



Irati
Paraná - Brasil

21 a 23 de setembro de 2016

III Congresso Internacional de Saúde Mental
VII Congresso de Psicologia da Região Centro Sul do PR (VII CONPSUL)
II Mostra de Práticas em Atenção Psicossocial

Saúde mental: acesso, diversidade e território

SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL – HISTÓRIA, PERSPECTIVAS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus;
Docente da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista;
Terapeuta Ocupacional
Doutora em Saúde Coletiva

Resumo: O presente escrito parte das inquietações advindas da experiência de quinze anos de atuação na implementação das políticas públicas de saúde mental e da prática, nos últimos anos, de apoio às equipes que se responsabilizam pelo cuidado de crianças e adolescentes em saúde mental. Teve como objetivo problematizar a organização da atenção psicossocial direcionada a esta população, por meio do resgate histórico das diferentes noções de criança, perpassando pelo desenvolvimento da psiquiatria infantil e a consolidação da representação social de crianças anormais e adolescentes desviantes. Tal caminho permite reconhecer os avanços, as questões ainda não superadas, e os desafios atuais deste campo de conhecimento e intervenção. Ressalta-se o norte ético de radicalização da defesa e a promoção dos direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, a necessidade de atentar-se aos riscos atuais de recuo democrático, e de reconhecer o desafio da incorporação de novas temáticas que emergem do exercício cotidiano de coproduzir sujeitos de direito.

Palavras-chave: saúde mental infantojuvenil, política pública, rede de atenção psicossocial, garantia e defesa de direitos.

Para início de conversa

É sempre importante refletir que a história da humanidade não se configura como um processo linear e que pode ser contada por diferentes perspectivas ou pontos de vista, bem como por distintas vozes. Quase sempre, a versão oficial parte da voz de vencedores das disputas por projetos políticos, sendo então tomada como verdade. (SOARES, 1991).

Desta visada, podemos identificar uma diversidade de noções acerca de crianças e adolescentes (REIS ET AL., 2016; KUHMAN JR, 2005): como objetos dos adultos, submetidos à toda sorte, o que poderia incluir seu extermínio; como miniatura de adulto,



compartilhando os mesmos ambientes de trabalho, mesmas vestimentas, sem preocupações com suas especificidades; como contradição materializada pelos conceitos cristão de inocência ou portadora do pecado original, o que envolveria medidas de proteção e também de vigília, para prevenir desvios. (TELLES, 2016; KUHMAN JR, 2005); como ser em desenvolvimento, embora reconhecendo diferentes necessidades com relação aos adultos, configurando-se como pessoas a serem educadas e ensinadas, incompletas, desprovidas de legitimidade enquanto sujeitos. (COUTO, 2004).

A convivência destas concepções produz inúmeras contradições sociais, ora se materializando em esforços para proteger e ofertar cuidados específicos, ora convocando espaços e práticas que submetem, excluem e mortificam, quase sempre tendo como ponto decisivo para o direcionamento dos esforços a desigualdade econômico-social, étnico-racial e de gênero.

Assim, a concepção moderna de criança, que traz consigo recentes consensos no tocante à condenação do trabalho infantil, destacando sua vulnerabilidade; a escola como seu lugar privilegiado; e a redução de morbimortalidade; vê-se de frente com a submissão das mesmas à exploração sexual, escravidão, abandono, e o acesso desigual a políticas públicas.

A Representação Social da Criança Anormal

Partimos aqui da reflexão de Lepri (2012) acerca da história das representações sociais sobre as pessoas com deficiência, o que atravessa o campo destacado para o nosso debate. Importa-nos compreender que a Representação Social remete a imagens construídas socialmente em torno a algo que nos parece insólito, fazendo-nos antecipar nossas concepções, sentimentos e expectativas. Para o autor, quem apresenta uma característica menos desejável, é rebaixada de pessoa completa à desqualificada e pode ser estigmatizada por meio de simplificações e generalizações. Cria-se então uma teoria do senso comum, partindo de traços para definir uma totalidade, por meio dos mecanismos cognitivos de ancoragem e objetivação. (LEPRI, 2012).

Os conhecimentos sobre as crianças anormais produzidos pela psiquiatria tiveram sua origem no século XIX e foram pautados a partir das questões do desempenho intelectual - crianças - e da delinquência - adolescentes (REIS ET AL, 2016), e se dirigiram ao entendimento de que a pedagogia seria a própria terapêutica. (FOUCAULT, 2006).

