preocupado se a oficina teria a finalidade de acabar com os medicamentos nas unidades, disse que os remédios são bons e ajudam a esquecer e a ficar dopado, única forma de suportar uma internação.





Foi relatado, ainda, o acesso a medicamentos para além dos fluxos formais de prescrição. Um dos jovens contou que existem as pessoas certas que fornecem os medicamentos e que falar quem são essas pessoas atrapalharia a continuidade do fornecimento, pois os medicamentos acabam ajudando: “os meninos que estão lá dentro ainda, precisam disso, pra conseguir cumprir a medida”.

A relação com o cuidado em saúde mental se apresenta de forma ambivalente. **Se, por um lado, há reconhecimento de que a medicação pode produzir alívio imediato, por outro, surgem percepções críticas sobre seus efeitos, especialmente quando associados à sensação de estar “dopado”.**

Uma das jovens descreveu sua passagem pelo sistema socioeducativo como um período marcado por “momentos difíceis” e por intenso sofrimento psíquico. Durante a internação, a jovem enfrentou episódios severos de insônia, pensamentos acelerados e pesadelos recorrentes, sintomas que ela própria associa a um quadro de ansiedade potencializado pelo confinamento. Nesse contexto, foi submetida a um processo de medicalização que hoje percebe de forma crítica. Embora não recorde os nomes das substâncias, relata aversão ao tratamento da época por sentir-se dopada e “fora de si”.

Os relatos sobre a experiência nas unidades socioeducativas apontam para um cotidiano marcado por restrição, por controle e, em alguns casos, por violência. A vivência institucional é descrita de forma ambivalente: embora reconheçam mudanças em relação a períodos anteriores do sistema socioeducativo, os jovens associam a internação a sentimentos de medo, de raiva e de sofrimento. A lembrança do período de privação de liberdade aparece como elemento mobilizador de afetos intensos, que permanecem mesmo após o desligamento da medida.

Nesse contexto, a oferta de atividades, especialmente aquelas realizadas fora das unidades, é apontada como fator relevante para a melhoria das condições de saúde mental. Os jovens indicam que **a ampliação de atividades externas poderia reduzir o uso de medicação**, ao possibilitar maior engajamento, circulação e sensação de liberdade, ainda que parcial, como destacou um dos participantes: “quanto mais atividade externa, menos remédio os meninos querem tomar, para aproveitar, ficar ligado”.





As **experiências relacionadas à violência institucional também emergem**, ainda que, em alguns casos, de forma indireta ou com certo grau de esquivia. Há referências à naturalização de práticas violentas no interior das unidades, bem como à presença de elementos e de situações que impactam negativamente a segurança emocional dos adolescentes. Embora nem sempre detalhadas, as violências aparecem como pano de fundo das narrativas. Uma das jovens participantes afirmou que "todo mundo lá dentro já apanhou", referindo-se à unidade socioeducativa. Além da violência física, relatou ter se sentido frequentemente julgada e excluída, vivências que ainda repercutem em sua segurança e em seu bem-estar emocional.

No período pós-medida, os(as) jovens relatam desafios importantes na articulação com a rede de saúde mental. Aparecem dificuldades iniciais de acesso e de estabelecimento de vínculo com os serviços, especialmente quando as abordagens são percebidas como pouco acolhedoras ou excessivamente centradas no ato infracional. Uma das jovens participantes relatou ter encontrado dificuldades em estabelecer vínculo terapêutico, referindo que a abordagem direta, pelo psicólogo, sobre o arrependimento pelo ato infracional, lhe causou desconforto, resultando em um atendimento descontínuo e pouco resolutivo.

Outro jovem relatou sua experiência quando foi ao psicólogo pela primeira vez, quando acautelado em uma unidade socioeducativa: "é estranho conversar com psicólogo, eles entram na mente, dá medo". Tal percepção sugere que o espaço terapêutico, ao convocar o sujeito a falar de si e a se confrontar com aspectos internos de sua própria experiência, pode inicialmente ser vivido como invasivo ou ameaçador, especialmente em trajetórias marcadas por pouca familiaridade com práticas de escuta e de elaboração subjetiva.

Importa destacar, porém, que os relatos que mencionaram a continuidade do acompanhamento e construção de vínculo terapêutico, indicam maior sensação de segurança, de reconhecimento da importância do cuidado e da abertura, inclusive, para a utilização de suporte medicamentoso de forma mais criteriosa.

A vida em liberdade é, de modo geral, percebida como preferível ao período de internação, ainda que acompanhada por novos desafios, como dificuldades financeiras, acúmulo de responsabilidades e necessidade de reorganização da rotina. Nesse processo, aspectos como o apoio familiar e a presença de referências de cuidado aparecem como fatores





relevantes para a trajetória dos jovens, contribuindo para maior estabilidade e para o enfrentamento das dificuldades.

Também se evidenciam diferenças importantes entre as experiências vividas em diferentes modalidades de medida. **Jovens com trajetória predominante em meio aberto, relatam menor intensidade de sofrimento psíquico associado à medida, destacando a manutenção de vínculos familiares e a possibilidade de circulação no território como elementos protetivos.** Ainda assim, mesmo nesses casos, observa-se cautela e, por vezes, resistência em aprofundar determinados temas, indicando que algumas experiências permanecem difíceis de elaborar ou de compartilhar.

Por fim, as narrativas apontam que a elaboração das experiências vividas no sistema socioeducativo é um processo em curso, atravessado por ambivalências, por silêncios e por tentativas de ressignificação. **A escuta, ao se constituir como espaço de fala qualificada, permite não apenas o acesso a essas experiências, mas também a produção de novos sentidos sobre elas, contribuindo para a construção de um diagnóstico mais sensível às realidades vividas pelos(as) adolescentes e pelos(as) jovens.**

5.1.4. Oficinas com adolescentes das medidas de meio aberto

- Quando você ouve a expressão "saúde mental", o que vem à sua cabeça? (Técnico)

- Que a pessoa está forte da mente. (Adolescente D)

A escuta de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de meio aberto foi realizada nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) das Regionais Leste e Barreiro de Belo Horizonte, nos espaços de atendimento das medidas socioeducativas, sendo conduzida pelas equipes técnicas responsáveis pelo acompanhamento dos(as) adolescentes, por meio de oficinas.

A oficina foi pensada e mobilizada por meio de convites realizados a cinco adolescentes em cada regional, buscando abrir espaço de escuta sobre o tema da saúde mental na adolescência, a partir de suas vivências, de suas percepções e de suas demandas no contexto do cumprimento das medidas. Participaram da atividade cinco adolescentes na Regional Barreiro e dois adolescentes na Regional Leste.





Na Regional Barreiro, a escuta foi estruturada a partir de um roteiro orientador. O instrumento foi organizado em cinco eixos: concepções e significados sobre saúde mental; experiência no sistema socioeducativo; vivências e desafios atuais; estratégias de cuidado e enfrentamento; e visão de futuro e suporte.

Os(as) adolescentes responderam, inicialmente, por escrito, a um roteiro com perguntas. Após esse momento, compartilharam suas respostas em uma roda de conversa.

Na Regional Leste, embora não tenha sido aplicado formalmente o roteiro por escrito, a escuta foi conduzida de forma aberta e dialogada, sendo orientada pelos seguintes eixos: como os adolescentes veem a saúde mental; os principais fatores que impactam o estado emocional no dia a dia; as estratégias utilizadas para lidar com o sofrimento emocional; a experiência com os serviços de saúde; o acesso aos serviços; e avaliação e sugestões. As questões foram trabalhadas de maneira mais flexível, a partir da condução das técnicas e das falas espontâneas dos(as) adolescentes.

De modo geral, os(as) adolescentes entendem saúde mental de um jeito mais simples e mais prático. Para eles, está muito ligado a “ter a mente forte”, “cuidar da cabeça” ou ao humor do dia. **Eles ainda não veem saúde mental de forma mais ampla, como um direito ou algo que também depende das relações, do contexto e das condições de vida. Mesmo assim, aparecem pontos importantes: percebem que o estado emocional muda conforme o dia e as experiências.** Usam algumas estratégias por conta própria, como se afastar das redes sociais ou ficar mais sozinhos. Eles têm uma noção inicial de saúde mental, mas ainda muito individual e pouco aprofundada, com pouca relação com redes de apoio e como acesso a direitos. A saúde mental também é associada ao “psicológico”, à “sanidade” e, em alguns casos, à ideia de ter “problemas”, indicando uma compreensão ainda parcial e por vezes atravessada por estigmas.

Em relação às vivências no sistema socioeducativo, as falas mostram uma **experiência ambivalente**: por um lado, alguns adolescentes reconhecem efeitos positivos, como “abrir a mente” ou refletir sobre erros; há indícios de internalização da medida como responsabilização (“não quero mais passar por isso”). Por outro, aparecem elementos de sofrimento, como tédio, sensação de privação de liberdade e conflitos interpessoais; a saudade da família surge como um fator central de desestabilização emocional. A presença de um





técnico como referência positiva, citada por um adolescente, mostra o potencial do vínculo profissional como fator de proteção.

Quanto às vivências e aos desafios atuais, os principais fatores de sofrimento estão ligados à família (conflitos, preocupação, condições socioeconômicas; relacionamentos afetivos; medo de reincidência). Também aparecem como fatores importantes a frustração por não alcançar objetivos e situações percebidas como injustas, que geram raiva e intensificam o sofrimento emocional. O preconceito aparece de forma desigual. Um adolescente relata claramente a abordagem policial discriminatória; outros negam ou não elaboram o tema, o que pode indicar naturalização da violência institucional ou dificuldade de nomeação.

Também aparecem sinais de sofrimento mais intenso, como ideação agressiva; relatos de mal-estar sem elaboração. Os sinais de sofrimento emocional são identificados principalmente por irritabilidade, por mudanças no comportamento, por isolamento social, por explosões de raiva, por impulsividade e por desejo de agressividade.

O **pós-medida é marcado por vulnerabilidades estruturais e emocionais**, com presença de estigma, ainda que nem sempre reconhecido como tal. **O sistema produz reflexão e responsabilização, mas também sofrimento emocional**, sendo o vínculo com profissionais um elemento importante para a sustentação psíquica.

Os(as) adolescentes citaram **estratégias próprias de cuidado e de expressão**, principalmente a música (com destaque para produção autoral); esporte; expressões corporais (dança, lazer) e atividades simples e acessíveis (pipa, bicicleta, dormir). Essas práticas funcionam como formas legítimas de: regulação emocional; construção de identidade; pertencimento social. Também aparecem estratégias como distração (filmes, sair com amigos), atividades físicas como forma de descarregar energia e socialização, além do uso de substâncias psicoativas como forma de enfrentamento do sofrimento.

Por outro lado, os relatos também apontam para a baixa procura por apoio institucional ou relacional, predominando a lógica de “resolver sozinho”; a rede de saúde é percebida de forma ambígua ou insuficiente. **Há, portanto, potência nas estratégias autônomas, mas também fragilidade no acesso e no vínculo com a rede formal de cuidado**. O apoio emocional, quando mobilizado, vem principalmente de amigos (por meio





de conselhos) e da família, especialmente da figura materna, embora haja dificuldade em se abrir emocionalmente, mesmo nesses espaços.

Em relação à avaliação dos serviços de saúde e a sugestões de melhoria, os relatos indicam poucas experiências positivas e efetivas. Entre os principais pontos relatados estão a dificuldade de criar vínculo com profissionais; a sensação de não ser escutado ou de ser julgado; o uso de medicação percebido como excessivo e a baixa continuidade dos atendimentos, mesmo quando não foram totalmente negativos. Em alguns casos, o vínculo com profissionais específicos fora do serviço tradicional é percebido de forma mais positiva.

O acesso aos serviços é considerado difícil, devido à demora no atendimento, à superlotação e à desmotivação para enfrentar a espera, fatores que contribuem para o afastamento e a baixa procura por atendimento. Outros participantes destacaram a **necessidade de maior autonomia no atendimento**, sem exigência constante de responsáveis (conforme previsto enquanto direito do adolescente no acesso à saúde); redução do tempo de espera; presença de profissionais mais atentos e menos julgadores; serviços mais acolhedores e menos institucionalizados; redução do estigma; presença de escuta qualificada, além da criação de espaços específicos voltados ao público adolescente.

Os projetos de futuro aparecem de forma diversa. Alguns(mas) adolescentes apresentam perspectivas mais estruturadas de estudo, de trabalho, de estabilidade e de condição emocional como meio para alcançar objetivos. Outros trazem projetos mais frágeis ou pouco elaborados com respostas vagas ou ausência de perspectiva, desejos mais imediatos ou pouco conectados a trajetórias concretas.

Também surgem demandas importantes como **respeito à identidade juvenil**; superação da visão estigmatizada (“não somos crianças”). Em resumo, coexistem **projetos de futuro mais organizados e outros bastante frágeis**, indicando necessidade de fortalecimento de projetos de vida e orientação.





5.1.5. Propostas a partir das oficinas

“a medida mata o amor.” (Adolescente E)

A escuta realizada permite considerar que a saúde mental dos(das) adolescentes dentro do socioeducativo tem expressiva piora devido à forma como a medida se organiza: muito tempo de alojamento, pouco contato com a família, violências constantes, falta de escuta, insalubridade, falta de autonomia e projetos que não contemplam a fala do(a) adolescente e seguem os mesmos parâmetros para todos(as). A lógica universal, que desconsidera as subjetividades e as diferenças singulares de cada adolescente, ao incidir sobre os corpos, causa sofrimento e dor. O aprisionamento causado pelas medidas socioeducativas privativas e restritivas causa danos à saúde mental, com aumento de insônia e aumento de ansiedade principalmente. Tais questões levam à medicalização de muitos(as) adolescentes acautelados(as) que, em boa parte, iniciam o uso de medicamentos no sistema socioeducativo.