Os primeiros diagnósticos - idiotia, imbecilidade e debilidade mental – descreviam padrões inferiores de capacidade intelectual, tendo como marcadores de gravidade a não aquisição de



linguagem oral e escrita, e a inferioridade frente a comparação com a média da população. O ambiente escolar se firmava como locus ideal para a identificação de tal problemática e houve a multiplicação de instituições para trabalhar com as crianças que fugiam ao padrão de normalidade, a partir das quais aprofundaram-se conhecimentos sobre o desenvolvimento e psicologia infantil. O impacto da II Guerra Mundial repercutiu sobre os efeitos da privação das relações mãe-bebê, incorporados a este campo de conhecimento. (TELLES, 2016).

O movimento de Higiene Mental, do início do século XX inaugura o sentido de prevenção, sendo a infância o ponto de partida para o desenvolvimento de tais ações. A década de 50 é marcada pelo desenvolvimento de psicofármacos, a proposição da superação da ideia de higiene para a de saúde mental, mais tarde, na década de 70, consolidando a perspectiva de atenção psicossocial. (REIS ET AL, 2016).

No Brasil, a construção do primeiro hospício - Dom Pedro I - data de 1854 no Rio de Janeiro, sob os preceitos do Tratamento Moral de Pinel, sendo em 1903 constituído um pavilhão para a separação das crianças no Hospital da Praia Vermelha. Em 1921 foi inaugurada a escola para crianças anormais no Complexo Juquery, Estado de São Paulo, mesclando perspectivas da disciplina moral e social por meio da segregação, educação, profilaxia e prevenção. (REIS ET AL, 2016).

A prática médica teve papel central na organização das sociedades industriais, o que foi intensificado pelos grandes fluxos migratórios e consequentes problemas epidêmicos, sendo a Psiquiatria a disciplina responsável pela definição acerca da normalidade ou anormalidade dos sujeitos (FOUCAULT, 2006). A epidemia de poliomielite da década de 50 no Brasil responde pela principal justificativa da importação de modelos de reabilitação física, e implantação de serviços que marcariam um outro grande campo para o cuidado de crianças anormais – as organizações filantrópicas.

Marcos para a constituição de políticas públicas de atenção psicossocial infantojuvenil

Podemos reconhecer três marcos decisivos para os avanços na representação social e no consequente cuidado dirigido a crianças e adolescentes, todos eles possíveis a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988: a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Mental, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).



A redemocratização do Brasil após décadas de ditadura militar trouxe em seu bojo a inscrição das reformulações advindas da Reforma Sanitária, consolidando saúde como direito e não como mercadoria de acesso privilegiado e restrito. Nesta perspectiva, entende-se saúde a partir de uma conceito ampliado; afirma-se a necessidade da criação e sustentação de diferentes políticas públicas para promovê-la; afirma-se como imperativo ético a participação social e a impossibilidade do setor sanitário e os saberes biomédicos responder sozinhos à necessidade de transformação dos seus determinantes. Considero aqui a equidade como princípio mais desafiador do SUS que assume o compromisso de transformar as situações de desvantagem em prioridade ético-clínico-política.

Não obstante as garantias constitucionais, o convívio com a lógica privatista, os valores corporativos e interesses de mercado vem expondo nosso SUS a constante e continuado subfinanciamento e ataques midiáticos, na pretensão de justificar o recuo deste compromisso constitucional, fortalecendo a concepção hegemônica do acesso à saúde como ao consumo de produtos, procedimentos e serviços.

No cenário de redemocratização, consolidou-se também a saúde mental e a atenção psicossocial como um campo heterogêneo de reflexões, envolvendo aspectos clínicos, políticos, sociais, culturais, éticos e de relação com o jurídico (AMARANTE, 2011). A partir da década de 90, a assistência psiquiátrica é então reformulada para a instituição da Política Nacional de Saúde Mental.

Considerando a magnitude deste processo, explicita-se o desafio de superação do paradigma psiquiátrico que limita a concepção da loucura à de doença mental, pauta-se por conhecimentos desenvolvidos no interior da instituição fechada, tendo na internação sua maior aposta, e na periculosidade do louco o grande argumento para sua segregação. (MÂNGIA, NICÁCIO, 2001).