Verifica-se que o aprisionamento constitui-se, ele próprio, enquanto fator de adoecimento. Especialmente para adolescentes com questões graves de saúde mental, **a medida socioeducativa de internação, no formato em que ela está organizada, constitui-se, ainda de modo mais forte, enquanto fator de recrudesimento do sofrimento psíquico.** Frequentemente tais adolescentes se envolvem em situações que geram comissões disciplinares e mais agravamento das questões relativas à saúde mental. De modo evidente, as unidades socioeducativas não se constituem como local adequado para receber adolescentes que apresentam grave sofrimento psíquico.

Por outro lado, o trabalho realizado pela rede de saúde mental com os(as) adolescentes se baseia na urgência e emergência. Os(as) adolescentes não relatam construções de promoção da saúde, o que, se realizado, poderia apaziguar a condição de sofrimento por eles(as) experimentados.

O exílio imposto pela determinação de cumprimento de medida socioeducativa fora dos territórios de origem das(os) adolescentes, impondo a distância da família e dos laços estabelecidos, é fator de grande sofrimento e precisa ser rediscutido, uma vez que **cumprir a medida em liberdade e em contato com a família e com a comunidade possibilita menos danos à saúde mental das(os) adolescentes.** Chama também atenção na fala dos





adolescentes a ausência de trabalho sobre gênero e sobre homofobia nas unidades socioeducativas. Houve relatos sobre adolescente isolado(a) por ser gay, e dos(as) adolescentes reforçando essa lógica excludente. Sendo assim, verifica-se como importante o desenvolvimento de ações educacionais que possam enfrentar essa realidade.

A denúncia da violência a que estão submetidos retumbou nas falas. Revolta e medo se misturaram nos relatos de cotidianos nos quais a força dos mais fortes incidem sobre os corpos adolescentes em ações violentas, em agressões físicas, em ameaças e em humilhações. Isso, afirmam, prejudica, e muito, a saúde mental.

Os adolescentes narraram que a lógica do sistema prisional é transposta para o sistema socioeducativo, inclusive porque alguns dos que ocupam a função de agentes socioeducativos ou monitores vêm do sistema prisional e são nomeados pelos(as) adolescentes como “bandidos de farda”. De maneira contundente, afirmaram que quem manda no sistema são as equipes de segurança e que a violência é a linguagem, não de todos, mas de muitos. Os demais atores que compõem o quadro de trabalhadores são descritos como detentores de menos poder, sem condição de contrapor à lógica de violência vigente. Disseram ainda que os centros socioeducativos do interior do estado são piores do que os da capital, pois a violência é ainda maior. Os relatos apontam que as práticas, no contexto por eles experimentado, pautam-se pela lógica da punição e da segurança, longe dos preceitos e das diretrizes que orientam a socioeducação em nosso país.

Mais do que apontar fragilidades, o conjunto dessas falas indica que a saúde mental, nesses contextos, não pode ser pensada de forma dissociada das condições institucionais, das relações de poder e das violências relatadas, sendo essas dimensões centrais e urgentes para qualquer horizonte possível de cuidado. **Se algo se impõe a partir dessas escutas, é que não há saúde mental em contexto de violência institucional, uma vez que não há como tratar a saúde mental de adolescentes sem tratar, ao mesmo tempo, as condições que a produzem e a atravessam.**





Capítulo 6

ESCUTA DE PROFISSIONAIS POR ÁREA





6. ESCUTA DE PROFISSIONAIS

A etapa de escuta dos profissionais integrou este diagnóstico com o objetivo de coletar, de forma estruturada, percepções e informações sobre a atuação dos diferentes atores institucionais envolvidos no atendimento socioeducativo, abrangendo profissionais do SUS, do SUAS, do Sistema Socioeducativo (meio aberto e meio fechado) e do Sistema de Justiça, em Belo Horizonte.

Para tanto, foi definida uma amostra intencional composta por equipamentos e por serviços de referência diretamente vinculados às unidades socioeducativas participantes do diagnóstico, bem como por profissionais que atuam no acompanhamento desses(as) adolescentes. Ressalta-se que esses profissionais correspondem às equipes responsáveis pelo atendimento e acompanhamento dos(as) adolescentes que participaram das oficinas de escuta cujos principais achados foram apresentados no capítulo 5 deste Diagnóstico.

A metodologia adotada consistiu na elaboração e na aplicação de formulários eletrônicos (*Google Forms*), encaminhados aos serviços e aos profissionais indicados, contendo questões objetivas e abertas voltadas à identificação de fluxos, de práticas, de desafios e de potencialidades no atendimento em saúde mental. As respostas foram posteriormente sistematizadas e analisadas por área de atuação, permitindo a identificação de padrões, de convergências e de especificidades entre os diferentes setores, como será apresentado a seguir.

6.1. Profissionais da política de saúde

No âmbito do SUS, a etapa de escuta de profissionais da saúde foi estruturada a partir da definição de uma amostra composta por serviços estratégicos da rede de atenção à saúde mental e da atenção básica de Belo Horizonte, diretamente vinculados às unidades socioeducativas participantes do diagnóstico. Foram considerados, nesse recorte, profissionais dos CERSAMi — Centro-Sul, Noroeste e Nordeste —, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência territorial das unidades socioeducativas (Santa Inês, Maria Madalena Teodoro,





Horto, Capitão Eduardo e Lisandra Angélica David Justino), bem como técnicos da PNAISARI de Belo Horizonte.

Participaram **38 profissionais** (após exclusão de um registro duplicado), com predominância de enfermeiros (7), seguidos por gestores (5), técnicos da PNAISARI (5), psicólogos (5), técnicos de enfermagem (4), assistentes administrativos (3), médicos (2), médicos psiquiatras (2), agentes comunitários de saúde (2) e assistente social (1). Observou-se maior participação de profissionais da UBS Horto (7), seguida pelos CERSAMi Noroeste (6) e CERSAMi Centro-Sul (5), com distribuição relativamente equilibrada entre os demais serviços, como PNAISARI (4), CERSAMi Nordeste (4), UBS Maria Madalena Teodoro (4), UBS Capitão Eduardo (3), Centro de Saúde Lisandra Angélica David Justino (3) e UBS Santa Inês (2). O tempo de atuação profissional dos entrevistados variou entre um e quinze anos, com maior concentração entre um e três anos.

Quanto à existência de protocolos para atendimento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa que apresentam sofrimento psíquico, 22 respondentes (57,9%) afirmaram sua existência, enquanto os demais indicaram inexistência ou desconhecimento. As descrições apresentadas apontam predominantemente para práticas construídas no cotidiano, como acolhimento, escuta qualificada, avaliação clínica e articulação com a equipe socioeducativa, em detrimento de protocolos formais e padronizados. Embora alguns elementos comuns tenham sido identificados — como o acolhimento inicial, o matriciamento e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) —, observam-se diferenças nas formas de descrição e de operacionalização dessas práticas, sugerindo variações entre serviços e profissionais.

No que se refere aos **fluxos pactuados** entre o SUS e o sistema socioeducativo, 34 respondentes (89,5%) afirmaram sua existência e 28 (73,7%) indicaram que esses fluxos são conhecidos pelas equipes. Ainda assim, os relatos sugerem diferenças entre os fluxos formalmente estabelecidos e sua aplicação prática, especialmente quanto à continuidade do cuidado e à articulação entre os serviços. Um ponto crítico refere-se à descontinuidade do cuidado no território, especialmente quando há encaminhamento para serviços de maior complexidade. Observa-se, em alguns relatos, a transferência da condução do caso para serviços especializados ou para o sistema socioeducativo.





Os profissionais reconhecem, de forma majoritária, a presença de demandas específicas de saúde mental associadas ao contexto das medidas socioeducativas, especialmente no meio fechado: 33 respondentes (86,8%) indicaram essa relação, enquanto 1 (2,6%) negou e 4 (10,5%) não souberam responder. As principais manifestações relatadas incluem ansiedade, insônia, instabilidade emocional, agitação psicomotora e comportamentos autolesivos. Tais demandas são frequentemente associadas, pelos profissionais, à privação de liberdade, ao afastamento familiar e às dificuldades de adaptação ao ambiente institucional.

Por outro lado, identifica-se como avanço a ampliação da oferta de dispositivos de cuidado, incluindo a inserção desses(as) adolescentes em iniciativas como o *Programa Arte da Saúde: Ateliê da Cidadania* e em modalidades de hospitalidade diurna e noturna em serviços especializados de saúde mental, de acordo com as demandas clínicas, o que pode indicar potencial de diversificação da atenção ofertada.

O manejo das demandas em saúde mental é descrito principalmente a partir de estratégias clínicas como escuta qualificada, acolhimento, acompanhamento individual, encaminhamento para serviços especializados e articulação com a rede de saúde. A identificação de situações de sofrimento psíquico ocorre sobretudo por meio da observação cotidiana e da experiência prática dos profissionais. Entretanto, há indícios de que a diferenciação entre manifestações de sofrimento psíquico e questões comportamentais nem sempre se apresentam de forma clara, dependendo da interpretação de cada profissional.

No que se refere ao **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, as respostas indicam que a principal estratégia mencionada é a discussão de casos entre profissionais, incluindo articulação com a equipe do sistema socioeducativo, seguida por práticas de matriciamento. Essas estratégias são descritas como formas de organização do cuidado e de definição de encaminhamentos. A participação do adolescente na construção do PTS é pouco efetiva, ocorrendo sempre após consulta e escuta dos profissionais do Sistema Socioeducativo.

Em relação à **articulação entre o PTS e o Plano Individual de Atendimento (PIA)**, observa-se elevado número de respostas em branco ou de profissionais que não souberam informar como essa integração ocorre. Entre os que responderam, há relatos pontuais de articulação, sem descrição de procedimentos padronizados. Os dados sugerem que essa integração não se apresenta de forma sistematizada entre os serviços, indicando variações





na forma como o cuidado em saúde mental se articula com o acompanhamento da medida socioeducativa.

Os achados indicam que **o sofrimento psíquico dos(as) adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa está relacionado a condições institucionais, a limitações na oferta de serviços e a relatos de violência**. Nessa perspectiva, as demandas de saúde mental identificadas pelos profissionais não se restringem a quadros clínicos, mas estão associadas, sobretudo, às condições estruturais do sistema socioeducativo: modelo asilar, pautado pelo disciplinamento e marcado por violações dos direitos.

A **medicalização** aparece como estratégia frequente no manejo das demandas em saúde mental, especialmente em situações relacionadas ao sono, à ansiedade e à agitação. Parte dos profissionais reconhece a importância do uso de medicamentos quando associado a avaliação clínica e a acompanhamento adequado, enquanto outros apontam preocupação com seu uso ampliado e inadequado nas unidades de privação de liberdade. Também foram relatadas fragilidades relacionadas à gestão do uso de medicamentos, incluindo dificuldades na organização do acompanhamento terapêutico e na articulação entre os serviços de saúde e as unidades socioeducativas, tais como administração de medicamentos por profissionais não vinculados diretamente à equipe de saúde, uso sem prescrição médica, práticas informais de oferta medicamentosa e compartilhamento indevido entre adolescentes.

Os profissionais relatam que **os(as) adolescentes apontam estratégias protetivas para sua saúde mental, como a ampliação de atividades fora dos alojamentos, o maior acesso à escolarização e o fortalecimento dos vínculos familiares**. Contudo, observa-se, a partir dos relatos, baixa participação do(a) adolescente nas decisões sobre seu cuidado, bem como limitações no acesso às informações sobre encaminhamentos e sobre atendimentos em saúde.

As respostas indicam que a oferta de serviços no contexto analisado se concentra em atendimentos básicos, como psicologia, medicina, enfermagem, serviço social e odontologia, além de oferta medicamentosa e de atendimentos de urgência/emergência, incluindo saúde mental. Observa-se baixa menção a outras especialidades médicas e a ações de promoção e prevenção, sugerindo predominância de um modelo assistencial voltado à resposta a demandas imediatas. Os profissionais também mencionam a Atenção Primária à Saúde (APS)





e as equipes da Estratégia Saúde da Família como referências importantes para o acompanhamento dos(as) adolescentes. No entanto, os relatos apontam desafios relacionados à organização e à continuidade do cuidado, especialmente no que se refere à articulação entre os serviços e ao acompanhamento longitudinal no território.

Quanto ao uso de álcool e outras drogas por parte dos(as) adolescentes, os profissionais indicam a presença de uso de múltiplas substâncias, com destaque para maconha, tabaco, cocaína, álcool e crack. Em relação às estratégias de cuidado, predominam abordagens assistenciais individualizadas, especialmente atendimento clínico (76,9%) e ações de redução de danos (71,8%). Em menor frequência, são mencionadas práticas coletivas e preventivas, como grupos e campanhas educativas (23,1%).

Os profissionais relataram a ocorrência de **situações de violência** contra adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. A maioria (64%) relatou a ocorrência dessas situações. Entre os tipos mais mencionados destacam-se agressões verbais, psicológicas e físicas, tanto entre adolescentes quanto envolvendo profissionais, além de manifestações de racismo e de transfobia e referências a práticas institucionais, como uso desproporcional da força, algemação, isolamento e condições inadequadas de transporte. Esses eventos são associados a impactos na saúde mental, como angústia, medo e desejo de evasão.

Quanto às providências adotadas, 76% dos profissionais informaram realizar notificação de violência por meio do preenchimento da [Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal ou Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação \(SINAN\)](#) (Brasil, 2015). Os principais órgãos acionados em situações de violências incluem Secretaria de Saúde, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Vara Infração, Ministério Público e serviços de saúde mental.

No que se refere ao atendimento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em **meio aberto**, os dados indicam heterogeneidade quanto à existência e ao conhecimento de fluxos entre o SUS e o SUAS. Parte dos profissionais reconhece a existência de articulação com os CREAS, enquanto outros apontam desconhecimento ou ausência de pactuação clara, evidenciando fragilidades na articulação intersetorial.





De modo geral, os relatos indicam que o cuidado em saúde mental nessa modalidade depende da articulação entre saúde e assistência social no território. Foram mencionadas estratégias como escuta qualificada, acolhimento, articulação com o CREAS, matriciamento e acompanhamento compartilhado. Ao mesmo tempo, aparecem como desafios a descontinuidade do cuidado, a fragilidade dos fluxos de encaminhamento e a dificuldade de sustentação do acompanhamento longitudinal.

Identificam-se também experiências relacionadas à atuação de técnicos da PNAISARI como articuladores territoriais, desempenhando funções como organização do acesso ao cuidado, facilitação da entrada dos adolescentes nos serviços, apoio matricial, acolhimento e articulação com o CREAS. Os dados sugerem que essa atuação contribui para a articulação intersetorial e para a ampliação do acesso e da continuidade do cuidado, ainda que de forma não homogênea entre os territórios.

Apesar da existência de fluxos pactuados, os relatos indicam desafios na articulação entre saúde, sistema socioeducativo, assistência social e sistema de justiça. Parte dos profissionais relata desconhecimento ou baixa interação com o SUAS (35,9%). Entre os principais desafios estão dificuldades de comunicação entre os serviços, especialmente após o desligamento da medida socioeducativa, e problemas na continuidade do cuidado no território. Em relação ao Sistema de Justiça, foram apontadas dificuldades na comunicação interinstitucional, ausência de espaços regulares de diálogo e limitações na discussão conjunta de casos.

Os relatos indicam **dificuldades na continuidade do cuidado**, especialmente quando há atuação em territórios distintos (quando o território de vivência do(a) adolescente é diferente do local onde a unidade socioeducativa está situada), evidenciando desafios na manutenção do acompanhamento após o cumprimento da medida. As estratégias mencionadas concentram-se no fortalecimento da articulação entre os setores, na criação de espaços de diálogo e na construção de fluxos compartilhados, indicando a necessidade de maior integração entre os serviços.

Quanto à formação, 15 respondentes (39,5%) afirmaram ter recebido capacitação sobre o sistema socioeducativo, enquanto 14 (36,8%) indicaram formação em saúde mental voltada a esse público. A presença de respostas negativas ou de desconhecimento sugere que





essas formações não ocorrem de forma homogênea, o que aponta para a importância da educação permanente para os trabalhadores da rede de saúde, sobre o cuidado em saúde mental de adolescentes em atendimento socioeducativo

De modo geral, os dados indicam que o atendimento em saúde mental a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa é **marcado por práticas construídas no cotidiano, com centralidade na dimensão relacional do cuidado**. Ao mesmo tempo, observam-se desafios relacionados à padronização de protocolos, à articulação intersetorial e à continuidade do cuidado, evidenciando a complexidade do cuidado integral em saúde nesse campo.

6.2. Profissionais da execução das medidas de internação e semiliberdade

6.2.1. Equipes técnicas

No âmbito do sistema socioeducativo de **meio fechado**, o formulário foi direcionado às **Equipes Técnicas** das unidades socioeducativas CSE Lindeia, CSE Horto, CSE Santa Clara, CSE São Jerônimo, CSL Letícia e CSL Santa Amélia. O público-alvo contemplou profissionais das áreas de psicologia, de serviço social, de pedagogia, de enfermagem, de educação física, de auxiliares educacionais e de diretores(as) de atendimento, considerando a composição prevista das equipes em cada unidade.

A participação efetiva totalizou **35 profissionais**, distribuídos da seguinte forma: CSE Lindeia (9), CSE São Jerônimo (8), CSL Santa Amélia (8), CSE Santa Clara (7), CSE Horto (2) e CSL Letícia (1). As análises a seguir foram construídas a partir do conjunto das respostas obtidas, priorizando os aspectos mais recorrentes e mais representativos, sem prejuízo da consideração das demais contribuições apresentadas pelos participantes.

No que se refere à existência de abordagem ou de protocolo específico para o atendimento de adolescentes que apresentam sofrimento psíquico no momento do ingresso na unidade, 28 respondentes (80%) afirmaram a existência de procedimento diferenciado, enquanto 4 (11,4%) indicaram que não há e 3 (8,6%) relataram não saber informar.

As respostas descritivas indicam que o ingresso do(a) adolescente envolve, de modo geral, um processo inicial de acolhimento e de avaliação realizado pelas equipes técnicas. Esse processo inclui escuta qualificada, levantamento de histórico de saúde mental junto à





rede, verificação de uso de medicação, identificação de fatores de risco e registro de informações relevantes para o acompanhamento. Também aparecem referências à coleta de informações junto a familiares e à verificação de atendimentos anteriores na rede de saúde. Em situações de maior gravidade, os profissionais relatam a realização de encaminhamentos imediatos para serviços especializados.

De modo geral, observa-se reconhecimento da importância da identificação precoce do sofrimento psíquico. No entanto, as respostas sugerem que essas práticas nem sempre estão formalizadas nos protocolos institucionais padronizados, sendo frequentemente descritas como **rotinas construídas a partir da experiência das equipes** e das especificidades de cada unidade.

Quanto à articulação com a rede de saúde, a quase totalidade dos respondentes reconhece a existência de fluxos pactuados com serviços externos, especialmente com Unidades Básicas de Saúde e CERSAMi, havendo apenas um registro de inexistência de fluxo. Além disso, 76,5% afirmam que esses fluxos são conhecidos pelas equipes, enquanto 20,6% relatam não saber ou não ter clareza sobre sua existência, o que evidencia possíveis fragilidades na disseminação dessas informações entre os profissionais.

Os relatos indicam que os encaminhamentos para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constituem recurso central no manejo das situações de sofrimento psíquico, especialmente por meio de centros de saúde, de CERSAMi e de unidades de urgência, acionadas em situações de crise.

Alguns profissionais mencionam estratégias como contato direto com os serviços da rede e acompanhamento dos atendimentos realizados, o que indica a presença de iniciativas de articulação mais ativa. Em determinados casos, também são citadas situações de priorização no acesso para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Entretanto, apesar da existência de fluxos, as respostas indicam desafios relacionados à efetividade dessa articulação, especialmente no que se refere à disponibilidade de vagas, ao tempo de resposta dos serviços e à continuidade do acompanhamento.

Além da articulação com a rede externa, as respostas indicam a existência de práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas no interior das unidades socioeducativas. Entre as estratégias mais frequentemente mencionadas estão atendimentos individuais,





acompanhamento psicológico, escuta qualificada, intervenções pedagógicas e atividades voltadas à promoção da saúde.

Em menor frequência, aparecem referências a atividades culturais, esportivas e socioeducativas, compreendidas como importantes para a regulação emocional e para a construção de vínculos. Essas práticas são mencionadas como recursos complementares ao cuidado clínico, porém, é importante destacar que devem fazer parte da rotina do programa de atendimento socioeducativo.

Os dados sugerem que as equipes reconhecem o cuidado em saúde mental como um processo que envolve tanto intervenções especializadas quanto práticas cotidianas de acompanhamento.

Entretanto, a análise das respostas sugere que **o uso de psicofármacos, em alguns casos, tende a assumir centralidade no cuidado**, configurando-se como uma das principais estratégias de intervenção. Esse dado aponta para o risco de uma abordagem predominantemente medicalizante, na qual o manejo do sofrimento psíquico pode ser reduzido à dimensão farmacológica, em detrimento da construção de estratégias psicossociais mais amplas e contínuas.

Cabe ainda dizer que, apesar do reconhecimento de fluxos e práticas institucionais, as respostas também revelam desafios importantes para a consolidação de uma política de cuidado em saúde mental no contexto das unidades socioeducativas. Entre os principais pontos mencionados estão a insuficiência de serviços especializados na rede externa, dificuldades de acesso a atendimentos psiquiátricos, limitações na disponibilidade de vagas e, em alguns casos, a demora nos encaminhamentos. Também aparecem referências à necessidade de maior padronização de protocolos institucionais e de ampliação das ações de formação e de capacitação das equipes.

Outro aspecto relevante diz respeito à circulação das informações institucionais. O fato de parte dos respondentes declarar desconhecimento sobre fluxos já existentes sugere a necessidade de fortalecer mecanismos internos de comunicação e de alinhamento entre os profissionais.

No que se refere à formação, a maioria dos respondentes indica já ter participado de processos de capacitação relacionados ao sistema socioeducativo e/ou à saúde mental.





Entretanto, também aparecem respostas que apontam ausência de formação específica ou desconhecimento sobre iniciativas formativas, o que sugere que a oferta não ocorre de maneira homogênea entre os profissionais. Pode-se inferir, pois, que embora existam iniciativas de capacitação, estas podem não alcançar de forma uniforme todas as categorias profissionais ou todas as unidades, evidenciando a necessidade de fortalecimento e de ampliação das estratégias de formação continuada, especialmente na interface entre saúde mental e socioeducação.

De modo geral, os dados indicam que as equipes técnicas desempenham **papel central na identificação e no acompanhamento das demandas de saúde mental** no contexto socioeducativo, com atuação marcada pela escuta qualificada, pela construção de vínculos e pela articulação com a rede de serviços.

Observa-se a **existência de práticas consolidadas de acolhimento inicial e de encaminhamento para serviços especializados**, bem como o reconhecimento da importância da atuação integrada com a rede de saúde mental. Ao mesmo tempo, os dados sugerem que parte dessas práticas ainda se estrutura a partir da experiência cotidiana das equipes, nem sempre formalizada em protocolos institucionais padronizados. Essa característica pode contribuir para variações na organização do cuidado entre unidades, além de impactar o nível de conhecimento sobre os fluxos existentes.

Também se destacam desafios relacionados ao acesso à rede especializada, à continuidade do cuidado e à circulação de informações entre os serviços, evidenciando a necessidade de fortalecimento das estratégias de articulação e de organização do cuidado em saúde mental nesse contexto.

6.2.2. Equipes de segurança

No âmbito do sistema socioeducativo de **meio fechado**, a escuta das **Equipes de Segurança** manteve a mesma amostra de seis unidades socioeducativas de Belo Horizonte. A amostra considerou diferentes funções da equipe de segurança, incluindo socioeducadores, agentes socioeducativos, supervisores e coordenadores.

A participação totalizou **17 respondentes**, distribuídos entre as unidades, com maior concentração no CSE São Jerônimo (4), CSE Lindeia (4) e CSL Santa Amélia (4), seguidos





pelo CSE Horto (3) e CSL Leticia (2). Não houve participação do CSE Santa Clara. A maior parte da amostra é composta por profissionais da linha de frente operacional (70,6%), incluindo socioeducadores e agentes socioeducativos.

No que se refere à existência de abordagem ou de protocolo específico para adolescentes que apresentam sofrimento psíquico no momento da admissão, 11 respondentes (64,7%) afirmaram a existência de procedimento diferenciado. As respostas indicam que essas abordagens envolvem acolhimento qualificado e humanizado, avaliação pela equipe multidisciplinar, intervenções psicossociais, levantamento de informações prévias e verificação de uso de medicação. Os dados indicam que, embora haja reconhecimento da existência de uma abordagem diferenciada, as **descrições apontam mais para diretrizes práticas de cuidado e de manejo individualizado do que necessariamente para um protocolo formal**, estruturado e padronizado. Esse resultado indica possível variação na sistematização institucional dessas ações entre os profissionais e unidades.

Também foram mencionados **fluxos para situações graves**, como automutilação e ideação suicida. Embora haja reconhecimento da importância desses procedimentos, os relatos indicam diferenças quanto à formalização e ao conhecimento desses fluxos, sugerindo fragilidades na sua padronização e na sua disseminação.

No que se refere à percepção sobre o uso de medicamentos psiquiátricos entre adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, os 17 respondentes apresentaram posicionamentos variados. Cinco profissionais (29,4%) compreendem a medicação como necessária ou essencial, especialmente para estabilização emocional, para organização do comportamento e para prevenção de crises. Um respondente (5,9%) apontou percepção de uso excessivo em determinados casos. A maioria das respostas (11 respondentes – 64,7%) apresenta posição mais contextualizada, indicando que a medicação pode ser necessária conforme avaliação individual e acompanhamento pela equipe de saúde.

Chama atenção a reflexão apresentada por uma Socioeducadora que afirmou: “A maior parte dos adolescentes faz uso de algum medicamento. Sempre questiono se antes da privação de liberdade eles já faziam uso e muitos respondem que não. Ou seja, o ambiente contribui para o uso desses medicamentos.”





Outra Socioeducadora destacou: “É muito rotineiro. Se o adolescente não toma, ele procura um médico para dizer que precisa para dormir.” As falas evidenciam a **percepção de que a medicalização se tornou prática frequente no cotidiano institucional**, sugerindo possível relação entre o contexto de privação de liberdade, dificuldades de adaptação e ampliação do uso de psicofármacos.

Quanto à inserção da equipe de segurança nos espaços de discussão com a equipe técnica, observa-se participação significativa nos estudos de caso: 14 respondentes (82,4%) indicaram participação. Em relação à construção do PIA, os dados mostram maior divisão: 7 (41,2%) participam, 7 (41,2%) não participam e 3 (17,6%) não souberam informar. Em algumas unidades, há respostas divergentes entre profissionais da mesma equipe, indicando ausência de padronização ou de compreensão uniforme sobre o papel da segurança nesses espaços.

Sobre a condução para atendimento externo (na rede de saúde) e uso de algemas, as respostas indicam que a **algemação não é descrita como automática**, mas vinculada a uma avaliação prévia da situação concreta. Contudo, não há consenso explícito quanto ao seu caráter excepcional, e em parte das respostas ela aparece como prática relativamente usual em situações de condução externa.