Inspirada na experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, a política pública de saúde mental brasileira propõe operar sob o paradigma da atenção psicossocial que parte da desconstrução do hospital psiquiátrico e do aparato que o sustenta, e da noção de saúde mental, que inclui os saberes da psiquiatria, mas não se reduz a ele, agregando as construções do campo da psicologia, sociologia e psicanálise. Nesta visada, centra-se na valorização da dimensão relacional e psicossocial entre os determinantes do processo saúde-doença; reconhece a multidimensionalidade do sofrimento, o território e os contextos reais de vida como locus privilegiado das ações de cuidado, organizando-se de forma multiprofissional e



interdisciplinar; tomando o louco como sujeito de direito, e como objetivos do tratamento sua inserção social, autonomia e emancipação. (MÂNGIA, NICÁCIO, 2001).

A Lei 10.216 de 2001 é considerada o principal marco histórico por colocar indubitavelmente os direitos humanos do centro da direcionalidade do cuidado em saúde mental no Brasil. Afirma o tratamento preferencial em serviços territoriais, deslocando a centralidade da internação para concebê-la como recurso suplementar ao esgotamento das ações de caráter comunitário, embargando sua efetivação em espaços asilares, e prevendo projetos de alta planejadas para pessoas com históricos de longas internações.

Mais recentemente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é normatizada (BRASIL, 2011) reiterando a recusa dos hospitais psiquiátricos como espaços de cuidado; afirmando os Centros de Atenção Psicossociais como estratégicos ao novo modelo assistencial, excluindo a previsão de ambulatórios especializados em psiquiatria/saúde mental; e incorporando novos serviços disponíveis para crianças e adolescentes, como Unidades de Acolhimento.

A configuração da RAPS nos convoca ao desafio, especialmente no campo da infância e juventude, de superação da atenção ambulatorial especializada que tende a materializar os problemas nos sujeitos que sofrem, favorecendo processos de desresponsabilização de familiares/cuidadores frente a multicausalidade dos processos de adoecimento, e por vezes, de profissionais acerca da necessidade de intervenção junto aos territórios existenciais.

Podemos também reconhecer o desafio de se fazer concretizar a prioridade absoluta, verificando que os gestores públicos têm sido menos sensíveis à implantação de CAPS infantojuvenis, que configuram entre os serviços de menor expansão, atrás tão somente dos complexos serviços de funcionamento 24 horas - CAPSIII e ADIII. (BRASIL, 2015). Em muitos territórios pude vivenciar a tomada de decisão municipal na abertura de CAPS tipo II, sob a argumentação de se fugir à responsabilidade do atendimento a crianças e adolescentes, anteriormente mais explicitado nas normativas referentes aos CAPS tipo I.

As normativas atuais equiparam o parâmetro populacional para implantação de CAPS II, CAPSi e CAPSad, sob intenção de reduzir esta inequidade. Também ressalta a necessidade de garantir com prioridade o atendimento a esta população, independentemente de haver a disponibilidade de serviços específicos para crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

No que concerne ao ECA, cabe ressaltar o grande avanço que esta legislação fez ao suprimir os aspectos assistencialistas e higienistas presentes nas que a antecederam, das quais se originaram as concepções de 'menino de rua' e 'menor' - propondo para tanto a Doutrina da



Proteção Integral, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direito (BRASIL, 2014). Tal doutrina, considera a 'condição peculiar de pessoa em desenvolvimento' e define como prioridades: a primazia de receber proteção e socorro em qualquer circunstância, a preferência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, e a destinação privilegiada de recursos nas áreas relacionadas à sua proteção.

Perspectivas e desafios atuais

O entrelaçamento das novas concepções sobre crianças e adolescentes, de saúde como direito, e da atenção psicossocial como norte ético, vem favorecendo inúmeras transformações na construção de conhecimentos a partir do cenário comunitário e inclusivo, bem como inovações nas práticas institucionais voltadas a esta população. Gostaria de evidenciar como avanços contabilizados nos 25 anos do ECA: 1) a revisão estrutural dos espaços de acolhimento institucional, o dispositivo de famílias acolhedoras, e a garantia do direito ao convívio familiar e comunitário; 2) as novas regras de adoção; e 3) a instituição do Sistema Nacional de Medidas Socioeducativas. Também são fatores para comemoração a redução da mortalidade infantil, o aumento nos indicadores da educação e a redução da exploração do trabalho infantil.