As respostas indicam que a decisão sobre o uso de algemas varia entre unidades, sendo atribuída ora à direção, ora à equipe de segurança responsável pela condução, com menções pontuais a decisões compartilhadas com a equipe técnica. Essa heterogeneidade revela ausência de padronização clara e significativa margem de discricionariedade. Os critérios mais recorrentes referem-se ao estado emocional e comportamental do adolescente — como surto, agitação e agressividade — e à gestão de risco, especialmente possibilidade de fuga, de autolesão ou de agressão a terceiros. A medida é majoritariamente justificada como forma de proteção da integridade física do(a) adolescente e da equipe. Contudo, observa-se que a crise psíquica é frequentemente interpretada como fator que pode ensejar contenção física, tensionando sua compreensão como situação clínica a ser manejada com cuidado especializado. São raras as referências explícitas ao caráter excepcional da medida ou a fundamentos normativos, e há divergências internas em algumas unidades quanto aos critérios





adotados, o que aponta para a necessidade de maior clareza e de institucionalização dos parâmetros que orientam essa prática.

Foi perguntado aos profissionais da equipe de segurança se já tinham presenciado, tido conhecimento ou recebido relatos de **situações de violência sofridas por adolescentes** durante o cumprimento da medida socioeducativa. Dos 17 respondentes, 5 (29,4%) afirmaram que sim, enquanto 12 (70,6%) indicaram que não. Entre as situações mencionadas estão agressões físicas entre adolescentes ou por parte de funcionários da unidade socioeducativa, violência psicológica, relatos associados à violência doméstica prévia, violência causada pelo Sistema de Justiça e por políticas públicas, além de menção à própria privação de liberdade como forma de violência institucional.

No que se refere à percepção sobre os impactos da privação de liberdade na saúde mental dos(as) adolescentes, 14 respondentes (82,4%) afirmaram que a internação pode agravar quadros preexistentes ou desencadear sofrimento psíquico, enquanto 2 (11,8%) consideraram que não e 1 (5,9%) declarou não saber avaliar. A predominância de respostas afirmativas revela reconhecimento significativo, por parte da equipe de segurança, de que o contexto de privação de liberdade constitui fator potencialmente agravante para a saúde mental, seja em razão do afastamento familiar, da ruptura de vínculos, do ambiente institucional ou das tensões próprias da convivência em regime fechado.

Em relação à formação da equipe de segurança, **15 respondentes (88,2%)** afirmaram já ter recebido capacitação sobre o sistema socioeducativo, e **14 (82,4%)** indicaram formação em saúde mental. Ainda assim, a presença de respostas negativas e de desconhecimento sugere que essas formações não ocorrem de maneira uniforme.

Acerca do trabalho integrado entre unidade socioeducativa e rede de saúde mental, cabe destacar que a maioria dos respondentes (88,2%) reconheceu a existência de fluxos de articulação com a rede de saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde e serviços especializados. No entanto, os dados indicam variações no conhecimento e na aplicação desses fluxos, sugerindo fragilidades na comunicação e na padronização das práticas. Também foram mencionados desafios na articulação com outros sistemas, especialmente assistência social e justiça, relacionados à comunicação, ao tempo de resposta e à definição de responsabilidades.





Foi perguntado aos profissionais, quais potencialidades ou boas práticas conseguem identificar no atendimento de adolescentes com sofrimento psíquico que estão em cumprimento de medida socioeducativa. As respostas evidenciam o reconhecimento de estratégias predominantemente relacionais, destacando-se: **o acolhimento qualificado, a postura empática, o diálogo, a “boa conversa”, o respeito e a paciência no trato cotidiano**. Também foram mencionadas como potencialidades relevantes as **atividades recreativas, as oficinas e as práticas esportivas internas e externas à unidade**, compreendidas como importantes para organização emocional, para socialização e para redução de tensões.

Essas referências indicam que, mesmo cientes dos efeitos potencialmente agravantes da institucionalização, os profissionais identificam nas práticas socioeducativas — especialmente nas **atividades corporais e nas interações cotidianas — recursos concretos de manejo do sofrimento**, contribuindo para a organização emocional, a redução de tensões e a melhoria da convivência. De modo geral, as boas práticas são percebidas sobretudo no campo da dimensão relacional e da prática cotidiana, com menor menção a protocolos estruturados ou a estratégias clínicas sistematizadas, reforçando a importância do vínculo no cuidado em saúde mental no contexto socioeducativo.

Os profissionais relataram demandas frequentes relacionadas à instabilidade emocional, a crises de ansiedade, à agressividade, a mudanças comportamentais abruptas, ao isolamento, ao choro recorrente e a verbalizações relacionadas a sofrimento intenso. A identificação de crises ocorre, sobretudo, a partir da observação cotidiana, da experiência prática e do diálogo com o(a) adolescente e o(a) jovem, revelando um saber adquirido no exercício da função. Entretanto, quando articuladas ao questionamento acerca da diferenciação entre “desafio à disciplina” e “crise de saúde mental”, é possível observar que essa distinção nem sempre se apresenta de forma objetiva, dependendo da interpretação do profissional e do contexto da situação.

Os dados indicam que, embora exista sensibilidade para identificar sinais de sofrimento psíquico, a distinção entre questões disciplinares e manifestações de crise pode ser sutil no ambiente institucionalizado da socioeducação. Isso evidencia a importância de formação continuada e de protocolos claros que auxiliem na qualificação dessa leitura,





contribuindo para evitar a medicalização ou a punição indevida de comportamentos que possam estar relacionados ao sofrimento mental.

6.2.3. Profissionais da execução das medidas de meio aberto

No âmbito do sistema socioeducativo de **meio aberto**, a escuta contemplou profissionais responsáveis pela execução das medidas socioeducativas de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e de Liberdade Assistida (LA), vinculados aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) das regionais Leste e Barreiro, em Belo Horizonte.

A amostra prevista incluía, por unidade, 1 coordenador(a), 2 técnicos(as) das MSE, 1 arte-educador(a) e 1 orientador(a) jurídico(a), totalizando 10 participantes. A participação efetiva foi de **5 respondentes**, correspondendo a 50% da amostra prevista. No CREAS Leste participaram 2 técnicos das MSE, enquanto no CREAS Barreiro participaram 1 coordenador, 1 técnico das MSE e 1 respondente sem identificação de função. Não houve participação de arte-educadores e orientadores jurídicos, o que constitui limitação na representatividade de algumas categorias profissionais. A maioria dos respondentes (60%) possui mais de cinco anos de atuação na execução das medidas socioeducativas de meio aberto.

As equipes relatam sentir-se capazes de identificar sinais e sintomas sugestivos de sofrimento psíquico, destacando a preocupação ética em diferenciar manifestações de sofrimento de questões estritamente disciplinares, evitando processos de patologização precipitada. As respostas evidenciam que a saúde mental constitui demanda transversal à execução da medida socioeducativa em meio aberto. São mencionadas situações envolvendo uso abusivo de álcool e de outras drogas, sintomas ansiosos e depressivos, ideação suicida, episódios de automutilação, dificuldades de vínculo e histórico de violências. No entanto, 80% dos profissionais citam a dificuldade de acesso às consultas e aos profissionais especializados em saúde mental.

Conforme as respostas analisadas, para os(as) adolescentes/jovens que apresentam demandas relacionadas à saúde mental, os profissionais informam que o atendimento na RAPS ocorre por meio de articulação com a política de saúde, especialmente via PNAISARI,





mencionado como principal organizador do fluxo e articulador na interface entre SUS e SUAS.

O sofrimento psíquico é descrito como elemento presente no acompanhamento técnico dos(as) adolescentes, impactando a condução da medida socioeducativa. O uso de substâncias psicoativas aparece como demanda predominante, frequentemente associado a vulnerabilidade territorial, a conflitos familiares e a histórico institucional. Dentre as substâncias mais citadas, maconha e álcool foram mencionadas em 100% das respostas. Registra-se que, embora o álcool seja uma substância lícita, sua venda, seu fornecimento ou sua entrega a crianças e a adolescentes constitui crime. Não obstante, o consumo de bebidas alcoólicas aparece de forma recorrente nos contextos territoriais descritos pelas equipes, indicando que essa substância integra o cotidiano de parte dos(as) adolescentes acompanhados(as). No que se refere à medicalização, em 80% das respostas há relato de abandono frequente das medicações, sendo em 60% das respostas localizado o relato de uma dificuldade de adesão ao tratamento. O dado indica necessidade de atenção quanto à adesão ao tratamento e à continuidade do cuidado na rede de saúde mental.

No que diz respeito à articulação intersetorial, 80% das respostas indicam inexistência ou desconhecimento de articulação estruturada entre PTS e PIA, evidenciando fragilidade na integração formal entre os instrumentos de planejamento das políticas envolvidas, sendo citado em 60% das respostas a existência de fragilidade na comunicação intersetorial.

Quanto ao quesito violência, todos os profissionais assinalam colher relatos de algum tipo de violência praticada por agentes públicos; as violências psicológicas e verbais aparecem em 100% das respostas; em 80% aparecem violências físicas e ameaça e humilhação em 60% delas. Contudo, a maioria dos trabalhadores informa não haver notificação formal via SINAN, o que sugere possível subnotificação dessas situações. Segundo os relatos, fatores como medo de retaliação e dependência de consentimento podem dificultar a formalização das denúncias. Observa-se a necessidade de fortalecimento das orientações e das capacitações sobre protocolos de notificação de violência no âmbito do acompanhamento da medida socioeducativa em meio aberto, considerando a importância institucional e epidemiológica desse registro.





Com relação aos principais desafios identificados, os profissionais apontam dificuldades relacionadas à estrutura e ao acesso na RAPS, bem como desafios na comunicação intersetorial entre as políticas públicas envolvidas.

Com relação às potencialidades identificadas, foram destacados os seguintes tópicos: a atuação da PNAISARI, as reuniões de matriciamento, as discussões intersetoriais de casos, a disponibilidade de profissionais da rede, a construção coletiva do PIA e as ações de redução de danos.

Além disso, 80% dos participantes apontam dificuldades estruturais na RAPS, como insuficiência de serviços e profissionais, dificuldades de acesso, longos tempos de espera, ausência de atenção especializada em determinados territórios e fragilidades na articulação e na continuidade do cuidado. Outros 80% relatam ausência ou desconhecimento de articulação estruturada entre o PIA e o PTS. Destaca-se, ainda, que 100% dos participantes mencionam situações de violência institucional, enquanto 60% informam que esses episódios não são notificados no SINAN.

O atendimento em meio aberto é descrito pelos respondentes como espaço de escuta qualificada, articulador intersetorial e mediador entre políticas públicas. Contudo, paralelamente a essas características, foram registradas dificuldades no campo da saúde mental, como fragilidades na formalização de protocolos intersetoriais, desafios relacionados à notificação de violências e diversidade nas formas de organização das práticas, sem referência sistemática à normativas ou aos protocolos formalizados de monitoramento e de avaliação.

6.2.4. Profissionais do sistema de justiça

No âmbito do Sistema de Justiça, a escuta buscou contemplar profissionais do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) e da Defensoria Pública de Minas Gerais (DPMG), considerando a previsão de participação de um(a) juiz(a), de um(a) técnico(a) judicial, um(a) promotor(a) e um(a) técnico(a), e um(a) defensor(a) e um(a) técnico(a).

A participação efetiva totalizou **2 respondentes**, sendo uma analista de Serviço Social do TJMG e uma analista de Psicologia do MPMG. Não houve participação da DPMG.





Trata-se, portanto, de uma amostra bastante reduzida, o que limita a análise à percepção individual dos profissionais participantes, não sendo possível generalizar os resultados como representativos das instituições.

As respostas indicam reconhecimento, por parte dos profissionais, da relevância da saúde mental no contexto da execução das medidas socioeducativas. A temática é compreendida como elemento central na condução dos casos, especialmente diante da complexidade das demandas apresentadas pelos(as) adolescentes.

Os relatos destacam a importância da articulação entre sistema de justiça, de saúde, de assistência social e de sistema socioeducativo. No entanto, também apontam fragilidades nesse processo, especialmente relacionadas à ausência de fluxos formalizados e à dependência de articulações construídas caso a caso.

As respostas indicam dificuldades na comunicação interinstitucional e na definição de procedimentos mais estruturados, o que pode impactar a continuidade do cuidado e a efetividade das ações desenvolvidas.

Entre os principais desafios mencionados estão as limitações estruturais da rede de saúde mental, especialmente no que se refere ao acesso e à continuidade do atendimento. Também foram apontadas dificuldades relacionadas à formalização de fluxos e à integração entre as diferentes políticas públicas envolvidas.

Os dados sugerem que a articulação intersetorial, embora reconhecida como necessária, ainda se apresenta de forma pouco estruturada, dependendo da iniciativa dos profissionais e das condições locais de funcionamento da rede.





Capítulo 7

MAPEAMENTO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E VIOLAÇÕES DE DIREITOS





7. MAPEAMENTO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

A Política Nacional de Saúde Mental instituiu a RAPS como estratégia de organização do cuidado às pessoas que apresentam sofrimento psíquico e àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, orientada pelos princípios da atenção comunitária, da desinstitucionalização, da proteção dos direitos humanos e da integralidade do cuidado.

Paralelamente à consolidação da RAPS, observou-se, nas últimas décadas, expressiva expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs), instituições privadas que oferecem acolhimento residencial a pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Esse crescimento ocorreu em um contexto marcado tanto por insuficiências na oferta de serviços especializados da rede pública quanto pela progressiva incorporação dessas instituições às políticas sobre drogas, acompanhada da destinação de recursos públicos para seu financiamento.

As Comunidades Terapêuticas foram introduzidas no Brasil entre as décadas de 1960 e 1970 e se fortaleceram como alternativa de acolhimento para pessoas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Em sua maioria, são organizações privadas sem fins lucrativos que adotam modelos de cuidado baseados na convivência entre pares, na abstinência e no acolhimento residencial, características que têm suscitado intenso debate acerca de sua compatibilidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, especialmente quando destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes.

Inspiradas em modelos estadunidenses e sustentadas por concepções moralistas e fundamentalistas religiosas sobre o uso de drogas, incorporam estratégias como os “12 Passos” dos Alcoólicos Anônimos (AA), centradas na abstinência. Em nosso país, “a variante conservadora das CTs se amalgamou com as matizes nacionais de reacionarismo e charlatanismo religioso, além das desigualdades sociais”, conforme destaca Pedro Henrique





Antunes Costa, professor da Universidade de Brasília, em entrevista concedida à revista eletrônica *Outras Palavras* (Arruda, 2025).

Entre 2010 e 2011 estimava-se a existência de mais de duas mil CTs no país. Em estudo mais recente, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (2021) indica a existência de ao menos seis mil CTs em funcionamento, muitas vinculadas a políticas públicas — como o Programa Crack é Possível Vencer, ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), além de programas estaduais e municipais — sendo ainda inscritas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela [Portaria nº 3.088/2011/MS](#) (Brasil, 2011), apesar de não serem serviços de saúde.

Parte significativa dessas entidades opera em situação irregular, diante de regulamentação estatal frágil e fiscalização insuficiente. As CTs recebem recursos privados, da União, estados e municípios, além de emendas parlamentares, o que não tem impedido a recorrência de denúncias de violações de direitos humanos, registradas em inspeções oficiais e reportagens.

A Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil, 2017), com amostra de 500 (quinhentas) CTs, identificou que sua organização se estrutura no tripé trabalho—disciplina—espiritualidade, partindo da concepção de que pessoas usuárias de álcool e outras drogas seriam moralmente frágeis e passíveis de correção disciplinar. Os métodos mais utilizados são espiritualidade (95%), trabalho forçado (92%) e psicoterapia em grupo (88%).

Em inspeção realizada em 2024 pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC/MPF) e pelo Ministério Público do Trabalho (MPT), foram inspecionadas 43 CTs em 25 estados e no Distrito Federal, identificando-se:

[...] adoção de métodos que retornavam à lógica da internação, inclusive compulsória, como recurso primeiro e exclusivo de suposto tratamento, em absoluta contrariedade à legislação vigente, por basearem o tratamento dessas pessoas em confinamento. Além disso, foram constatadas diversas violações de direitos humanos, como: pessoas contidas pela força ou por meio de medicamentos, ausência de comunicação externa, alojamento em condições precárias em lugares distantes que dificultavam a interação com seus familiares e a sociedade” (Brasil, 2018).

A partir de 2019, mesmo contrariando evidências científicas (Alexander, 2018, p. 18-55) e a legislação vigente, ampliou-se a inserção das CTs nas políticas públicas,





especialmente na política de assistência social, com institucionalização no MDS e criação do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas (DEPAD), pelo Decreto nº 11.392/2023. Em 2025, o MDS publicou edital de R\$119 milhões (Brasil, [s.d]) para financiamento dessas entidades, ampliando o repasse de recursos públicos sem correspondentes mecanismos de controle e fiscalização.

Além do MDS, outros órgãos governamentais — como a ANVISA, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e o próprio SUS — têm contribuído para a consolidação das CTs como entidades privadas de atendimento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, evidenciando reconfiguração institucional com desvio de financiamento público e fragilização da RAPS.

Esse processo caracteriza uma contrarreforma da PNSM, estruturada em três pilares: re-manicomialização, privatização e mercantilização das políticas de saúde, elementos presentes na parceria entre poder público e CTs, conforme aponta Arruda (2025). Esse arranjo impõe ainda obrigações adicionais ao SUS, sobrecarregando-o com exigência de avaliação diagnóstica prévia à internação, pela rede de saúde, além de reproduzir práticas discriminatórias ao focalizar majoritariamente a população negra e pobre.

Embora as CTs sejam protagonistas desse processo, outras entidades sob diferentes denominações — clínicas, fazendas, casas de repouso — impulsionadas pela Política Nacional sobre Drogas e por financiamentos públicos, também disputam recursos da União, dos Estados e Municípios

A inclusão deste capítulo no *Diagnóstico da atenção em saúde mental de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa* decorre da constatação de que adolescentes vêm sendo encaminhados para Comunidades Terapêuticas, bem como das recorrentes denúncias de violações de direitos identificadas por órgãos nacionais e internacionais de monitoramento dessas instituições. Essa realidade demanda análise, considerando que o cuidado em saúde mental e às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser ofertado, prioritariamente, pela RAPS, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, da proteção integral de crianças e adolescentes e da excepcionalidade de qualquer medida que implique privação de liberdade.





Nesse contexto, destaca-se a **Resolução CONANDA nº 249/2024**, que dispõe sobre o atendimento de crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e estabelece diretrizes para sua proteção integral. A norma **veda o acolhimento e a permanência desse público em CTs**, reafirmando que o cuidado deve ocorrer, prioritariamente, por meio de serviços comunitários e territoriais integrantes da RAPS, em articulação com as demais políticas públicas.

Assim, o encaminhamento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas para CTs mostra-se incompatível com o marco normativo vigente, exigindo atuação articulada de todos os atores do Sistema de Garantia de Direitos para prevenir essa prática, fortalecer a RAPS e assegurar o cuidado em liberdade, territorial e intersetorial previsto na legislação brasileira.

7.1. Dados sobre CTs no Estado de Minas Gerais

Entre setembro e novembro de 2025, o Subgrupo de Trabalho “Mapeamento de Comunidades Terapêuticas e Violações” realizou levantamento exploratório junto a órgãos públicos, com o objetivo de subsidiar o Diagnóstico relacionado aos cuidados em saúde mental de adolescentes a quem se atribui a prática de atos infracionais, conduzido pelo GT III - Socioeducativo do CEIMPA-MG.

Foram encaminhadas solicitações de informações sobre CTs ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), às Secretarias de Estado de Saúde (SES), de Desenvolvimento Social (SEDESE) e de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP), ao Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-Saúde/MPMG), à Defensoria Pública de Minas Gerais (DPMG) e aos Conselhos de Classe (CRP e CRESS-MG). Nem todos os órgãos responderam integralmente às solicitações.

O MDS encaminhou informações sobre número de vagas contratadas, critérios e valores repassados. Em Minas Gerais, o MDS financia 1.438 vagas destinadas a maiores de 18 anos, sendo 1.076 vagas masculinas, 344 vagas femininas e 18 vagas para mães/nutrizes e bebês.





O repasse mensal estimado é de R\$ 1.692.059,26, sendo R\$ 1.261.319,48 para vagas masculinas; R\$ 403.247,12 para vagas femininas; e R\$ 27.492,66 para vagas mães/nutrizes. O valor anual totaliza R\$20.304.711,12 em recursos públicos federais destinados às CTs no estado.

A SEJUSP/MG informou a existência de financiamento estadual em 32 municípios, com 12 vagas contratadas por entidade, sendo 23 destinadas ao público masculino e 9 ao feminino. Foram disponibilizados nomes das entidades, endereços e contatos, mas não houve informação sobre os valores repassados.

A SES/MG informou não possuir dados sobre CTs, uma vez que tais instituições não integram os serviços da RAPS. A SEDESE/MG informou que as CTs não são reconhecidas como entidades de assistência social e não integram o SUAS.

Os Conselhos de Classe informaram dados cadastrais vinculados ao exercício profissional. O CRESS-MG registrou 54 CTs com Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) de assistentes sociais. O Conselho Regional de Psicologia (CRP) possui 95 CTs cadastradas entre 2007 e 2017, sendo que em três delas constam vagas destinadas a crianças e adolescentes.

No âmbito do Sistema de Justiça, a Defensoria Pública de Minas Gerais informou a existência de 29 entidades catalogadas. O Centro de Apoio Operacional (CAO-Saúde/MPMG) esclareceu que o mapeamento compete às Promotorias de Justiça locais, com a fiscalização descentralizada no âmbito das comarcas.

Com base nas respostas institucionais, o Subgrupo organizou um compilado com as informações, em planilha única. Em seguida, identificou interseções entre as diferentes bases, ou seja, uma mesma entidade poderia constar na listagem de mais de uma instituição (MDS, SEJUSP e em Conselhos, por exemplo). Portanto, o número absoluto de CTs em Minas Gerais não corresponde à soma simples dos registros informados por cada órgão, pois há também aquelas que atuam na clandestinidade.

A consolidação das bases recebidas (MDS, SEJUSP, Conselhos de Classe e Sistema de Justiça), com exclusão de registros duplicados, permitiu identificar 276 (duzentas e setenta e seis) comunidades terapêuticas mapeadas em Minas Gerais. Foram ainda identificados outros 10 (dez) nomes de comunidades terapêuticas, sem que se lograsse obter informações





adicionais, como endereço, contatos ou dados institucionais mínimos. Ressalta-se que a dispersão das informações entre diferentes órgãos evidencia a inexistência de base unificada de controle e monitoramento dessas entidades no âmbito estadual.

Além das consultas institucionais, foram contatadas, por meio de amostragem, através de ligação telefônica para as comunidades terapêuticas das bases obtidas, com o objetivo de verificar a existência de atendimento a adolescentes. Na amostra consultada, houve negativa de internação de adolescentes, sendo informados diversos motivos, como decisão da própria instituição, as dificuldades de manejo com adolescentes e suas famílias, entre outros. Regra geral, as CTs não informaram que há vedação expressa à internação de crianças e adolescentes por força da [Resolução nº 249/2024 do CONANDA](#) (Brasil, 2024).

Com o objetivo de qualificar o levantamento, o Subgrupo realizou buscas complementares em fontes abertas, incluindo mecanismos de pesquisa na internet e redes sociais, incorporando à tabela os dados encontrados. Ainda assim, diversos campos permaneceram sem preenchimento em razão da ausência de informações disponíveis publicamente.

Diante desse cenário, propõe-se que a relação consolidada seja compreendida como instrumento dinâmico e em permanente atualização, a ser alimentado pelos órgãos fiscalizadores, movimentos sociais e pelo próprio CEIMPA-MG, com a finalidade de subsidiar inspeções, monitoramento institucional e fortalecimento das ações de fiscalização e proteção de direitos de adolescentes.

A relação consolidada das CTs mapeadas será disponibilizada aos órgãos com atribuição de fiscalização e controle — notadamente Ministério Público, Defensoria Pública e demais instâncias competentes — para que promovam inspeções e adotem as providências cabíveis quanto à apuração de eventuais violações de direitos humanos. Deverá ser dada especial atenção à possível admissão ou internação de crianças e adolescentes, em desacordo com a [Resolução nº 249/2024 do CONANDA](#) (Brasil, 2024) e com as garantias previstas no [Estatuto da Criança e do Adolescente \(Lei nº 8.069/1990\)](#) (Brasil, 1990) e na [Lei 10.216/2001](#) (Brasil, 2001) especialmente quanto à proteção integral, à excepcionalidade das medidas restritivas de liberdade e à vedação de práticas que atentem contra a dignidade e os direitos fundamentais desse público.





A partir da consolidação dos dados obtidos na planilha de mapeamento das CTs, foi elaborado [mapa georreferenciado](#) com a finalidade de identificar a distribuição territorial dessas entidades no Estado de Minas Gerais no *QR Code* a seguir:



O instrumento permite visualizar a concentração, dispersão e localização das CTs por município, constituindo ferramenta estratégica para subsidiar ações de monitoramento, inspeção e articulação interinstitucional. O mapa integra o conjunto de produtos deste levantamento e poderá ser atualizado à medida que novas informações forem incorporadas à base de dados.

Cabe ressaltar que o mapa é composto apenas pela unidades cujos endereços puderam ser devidamente localizados no *Google Maps*, seja porque essa informação já constava integralmente no levantamento elaborado, seja porque a própria unidade já havia salvo a sua localização no referido instrumento.

Assim, as unidades cujas informações já se encontravam publicizadas foram meramente incorporadas ao mapa apresentado. Para as unidades cujos endereços não estavam completos ou que se localizam em zona rural - especialmente aquelas cujos endereços contêm apenas nome de rodovia ou estrada e quilômetro de referência, por se tratar de trechos extensos -, não foi possível identificar a localização exata no mapa.

Outro produto elaborado pelo Subgrupo Mapeamento de Comunidades Terapêuticas e Violações, é um roteiro orientativo contendo questões essenciais a serem observadas, verificadas e indagadas pelos órgãos fiscalizadores durante inspeções em CTs. O objetivo é oferecer subsídios técnicos e padronizados que qualifiquem as visitas institucionais, contribuindo para a identificação precoce de irregularidades e violações de direitos.

O roteiro contemplará, entre outros pontos, aspectos recorrentes nas denúncias identificadas ao longo deste diagnóstico, tais como: acolhimento ou permanência irregular de crianças e adolescentes; restrição de liberdade; ausência de equipe técnica habilitada; práticas





disciplinares coercitivas ou vexatórias; impedimento de contato com familiares; ausência de inscrição em conselhos competentes; irregularidades sanitárias; inexistência de plano terapêutico individualizado; e não articulação com a RAPS. A proposta sugere parâmetros mínimos de verificação, fortalecendo a atuação preventiva e a garantia de maior efetividade na proteção de direitos.

7.2. Comunidades terapêuticas: os novos manicômios?

Desde sua inclusão como entidades de atendimento a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas nas políticas públicas, as CTs têm operado sob forte tensão com profissionais de saúde, gestores públicos e movimentos sociais antimanicomiais e antiprisionais. As críticas concentram-se no seu caráter excludente, com recorrentes denúncias de violação de direitos humanos e na destinação de recursos públicos em detrimento de investimentos na RAPS e no SUS.

Os movimentos de luta antimanicomial sustentam que as CTs representam a reatualização da lógica manicomial, aproximando-se do conceito de “instituições totais” (Goffman, 1987), entendido como espaços de residência e trabalho nos quais indivíduos, separados da sociedade por período prolongado, levam vida fechada e formalmente administrada. Sob a retórica do cuidado, identificam-se práticas de confinamento, disciplinamento e exclusão social, incidindo de forma desproporcional sobre populações vulnerabilizadas, especialmente pessoas negras e em situação de pobreza.