Entretanto, têm se constituído como grandes preocupações: o avassalador aumento de homicídios de jovens negros – com um crescimento de quase 700% nos últimos 30 anos (WAISELFISZ, 2013; 2016); a morbimortalidade por suicídio (ABASSE ET AL, 2009) e automutilação (BRAGA CAVALCANTI, 2014); o aumento de consumo de medicamentos para controle de comportamento e melhora do desempenho intelectual (ORTEGA ET AL, 2010), o aumento e a antecipação do uso de drogas por estudantes (CEBRID, 2010).

Nossos então, sujeitos direitos, apesar de legalmente configurarem como prioridade absoluta do Estado brasileiro, ocupam desconfortáveis, invisíveis e alarmantes estatísticas e lugares sociais. O misto de tutela, tratamento, proteção e socioeducação atravessam as práticas de cuidado, de forma a confundir profissionais de distintas formações e responsabilidades, desembocando por vezes em respostas simplistas, autoritárias ou negligentes.



Frente à demanda engajada de diferentes profissionais, tenho tentando problematizar algumas questões que compartilho aqui:

- Para quais crianças e adolescentes têm sido garantidos os direitos constitucionais previstos?
- Para quais crianças e adolescentes nós profissionais concebemos a doutrina da proteção integral?

No cotidiano dos serviços temos desvelado a situação de violação de inúmeros direitos da população mais vulnerabilizada, das regiões centrais, às periferias das cidades. Por vezes, os direitos ficam sujeitos a julgamentos morais e ao cumprimento das expectativas dos profissionais quanto aos ideais de composições familiares, da correspondência de padrões de comportamento, de aderência a projetos de vida artificiais, quando não, impossíveis de serem cumpridos.

Surpreendeu-me certa vez a narrativa de um profissional de saúde mental que compunha a equipe técnica da Vara de Infância de um município, durante uma audiência concentrada: *"você não se esforçou o suficiente"* - dizia ela, negando a uma mãe a recuperação da guarda do filho em situação de acolhimento institucional. Ou ainda a narrativa de familiares que denunciavam: *"querem logo me tirar a guarda, pois meus filhos são bonitos, e tem gente aqui da cidade, cheia de dinheiro, querendo adotar"*.

Tais falas me remetem a considerar que os ideais, os valores e as experiências pessoais dos profissionais, devem encontrar espaços para que venham se apresentar, refletir e se transformar, antes que possam se fazer ação arbitrária e determinante do destino de famílias em situação de desvantagem.

- Há em nossas ações filtros sobre classe social, gênero, etnia, faixa etária?

É necessário sempre refletir o subjacente a nossas ações, para que não sejamos capturados por nossas experiências privilegiadas e não nos reconhecamos no outro, fazendo que as relações de poder se coloquem de maneira unilateral. O racismo institucional anda à espreita, e ele sim pode nos tomar de assalto. Por vezes, os adolescentes são explícita ou tacitamente expulsos dos espaços de cuidado, seja pelo comportamento na escola, seja em situações de acolhimento institucional sob justificativa do risco a que podem submeter os mais jovens, seja pela



ausência de ofertas nos serviços de saúde - aqueles organizados para tratar de doenças e não de pessoas.

As pré-concepções de gênero e de orientação sexual não cabem mais na diversidade contemporânea. São inadmissíveis os danos gerados por atuações de agentes públicos que violam direitos sob justificativas culturais/religiosas: *"me recuso a atendê-lo", "não consigo chamá-lo pelo nome social"*.

A insistência equivocada de tratar a gravidez adolescente como 'indesejada' estando claramente configurada em cenários onde as meninas já desempenham atividades domésticas e de responsabilidade pelo cuidado dos irmãos menores, sem ocupar no entanto o lugar 'emancipado' que a maternidade poderia lhe trazer.

- E para os adolescentes em conflito com a lei. Quais direitos temos tentado garantir?
- Por que a mais batalhada revisão do ECA em nosso Congresso Nacional prevê a redução de direitos dos adolescentes?

A perspectiva punitiva e vingativa presente nos contextos de encarceramento, se atualizam frente as situações de adolescentes em conflito com a lei. A restrição de liberdade tem aparecido como uma grande preocupação, pois se amplia e em velocidade, tendo atualmente os adolescentes submetidos a tal medida superado o número de moradores nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Nestes contextos, os demais direitos parecem ficar em suspenso, como se a redução da maioridade penal fosse aguardada apenas para deslocamento espacial – a ideia de pena já incide sobre esta população.