É imprescindível destacar que o tratamento em saúde constitui direito fundamental assegurado constitucionalmente como dever do Estado e não autoriza a imposição de tratamento compulsório indiscriminado e discriminatório. A Reforma Psiquiátrica Brasileira estabeleceu o paradigma do cuidado em liberdade e regulamenta as modalidades de internação (art. 6º da Lei nº 10.216/2001): voluntária, involuntária e compulsória (Brasil, 2001). A utilização reiterada de internações involuntárias ou compulsórias em CTs — muitas vezes desvinculadas da rede pública de saúde — descumpre e afronta esse marco normativo e suscita questionamentos quanto à legalidade e legitimidade dessas práticas.

No âmbito do Sistema de Justiça, observa-se movimento de superação da lógica manicomial, especialmente após a edição da [Resolução nº 487/2023](#) do Conselho Nacional de





Justiça (CNJ) (Brasil, 2023), que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e determinou a progressiva desativação dos manicômios judiciários.

No plano social, intensificaram-se manifestações contrárias à expansão das CTs. Em 10 de outubro de 2025, Dia Mundial da Saúde Mental, foi lançada a “Campanha Nacional Contra as Comunidades Terapêuticas”, denunciando violações e reivindicando o fim do financiamento público a essas entidades. Em novembro de 2025, o Movimento Nacional de Vítimas de Comunidades Terapêuticas (MNVCT) solicitou ao Ministério da Saúde a exclusão dessas instituições da RAPS, durante o 14º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Relatos e inspeções oficiais indicam a continuidade de encaminhamentos e internações desse público em CTs, inclusive por determinação ou indicação de agentes do Sistema de Justiça e de serviços socioassistenciais. O Painel de Saúde Mental no Sistema Socioeducativo (Brasil, [s.d]), apresenta uma seção referente ao número de adolescentes encaminhados a serviços de saúde mental, em que registra encaminhamentos para CTs. Em nota, o Painel informa que manteve o dado tal qual coletado pelo [Levantamento Nacional do Sinase](#) (Brasil, 2025), apesar da prática contrariar as disposições legais vigentes, o que evidencia ainda mais a necessidade de monitoramento permanente.

Esse cenário revela um campo marcado por disputas de narrativas e de modelos de atenção à saúde para pessoas em uso prejudicial de álcool e drogas, além de proposições legislativas que buscam ampliar as internações compulsórias, inclusive de crianças e adolescentes, sob justificativa sanitária. Tais iniciativas desrespeitam o marco da proteção integral, conquistas do movimento democrático em nosso país, e da excepcionalidade das medidas restritivas de liberdade e do cuidado em liberdade, pilares do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde e da nossa Constituição Cidadã de 1988.

7.3. Sistema Socioeducativo e comunidades terapêuticas

Segundo dados do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (Brasil, 2025), em 2024, havia 38.332 adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, assim distribuídos: 12.506 (32,6%) em restrição e privação de liberdade e 25.826 (67,4%) em meio





aberto. Em Minas Gerais, havia 1.102 adolescentes privados ou restritos de liberdade, o que coloca o estado na segunda posição nacional em número de adolescentes em privação de liberdade.

No sistema socioeducativo, a responsabilidade pelo cuidado desses adolescentes é do Estado, que deve assegurar atenção integral à saúde, inclusive à saúde mental, conforme o [Estatuto da Criança e do Adolescente \(ECA\)](#) (Brasil, 1990) a [Lei do SINASE](#) (Brasil, 2012) e a PNAISARI, com base no cuidado em liberdade e na articulação intersetorial.

Entretanto, as fragilidades históricas na implementação dessas políticas — especialmente no campo da saúde mental e do cuidado relacionado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas — têm produzido lacunas assistenciais. É nesse contexto que as CTs passam a ser utilizadas como alternativa substitutiva ou paralela à rede pública, inclusive no atendimento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, em desacordo com o marco normativo da proteção integral e do cuidado em liberdade. Vê-se que apesar do arcabouço jurídico democrático avançado do país, conquistado com muitas lutas, ainda há profissionais e operadores do direito que atuam inspirados no ultrapassado Código de Menores.

A ausência de dados estatísticos confiáveis sobre adolescentes internados em CTs revela significativa lacuna de informações. Nesse contexto, o Painel de Saúde Mental no Sistema Socioeducativo, elaborado pelo CNJ em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Direitos Humanos e Cidadania (MDHC), demanda aprofundamento quanto à identificação de encaminhamentos e permanências de adolescentes nessas instituições, de modo a subsidiar o monitoramento dessa realidade, fortalecer a implementação da política antimanicomial e orientar a adoção de medidas voltadas à garantia do cuidado em liberdade.

Diante desse quadro, e com o intuito de traçar um panorama sobre as violações de direitos identificadas nas CTs, o presente relatório apresenta resultados de algumas inspeções realizadas, com recorte nas violações mais frequentes identificadas em comunidades terapêuticas, bem como o extrato de um caso de internação irregular de adolescente, com o objetivo de problematizar a prática de internação compulsória e subsidiar a formulação de propostas no âmbito da Política Antimanicomial do Sistema de Justiça.





7.4. Análise de violações

Para subsidiar a análise das violações de direitos identificadas no âmbito das CTs ou instituições similares, a Tabela 16 apresenta, de forma sistematizada, o resultado de uma inspeção interinstitucional e de um caso de denúncia encaminhado ao CEIMPA/MG, ocorridos em dois municípios do estado, além de registros extraídos de relatórios oficiais de inspeção, documentos institucionais e reportagens jornalísticas dos anos de 2017, 2023 e 2025.

Tabela 16 - Violações de direitos identificadas em CTs

Violações de direitos identificadas em Comunidades Terapêuticas a partir de dados secundários		
Fonte	Ano	Violações registradas
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil, 2017)	2017	Violação de direitos reprodutivos e sexuais;incomunicabilidade; Retenção de documentos e bens pessoais;Violação de direito a acesso a internet; Restrição á de escolha literatura/TV; restrição de contato com familiares; advertências orais;punições e castigos;laborterapia e privação de liberdade.
Inspeção interinstitucional ¹³ – Centro de Recuperação Álcool e Drogas “Desafio Jovem – Maanaim” (Itamonte/MG)	2020	Internação de adolescentes juntamente com adultos; violação de direitos previstos no ECA; irregularidades sanitárias e de segurança alimentar; riscos estruturais; existência de espaços para castigo; contenção mecânica e química; uso abusivo de medicação psicotrópica com finalidade punitiva; internação de adolescentes com sofrimento mental, deficiência e comorbidades clínicas sem assistência adequada; relato de assassinato de adolescente; privação de convívio social; características asilares; descumprimento da Lei nº 10.216/2001; encaminhamentos pelo Sistema de Garantia de Direitos; indícios de improbidade administrativa e omissão fiscalizatória por órgãos públicos locais.

¹³ Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos (FMDDH), Conselho Regional de Psicologia (CRP/MG), Instituto de Direitos Humanos: Pesquisa, Promoção e Intervenção em Direitos Humanos e Cidadania (IDH), Fórum Mineiro de Saúde Mental (FMSM) e Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DSMAD/SES-MG), acompanhamento remoto do MPF, através do Gabinete do Procurador da PRM/Pouso Alegre/MG





Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) (Brasil, 2024)	2023	Ausência de prontuários de Saúde e de equipe de saúde; trabalho análogo ao escravo, alojamentos insalubres, alimentos com data de validade vencidos.
Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) ¹⁴	2025	Contenção física e/ou medicamentosa; ausência de comunicação externa; alojamentos precários, lugares distantes que dificultavam a interação com seus familiares e a sociedade; recorrentes os casos de espancamento, tortura e morte.
Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT, 2025)	2025	Cárcere privado; trabalho análogo à escravidão e tráfico de pessoa; Internação de adolescentes; Privação de vinculações afetivas e sexuais; Isolamento social externo; Violência religiosa; Contenção medicamentosa; Prática de resgate a pop. rua/Sequestro; trabalho forçado; obitos; tratamento cruel, desumano e degradante, com práticas claras de tortura; apropriação de bens e recursos pessoais; homofobia; Coação psicológica; Restrições de ir e vir; Apropriação de benefício social; Espancamento, indícios de tortura; indícios de tortura; Hipermedicalização; Comércio irregular de cigarros; Admissão de pacientes com comorbidades e complicações clínicas ; Contenção química e abuso de medicamentos; Violência sexual, física e psicológica; castigos/punição; Torturas e exposição a situações de humilhação; intimidações; violência religiosa, com imposição do credo; Interceptação e violação de correspondências; Violação de privacidade; Exigência de exames clínicos, como o teste de HIV; Desrespeito à orientação sexual e identidade de gênero; Revista vexatória de familiares; Isolamento e segregação; Ruptura dos laços e relações e impedimento de comunicação com o mundo externo
Jornal Correio Braziliense (2025)	Set/25	Seis óbitos em CTs no Distrito Federal

¹⁴ Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Trancar não é cuidar. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2025.**





Portal oficial do governo do Estado de Alagoas (Brasil, 2025)	Ago/2025	Óbito de uma jovem, por “agressões e intoxicação medicamentosa” em Alagoas
Caso de internação – Casa de Repouso Allam Kardeck Ltda (Betim/MG) denunciado ao Fórum Mineiro de Saúde Mental ¹⁵	2024/2025	Internação judicial de adolescente em instituição destinada a público adulto; descumprimento do direito à convivência familiar e comunitária; ausência de matrícula e frequência escolar; ausência de acesso a esporte, lazer e cultura; descumprimento de agenda de atendimento em saúde; permanência da internação por decisão liminar; caso denunciado ao Ministério Público, ao Poder Judiciário e ao CEIMPA-MG.

Fonte: Elaboração própria (2026).

O conjunto de violações identificadas e a consolidação de um modelo de institucionalização de base privatista e segregadora evidenciam a reatualização de práticas manicomiais sob a justificativa do cuidado. As inspeções revelam que a internação — voluntária, involuntária ou compulsória — tem sido utilizada como resposta simplificadora a problemas complexos, produzindo confinamento, medicalização excessiva e restrição de direitos, especialmente de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Observa-se, ainda, que tais práticas não se restringem à atuação isolada das entidades, mas se articulam a decisões e encaminhamentos provenientes da própria rede de atendimento e do Sistema de Garantia de Direitos, o que fere o marco normativo da proteção integral e do cuidado em liberdade. A manutenção e expansão desse modelo contam com sustentação política e legislativa organizada, inclusive por meio de frentes parlamentares de defesa das CTs, o que reforça a necessidade de monitoramento institucional e de reafirmação das diretrizes legais que proíbem a internação de crianças e adolescentes nessas instituições.

¹⁵ Caso denunciado pelo Fórum Mineiro de Saúde Mental de Minas Gerais ao CEIMPA-MG, em 2025.





7.5. Marco normativo e responsabilidade institucional na proteção de crianças e adolescentes

O ordenamento jurídico brasileiro estabelece diretrizes claras quanto à proteção integral de crianças e adolescentes e à excepcionalidade de medidas que impliquem restrição de liberdade. **A [Resolução nº 249/2024 do CONANDA](#) (Brasil, 2024) proíbe expressamente o acolhimento de crianças e adolescentes em CTs, reafirmando a incompatibilidade dessas instituições com os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente e do cuidado em liberdade previsto na Política Nacional de Saúde Mental.**

Entretanto, dados do [Painel de Saúde Mental no Sistema Socioeducativo \(MDHC, 2025\)](#) indicam a persistência de encaminhamentos para CTs, inclusive no âmbito do sistema socioeducativo, evidenciando a dissociação entre o marco normativo vigente e práticas institucionais ilegais.

No âmbito do Poder Judiciário, a [Resolução nº 487/2023](#) do Conselho Nacional de Justiça instituiu a Política Antimanicomial do Judiciário, determinando a desinstitucionalização progressiva de pessoas privadas de liberdade que apresentam sofrimento psíquico (Brasil, 2023). Em Minas Gerais, a criação do CEIMPA, com Grupo de Trabalho específico para a Área Socioeducativa, amplia essa responsabilidade institucional e reforça o compromisso com a superação de práticas segregadoras, orientando o fortalecimento da política de saúde mental de base territorial, articulada à RAPS no SUS e alinhada aos princípios da proteção integral e do cuidado em liberdade.

Diante desse cenário, impõe-se o alinhamento das práticas do Sistema de Garantia de Direitos, do Executivo e do Sistema de Justiça às diretrizes legais vigentes, com redirecionamento de recursos públicos para o SUS e para políticas de cuidado em liberdade. A superação das internações de crianças e adolescentes em CTs não se trata apenas de questão sanitária, mas de compromisso institucional com a proteção integral, a laicidade do Estado, a dignidade humana e os direitos fundamentais assegurados pelo ordenamento jurídico brasileiro.





Capítulo 8

PROPOSIÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PARA O CEIMPA-MG





8. PROPOSIÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PARA O CEIMPA-MG

Considerando os achados do presente diagnóstico, apresentam-se a seguir sugestões de encaminhamentos estratégicos a serem considerados pelo CEIMPA-MG, com vistas ao fortalecimento da política antimanicomial no âmbito socioeducativo.

1. Utilizar os dados e análises produzidos neste diagnóstico como subsídio para deliberações intersetoriais do CEIMPA-MG, fortalecendo sua função de coordenação, pactuação e monitoramento das políticas relacionadas ao atendimento socioeducativo, com foco na desinstitucionalização, no cuidado em saúde mental e na prevenção de desfechos evitáveis;
2. Fortalecer o papel do Poder Judiciário como articulador do Sistema de Garantia de Direitos, promovendo a integração entre os órgãos do sistema de justiça e as políticas públicas de saúde, assistência social, educação e socioeducação para qualificar a atenção integral aos adolescentes com sofrimento psíquico em cumprimento de medidas socioeducativas;
3. Fomentar, junto ao Ministério da Saúde, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem, com fortalecimento das ações de atenção psicossocial, promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado territorializado;
4. Fortalecer a política de atenção psicossocial infantojuvenil nos âmbitos federal e estadual, incluindo:
 - criação de Linha de Cuidado em Atenção Psicossocial Infantojuvenil no SUS;
 - ampliação da cobertura de CAPSi;
 - implantação de Unidades de Acolhimento Transitório Infantojuvenil;
 - fortalecimento do matriciamento e da articulação em rede;
 - desenvolvimento de estratégias de arte, cultura, convivência e inserção comunitária no âmbito da RAPS;





5. Implantar e financiar Centros de Convivência e Cultura nos municípios sede de unidades socioeducativas, bem como outros dispositivos comunitários de cuidado, convivência e produção de cidadania, a exemplo de iniciativas inspiradas no Programa Arte da Saúde: Ateliê da Cidadania, de Belo Horizonte;
6. Instituir Colegiado Estadual Intersetorial para discussão, pactuação e fortalecimento da RAPS infantojuvenil, com participação das políticas de saúde, assistência social, socioeducação, educação, sistema de justiça e sociedade civil;
7. Fortalecer a PNAISARI, com ampliação do financiamento federal e contrapartida estadual, apoio técnico aos municípios e incentivo à habilitação de municípios que executam medidas socioeducativas, contemplando as medidas de meio aberto;
8. Fomentar a implantação e qualificação das medidas socioeducativas em meio aberto (LA e PSC) em todos os municípios, articuladas às políticas de saúde, assistência social, educação e cultura, garantindo ações sistemáticas de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental no território;
9. Promover revisão e adequação dos protocolos e fluxos de atenção à crise e urgência em saúde mental, especialmente da Nota Técnica Conjunta SES/SEJUSP-MG, em conformidade com as diretrizes da [Resolução CNJ nº 487/2023](#) e da política antimanicomial, priorizando acolhimento, escuta qualificada, cuidado em liberdade e articulação territorial;
10. Reavaliar orientações relacionadas às práticas de segurança nos atendimentos em saúde, especialmente quanto ao uso indevido de algemas nos serviços da Rede de Atenção à Saúde, à luz das diretrizes da [Resolução CNJ nº 487/2023](#), do Estatuto da Criança e do Adolescente e dos princípios da atenção psicossocial;
11. Aprimorar os fluxos voltados às violências autoprovocadas, especialmente as tentativas de autoextermínio e outras crises em saúde mental, articulando estratégias de monitoramento e vigilância a ações de acolhimento, escuta qualificada, acompanhamento em saúde mental e construção de PTS;
12. Fortalecer a articulação entre SUASE, SUAS, SUS e Sistema de Justiça com definição de fluxos pactuados, corresponsabilização institucional e garantia de continuidade do cuidado nos territórios de origem





13. Estimular a implementação efetiva das diretrizes previstas no Plano de Prevenção ao Suicídio nas Unidades Socioeducativas, elaborado pela SUASE, incluindo utilização e atualização dos fluxos, instrumentos e documentos metodológicos já existentes;
14. Promover formação permanente das equipes da socioeducação, saúde, assistência social e sistema de justiça, especialmente sobre política antimanicomial, manejo de crises, prevenção do suicídio, notificação de violências, cuidado em liberdade e atenção integral à saúde, com ênfase na saúde mental de adolescentes no ciclo de atendimento socioeducativo;
15. Incentivar que as informações relativas à saúde mental dos(as) adolescentes subsidiem as decisões judiciais, especialmente nas reavaliações das medidas socioeducativas, considerando a necessidade de fortalecimento das redes de cuidado, da proteção integral e da construção de respostas individualizadas;
16. Qualificar as inspeções judiciais em unidades e programas socioeducativos, em consonância com as normativas do Conselho Nacional de Justiça, ampliando a análise de aspectos relacionados à atenção integral à saúde, à saúde mental, à articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao acesso aos serviços públicos e às condições de cuidado ofertadas aos adolescentes;
17. Qualificar a formação da magistratura para a análise do Plano Individual de Atendimento (PIA), com especial atenção aos aspectos relacionados à saúde integral e à saúde mental, à construção e implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), à articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à avaliação da efetividade das ações intersetoriais desenvolvidas em favor do adolescente, fortalecendo a tomada de decisões judiciais fundamentadas na proteção integral e na individualização do atendimento;
18. Estimular a utilização sistemática das audiências concentradas e das inspeções judiciais como espaços de monitoramento da efetividade das políticas públicas de saúde mental, identificando fragilidades da rede de atenção, barreiras de acesso e necessidades de articulação interinstitucional.
19. Fomentar a institucionalização de fluxos permanentes de diálogo entre o Poder Judiciário, gestores municipais e estaduais e serviços da RAPS para discussão de





casos complexos, monitoramento de eventos críticos em saúde mental e construção de soluções intersetoriais.

20. Realizar diagnóstico detalhado sobre a atuação dos CAPS I e CAPS II no cuidado de crianças e adolescentes, contemplando acesso, estrutura física, ambiência, articulação em rede, matriciamento e integração com a rede de proteção;
21. Realizar diagnóstico detalhado sobre os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral voltados à infância e adolescência, considerando critérios de acesso, ambiência, capacidade assistencial, articulação em rede e integração com os demais dispositivos da RAPS;
22. Desenvolver fluxos específicos para atendimento de demandas judiciais no âmbito da RAPS, especialmente relacionadas à internação compulsória de crianças e adolescentes, observando as diretrizes da política antimanicomial e da proteção integral;
23. Enfrentamento da violência e qualificação das notificações por meio de capacitações sobre notificação via SINAN, aprimoramento dos protocolos institucionais de identificação e encaminhamento e sensibilização das instituições para que assegurem a segurança dos profissionais para registro dessas situações
24. Qualificar a notificação no SINAN para situações de trabalho infantil, especialmente relacionadas às piores formas de trabalho infantil previstas na Convenção nº 182 da OIT, incluindo o tráfico de drogas, associada à capacitação permanente dos profissionais do Sistema de Garantia de Direitos;
25. Fomentar políticas públicas intersetoriais de proteção social, garantia de renda, cidadania e inclusão social para adolescentes e jovens em situação de extrema vulnerabilidade social, especialmente aqueles expostos às piores formas de trabalho infantil, à violência e ao encarceramento juvenil;
26. Fomentar estratégias voltadas ao fortalecimento das medidas socioeducativas em meio aberto enquanto alternativa prioritária à institucionalização, reafirmando os princípios da proteção integral, territorialidade, convivência familiar e comunitária e cuidado em liberdade;





27. Incentivar a ampliação da cobertura do serviço de medidas socioeducativas nos municípios mineiros, especialmente nos municípios de Pequeno Porte I e II, considerando as fragilidades identificadas na execução das medidas socioeducativas.
28. Estimular a criação de equipes técnicas exclusivas para acompanhamento das medidas socioeducativas em meio aberto, considerando os impactos identificados da sobreposição de funções e das equipes compartilhadas na qualidade do acompanhamento realizado;
29. Incentivar a constituição e fortalecimento das Comissões Intersetoriais do SINASE nos municípios, ampliando espaços de governança, pactuação e monitoramento intersetorial das medidas socioeducativas;
30. Incentivar o aprimoramento da produção e qualificação dos dados relacionados às medidas socioeducativas em meio aberto, especialmente quanto ao registro de raça/cor, gênero, escolarização, saúde mental e violações de direitos, fortalecendo estratégias de monitoramento e planejamento das políticas públicas;
31. Fortalecer a articulação entre assistência social, educação, políticas de trabalho, renda, cultura, esporte e lazer, ampliando oportunidades de inclusão social e construção de projetos de vida para adolescentes e jovens; Promover ações de fortalecimento do acompanhamento familiar no âmbito do PAIF e do PAEFI, reconhecendo a centralidade da família no processo socioeducativo e a necessidade de suporte continuado às famílias em contextos de vulnerabilidade social e violência;
32. Promover estratégias de sensibilização e orientação aos municípios sobre as diretrizes da [Resolução CNAS/MDS nº 151/2024](#), reforçando a importância do cuidado em liberdade e da articulação com a RAPS em substituição a encaminhamentos para comunidades terapêuticas;
33. Pactuar, no âmbito do CEIMPA, encaminhamento ao Ministério da Saúde para a inclusão de campo específico na Ficha de Notificação do SINAN que permita identificar ocorrência de violências envolvendo adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, superando a limitação atual da categoria genérica “habitação coletiva”;





34. Recomendar ao Ministério da Saúde o refinamento das faixas etárias disponíveis nos sistemas públicos de tabulação (TABNET/SINAN), de modo a possibilitar maior precisão analítica para populações específicas, especialmente adolescentes entre 12 e 18 anos, admitindo-se o recorte até 21 anos incompletos, conforme previsto no SINASE;
35. Promover, junto às Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), estratégias de sensibilização e fortalecimento do matriciamento em saúde mental como eixo estruturante do cuidado no sistema socioeducativo, especialmente nos territórios em que esse dispositivo ainda ocorre de forma incipiente ou inexistente;
36. Fortalecer, no âmbito das unidades socioeducativas, a utilização dos protocolos já instituídos para identificação do sofrimento psíquico, prevenção do suicídio, notificação de agravos e manejo de situações de risco;
37. Recomendar à SEJUSP a instituição de protocolo padronizado de registro e classificação das intercorrências relacionadas ao fornecimento de alimentação nas unidades socioeducativas, bem como fortalecer o acompanhamento das notificações e a fiscalização dos contratos de alimentação;
38. Instituir fluxo interinstitucional para operacionalização do art. 64 da Lei nº 12.594/2012 (SINASE), destinado ao acompanhamento de adolescentes com sofrimento psíquico grave, assegurando avaliação por equipe multidisciplinar e multissetorial, articulação entre sistema socioeducativo, SUS e sistema de justiça, elaboração de PTS e observância da Lei nº10.216/2001 e da [Resolução CNJ nº 487/2023](#);
39. Promover discussão interinstitucional sobre os critérios, fluxos e estratégias relacionados à suspensão da medida socioeducativa prevista no §4º do artigo 64 do SINASE, priorizando o cuidado em liberdade e a excepcionalidade da medida de internação;
40. Integração entre PTS e PIA por meio do desenvolvimento de diretrizes; fomento à atuação conjunta das equipes na elaboração e acompanhamento dos casos; e promoção de formação específica sobre esses instrumentos;





41. Qualificação do cuidado em saúde mental por meio do fortalecimento de abordagens e estratégias já validadas como: o matriciamento, o acompanhamento compartilhado, as atividades coletivas, educativas e culturais; bem como a qualificação do cuidado para além de respostas pontuais;
42. Discussão e construção de diretrizes para a prescrição e a dispensação de medicamentos psicotrópicos, com vistas à redução da hipermedicalização e ao fortalecimento de estratégias de cuidado não medicalizantes, territoriais e intersetoriais;
43. Instituir, em articulação entre o sistema socioeducativo, o Sistema de Justiça e a RAPS, fluxo formal de comunicação e monitoramento de eventos críticos em saúde mental envolvendo adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, especialmente nos casos de tentativa de autoextermínio, automutilação, agravamento do quadro clínico, internações psiquiátricas, recorrência de crises, uso intensivo de psicotrópicos ou outras situações de elevada complexidade clínica e psicossocial. O fluxo deverá assegurar a comunicação tempestiva ao Poder Judiciário, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, subsidiando o acompanhamento contínuo das condições de cuidado, a avaliação da necessidade de revisão da medida socioeducativa, o fortalecimento da articulação interinstitucional e a adoção de providências voltadas à proteção integral e à continuidade do cuidado;
44. Articulação com o SUS e SUAS para ampliação do acesso a serviços especializados e o fortalecimento das estratégias de continuidade do cuidado nos territórios;
45. Apoiar a implementação e fortalecimento da Portaria Conjunta nº 1.767/PR/2026 do TJMG, que estabelece e regulamenta, no âmbito do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais, o fluxo administrativo de recebimento, processamento e monitoramento de notícias de tortura ou de maus-tratos praticados contra adolescente ou jovem a quem se atribui a prática de ato infracional ou que esteja em cumprimento de medida socioeducativa.
46. Fomentar e articular pactuação interinstitucional para o enfrentamento dos casos de tortura e maus-tratos praticados contra adolescentes em cumprimento de medida





socioeducativa, com definição de fluxos de notificação, cuidado assistencial dos adolescentes e responsabilização dos envolvidos.

47. Ofertar a formação continuada sobre Violências e “Enfrentamento da Tortura e Maus-Tratos no Sistema Socioeducativo”;
48. Discutir sobre estratégias de redução de danos e vulnerabilidades para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa (internação, semiliberdade e meio aberto);
49. Fomentar a participação e controle social de familiares e de adolescentes que estiveram no Sistema Socioeducativo nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde;
50. Fortalecer a área socioeducativa no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de Minas Gerais (CEDCA-MG) enquanto instância de participação e controle social da Política de Atendimento Socioeducativo;
51. Fomentar a participação de representantes das Unidades Socioeducativas nos Conselhos Locais, Distritais e Municipais de Saúde;
52. Encaminhar o mapeamento das Comunidades Terapêuticas aos órgãos com atribuição de fiscalização e controle, contendo a relação consolidada das CTs mapeadas em Minas Gerais e o mapa georreferenciado, notadamente: MPMG; DPMG; Conselhos Profissionais (CRESS-MG, CRP-MG, CRM-MG, OAB-MG, entre outros); Vigilância Sanitária estadual e municipais, conselhos de direitos e movimentos sociais de luta antimanicomial;
53. Fomentar a criação e divulgação de canal estruturado e acessível de denúncias, inclusive por meio de proposição legislativa que institua canal específico, como a proposta do “Disque Denúncia das Comunidades Terapêuticas, Clínicas de Reabilitação e Congêneres”, garantindo proteção a denunciante, fluxo de encaminhamento aos órgãos competentes, transparência e monitoramento dos casos. Destaca-se a existência de Projeto de Lei 2049/2024 - Institui o serviço Disque Denúncia Comunidades Terapêuticas, Clínicas de Reabilitação e Congêneres e dá outras providências, em tramitação na Assembleia Legislativa de Minas Gerais;
54. Fomentar a criação do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura (MEPCT) em Minas Gerais, em consonância com o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (SNPCT), instituído pela Lei nº 12.847/2013, como estratégia





estruturante para a realização de inspeções periódicas e independentes em instituições de privação e restrição de liberdade, incluindo comunidades terapêuticas, com vistas à prevenção da tortura, de maus-tratos e de outras violações de direitos humanos;

55. Promover articulação interinstitucional para fiscalização de CTs, abrangendo Ministério Público, Defensoria Pública, Vigilância Sanitária, Conselhos de Direitos, Conselhos Profissionais e movimentos sociais além de fomentar a consolidação de fluxos de atuação conjunta. A proposta deve contemplar a construção de cronograma periódico de fiscalizações, priorização, articulação com órgãos de controle para apuração célere de eventuais violações de direitos e de casos de internação de adolescentes;
56. Subsidiar com dados e informações inspeções, apuração de eventuais violações de direitos e adoção de providências administrativas, cíveis e criminais cabíveis, com especial atenção à vedação de internação de crianças e adolescentes em CTs, nos termos da [Resolução nº 249/2024 do CONANDA](#);
57. Promover, articular e fomentar ações formativas destinadas a Operadores do Direito (magistrados, membros do Ministério Público, Defensoria Pública, advocacia), profissionais das políticas públicas de saúde, assistência social, educação e segurança pública, integrantes do Sistema de Garantia de Direitos e do Sistema Socioeducativo. As formações deverão abordar o marco normativo da proteção integral, a Política Antimanicomial do Judiciário, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, a vedação de internação de crianças e adolescentes em CTs e a centralidade do cuidado em liberdade na RAPS;
58. Provocar a inclusão da Secretaria de Estado de Educação (SEE-MG) na composição do CEIMPA-MG, visando fortalecer a articulação intersetorial para a garantia do direito à educação de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, em especial aqueles(as) que apresentam sofrimento psíquico.
59. Fomentar a construção de estratégias interinstitucionais voltadas à garantia do direito à educação de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, especialmente no meio aberto, promovendo o monitoramento da frequência escolar, a identificação das causas de evasão e infrequência e a articulação entre o Sistema de Justiça, a





política de educação, a assistência social e a saúde para assegurar a permanência escolar como componente essencial do cuidado em saúde mental, da inclusão social e da construção de projetos de vida;

60. Fomentar a instituição de instâncias locais de monitoramento (câmaras ou comitês) para promover e qualificar a articulação entre as políticas públicas municipais (principalmente Saúde, Educação e Assistência Social) e o Sistema de Justiça, fortalecendo a corresponsabilização dos atores locais na garantia do cuidado em saúde mental e da proteção socioassistencial de adolescentes.





Capítulo 9

CONSIDERAÇÕES FINAIS





9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente diagnóstico evidencia que a atenção à saúde mental de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em Minas Gerais ainda enfrenta importantes **desafios para a efetivação do modelo de cuidado preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental**, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pela Lei do Sinase e pelos princípios da proteção integral.

Embora tenham sido identificadas experiências exitosas e avanços na articulação entre a socioeducação e a RAPS, persistem fragilidades relacionadas à insuficiência e à distribuição desigual dos serviços especializados, às dificuldades de acesso, à descontinuidade do cuidado, à limitada integração entre os sistemas de saúde, assistência social, educação e justiça, bem como à **permanência de práticas incompatíveis com a perspectiva antimanicomial e de garantia de direitos**. O diagnóstico também demonstra que adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas constituem um grupo particularmente exposto a **múltiplas vulnerabilidades**, incluindo sofrimento psíquico, uso prejudicial de álcool e outras drogas, violência, ruptura de vínculos familiares, exclusão escolar e risco de morte, exigindo respostas intersetoriais, territorializadas e pautadas na singularidade de cada trajetória.

Ao reunir dados quantitativos, análises normativas, contribuições de técnicos(as) das políticas públicas e de articuladores de movimentos sociais, bem como informações produzidas pelos diversos órgãos integrantes do Sistema de Garantia de Direitos, este diagnóstico fornece **subsídios para o aprimoramento das políticas públicas, políticas judiciais e para a construção de estratégias compartilhadas de cuidado**.

As propostas apresentadas reafirmam a necessidade de fortalecimento da RAPS, de ampliação da cobertura dos serviços especializados, da qualificação permanente dos profissionais, da consolidação de fluxos interinstitucionais, da articulação entre o PIA e o PTS, da implementação de estratégias de cuidado não medicalizantes e da efetiva observância das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Política Antimanicomial. Da mesma forma, evidenciam a importância da produção e do monitoramento contínuo de indicadores que





permitam acompanhar a implementação das políticas públicas, identificar desigualdades territoriais e orientar a tomada de decisões baseada em evidências.

Mais do que registrar um **panorama da realidade mineira**, este diagnóstico constitui um **instrumento de mobilização institucional e de indução da política judiciária e das políticas públicas comprometidas com a promoção da saúde mental, a garantia de direitos e a proteção integral de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas**. Espera-se que seus resultados fortaleçam o diálogo entre os diferentes órgãos, subsidiem a atuação do CEIMPA-MG na área socioeducativa e contribuam para a consolidação de uma rede de cuidado capaz de assegurar atendimento digno, humanizado, territorial, intersetorial e em liberdade, reconhecendo adolescentes e jovens como sujeitos de direitos e protagonistas de seus processos de desenvolvimento, responsabilização e construção de novos projetos de vida.





REFERÊNCIAS





REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, Bruce K. **Dependência dos opiáceos: Rat-park revisitado**. In: MERHY, Emerson Elias. SILVA, Paulo. Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 733 (p.18-55). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Criminalizacao-ou-acolhimento.pdf>. Acesso em: 23 fev 2026.
- ARRUDA, Eduardo. **Entrevista com Pedro Henrique Antunes Costa sobre comunidades terapêuticas e política de drogas no Brasil**. Outras Palavras, 2025. Disponível em: Outras Palavras. Acesso em: 8 maio 2026.
- ARRUDA, Guilherme. **Comunidades terapêuticas: vanguarda da contrarreforma psiquiátrica**. Outras Palavras, Seção Outra Saúde – SUS, Saúde Pública e Ciência, 10 dez. 2025. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/comunidades-terapeuticas-vanguarda-da-contrarreforma-psiquiatica/>. Acesso em: 12 fev. 2026.
- BELO HORIZONTE (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica DAPS nº 003/2026, de 05 de março de 2026. **Orientações para o atendimento de adolescentes na Rede SUS de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2026. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2026/05-03-26-sms-a-nt-003-26-atend-adoles.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS/MDS nº 151, de 23 de abril de 2024**. Dispõe sobre o não reconhecimento das comunidades terapêuticas e entidades de cuidado, prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares como entidades e organizações de assistência social e sua não vinculação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-cnas-mds-n-151-de-23-de-abril-de-2024->. Acesso em: 8 maio 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/documents/d/sedes/tipificacao>. Acesso em: 8 maio 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Painel de Saúde Mental no Socioeducativo**. Brasília, DF: CNJ, [2025]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/painel-de-saude-mental-no-socioeducativo/>. Acesso em: 20 fev. 2026.





BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Painel de Inspeções do Cadastro Nacional de Inspeções em Unidades e Programas Socioeducativos**. Brasília, DF: CNJ, [2025].

Disponível em:

<https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=a12c1a54-541f-4fd7-bbdf-afba0ca89a98&sheet=38ee8b5f-07ae-4f87-bf3c-cd9304f01bcc&theme=CNIUPS&lang=pt-BR&opt=ctxmenu,cu rrsel>. Acesso em: 18 ago. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**.

Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.

Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2023. Disponível em:

<https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe60db44835.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: Planalto – Constituição Federal de 1988. Acesso em: 8 maio 2026.

BRASIL. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Nota Técnica nº 21: perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília: 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/c1beaabe-8a3b-44c2-bf8b-cc2249303ea2>. Acesso em 17 julho 2026.

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: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 fev. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9787.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 17 ago. 2026.





BRASIL. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012.** Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm. Acesso em: 8 maio 2026.

BRASIL. **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.** Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/4598/1/RelatriodeInspeoNacionalaCTs.pdf>. Acesso em: 20 fev 2026.

BRASIL. Ministério da Cidadania; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Portaria Conjunta nº 1, de 21 de novembro de 2022.** Estabelece orientações para o atendimento na rede socioassistencial às crianças e aos adolescentes migrantes desacompanhados ou separados, nacionais e estrangeiros, inclusive indígenas, oriundos da Venezuela, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 nov. 2022. Disponível em: Portaria Conjunta nº 1/2022. Acesso em: 8 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o uso da Ferramenta de Tabulação TABNET.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/entrega-de-dados/arquivos/2014/mannualtabnet2012v1-0.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.738, de 14 de novembro de 2024.** Altera as Portarias de Consolidação MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:





https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5738_09_12_2024.html. Acesso em: 29 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004.** Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri1426_14_07_2004_rep.html. Acesso em: 15 junho 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014.** Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvaps.portoalegre.rs.gov.br/sites/default/files/usu_doc/politicas/Portaria-1083-2014_M S.pdf. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.083, de 23 de maio de 2014.** Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ficha de notificação individual de agravos de notificação compulsória: violência.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf. Acesso em: 18 ago. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Termo de Referência do chamamento público para o credenciamento e habilitação de entidades privadas, sem fins lucrativos, visando à contratação de serviços de acolhimento prestado por Comunidades Terapêuticas.** Brasília, DF: MDS, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-edital-de-credenciamento-para-servicos-de-acolhimento-de-pessoas-com-transtornos-por-uso-de-substancias/AnexoITermodeReferenciaServicos.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e





Combate à Fome, 2005. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf. Acesso em: 8 maio 2026.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Levantamento Nacional SINASE 2024**. Brasília: MDHC, 2024. Disponível em:

https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/levantamentos-nacionais-do-sinase/Levantamento_SINASE_2024_defeso_eleitoral.pdf. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo 2026–2036: volume 1: princípios, objetivos e diagnósticos**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2026. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/acoes-e-programas/sistema-nacional-de-atendimento-socioeducativo-sinase/plano-nacional-de-atendimento-socioeducativo-2026-2036/livro-1-sem-logos.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2026.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho (MPT). **Comunidades terapêuticas são inspecionadas em ação nacional realizada pelo MPT, MPF e MPs estaduais**. Portal PRT 24ª Região, 2024. Disponível em:

<https://www.prt24.mpt.mp.br/2-uncategorised/2104-comunidades-terapeuticas-sao-inspecionadas-em-acao-nacional-realizada-pelo-mpt-mpf-e-mps-estaduais>. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: objetivos, metas, períodos e responsáveis**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. Disponível em:

<https://www.fundacaocasa.sp.gov.br/dx/api/dam/v1/collections/cdc1938c-d7bc-4b58-8ea7-a54990c5ab1c/items/67eb9aee-97f5-4eaf-9d14-fc2028089fdc/renditions/97853b5f-dee2-4758-a827-13287723a7a7?binary=true>. Acesso em: 17 ago. 2026.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2021**. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos, 2022. Disponível em:

<https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2021/capitulos/IA2021-Intro-es.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2026.





- CORREIO BRAZILIENSE. **Após seis mortes em incêndio, Vigilância vai fiscalizar clínicas.** 2025. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2025/10/7260191-apos-seis-mortes-em-incendio-vigilancia-vai-fiscalizar-clinicas.html>. Acesso em: 20 fev. 2026.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** Ed. Perspectiva S.A., 1987.
- GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS. **Caso Cláudia Pollyanne: laudo médico-legal aponta indícios de agressões e intoxicação medicamentosa.** 2025. Disponível em: <https://alagoas.al.gov.br/noticia/caso-claudia-pollyanne-laudo-medico-legal-aponta-indicios-d-e-agressoes-e-intoxicacao-medicamentosa>. Acesso em: 20 fev. 2026.
- HONNETH, Axel Honneth. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais.** Tradução de Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003.
Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7815>. Acesso em: 12 fev. 2026.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: panorama: Minas Gerais.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=31>. Acesso em: 29 maio 2026.
- LOBOSQUE, A. M. **Cuidado em liberdade: invenções antimanicomiais.** Belo Horizonte: Fábrica de Ideias Odisseia, 2024.
- MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública. Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo. **Plano de prevenção ao suicídio nas unidades socioeducativas de Minas Gerais.** 2. ed. Belo Horizonte: SEJUSP, 2026.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.215, de 16 de setembro de 2020.** Aprova as normas gerais, as regras e os critérios de elegibilidade para o Módulo Hospitalar Plataforma, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em: 17 ago. 2026.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 1/2023 – DMEST/SAF/SUBPAS/SES-MG e CT/DVCC/SVE/SVS/SES-MG, de 2023.** Assunto: Recomendações referentes à vigilância, esquemas disponíveis e fluxos de acesso aos medicamentos para tratamento da Infecção Latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB) no âmbito do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES-MG, 2023.





MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Nota Técnica nº 18/SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD/2022**. Informa sobre fluxo da Rede de Atenção Psicossocial para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e pessoas privadas de liberdade que apresentem sofrimento / transtorno mental e/ou devido a necessidades de uso prejudicial de álcool e outras drogas: contextualização e arcabouço. Belo Horizonte: SES-MG, 2022.

MNPCT – MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA. **As comunidades terapêuticas em evidência: o que dizem as avaliações e fiscalizações do Estado brasileiro?** Brasília, 2025. Disponível em: <https://mnpctbrasil.wordpress.com/2025/03/27/as-comunidades-terapeuticas-em-evidencia-o-que-dizem-as-avaliacoes-e-fiscalizacoes-do-estado-brasileiro/>. Acesso em: 20 fev. 2026.

PERMINIO, Henrique Bezerra; SILVA, João Paulo Almeida Brito da; RAGGIO, Armando Martinho Bardou. **Validação do modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Atendimento Socioeducativo (Pnaisari)**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 1237-1248, 2022.