- De quem temos escutado a demanda que julgamos atender?
- As crianças e adolescentes têm participado da construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) no SUS, do Plano Individual de Atendimento (PIA) no SUAS, ou nas medidas socioeducativas?

A distância entre profissionais, crianças e adolescentes, dificulta a escuta da demanda dos mesmos como legítima. Parecem nos assombrar ainda as imagens da criança como objeto,



miniatura, ou projeto de pessoa a ser educado e vigiado. São ouvidas as queixas dos pais, dos professores, dos profissionais de saúde. É possível que nossos espaços não sejam atrativos e nossas ofertas pouco palatáveis, se não construídas de forma muito articulada aos desejos e projetos de nossos sujeitos crianças e adolescentes. E, creiam, eles têm muitos projetos!

- Temos nos articulado intra e intersetorialmente para compor e não reduzir ou disputar perspectivas e práticas de cuidado e proteção?
- Temos concebido nossos diagnósticos situacionais de maneira processual, de forma interdisciplinar, de modo participativo e na direção da desinstitucionalização e da emancipação?

Nossos imediatismos ocorrem concomitantemente mas parecem não coincidir com os imediatismos das crianças e adolescentes. Parecemos todos capturados por um tempo que nos escorre às mãos, mas de alguma forma, nos distanciamos do esforço necessário para construir com eles, sentido. Se eles são o futuro – o seu futuro é o agora!

Algumas direções

As experiências exitosas às quais incluo aquelas que têm efetivamente se aberto às necessidades das crianças e adolescentes, têm um ar de desobediência, de transgressão. Reconfiguram espaços democráticos, tornando a coletividade e a diversidade um lugar produtor de prazer e experimentação - a validação dos dialetos, das danças e sons escolhidos, da oferta de recursos tecnológicos a serem usados para finalidades diversas e criativas. Enfim, de fazer reduzir a distância que nos afasta temporal e moralmente desta metamorfose fugaz!

É preciso conhecer e produzir nova estética para a construção democrática, se defender menos da potência criativa e não submissa – reaprender. Sair da captura que nos faz estranhar a liberdade sexual, que pode se orientar por diferentes direções, e se reconhecer em distintos gêneros. E não se apressar a tomar decisões – colocar em suspenso também os nossos imediatismos. O outro é um mundo em construção. Têm sido preocupantes os movimentos de



negação e violência acerca das questões de orientação sexual e identidade de gênero, retornando à cena da patologização, já superada até mesmo nos manuais classificatórios mais tradicionais. Também entendo que tem sido desafiador não tirarmos conclusões pelas crianças e adolescentes, já lhes convocando a ocupar uma das novas categorias e usufruir os recursos e tecnologias criados para corresponder à bem-vinda diversidade sexual, que encontra brechas para existir e se afirmar no campo da diversidade enquanto direito e riqueza social. Possamos nós acompanhar sem pressa e sem antecipação os processos de construção de identidade de gênero e orientação sexual. E abrir e amplificar espaços de diálogo sobre a questão.

As neoinstitucionalizações, incluindo aqui as instituições de acolhimento institucional, as comunidades terapêuticas, os espaços de privação de liberdade como medida socioeducativa, e o velho hospício, que lhes seja dirigido o esforço da recusa, do enfrentamento, de se manter viva a utopia de sua superação. E se, como medida de excepcionalidade, tornarem-se concretas, que provoquemos porosidades, nos façamos adentrá-las de diferentes maneiras, questionando sua função, seu cheiro, sua cor, seu tempo e sua violência.

Aqui quero fazer um destaque fundamental: colocar-me frontalmente contrária a utilização das Comunidades Terapêuticas como recursos para o cuidado de crianças e adolescentes, o que felizmente conta atualmente com a publicidade do posicionamento do Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CONANDA) frente ao marco regulatório dessas instituições. Destaco que a previsão de atendimento desta população em espaços pautados na culpabilização, na personificação de problemas complexos, na segregação e na retirada dos contextos reais de vida, impõe necessariamente a violação aos direitos previstos no ECA – enfatizando o direito ao convívio familiar e comunitário, a escola como lugar privilegiado para a infância e juventude e fundamental aos processos civilizatórios e de construção de identidade.

Que repensemos as ofertas de profissionalização – que enxerguemos na cultura, na arte e no esporte, potentes espaços para inventar dos modos de gerar trabalho e renda, de modo solidário, inclusivo, transformadores.

Que consigamos olhar para a educação, para além da escola, e desvelar as alternativas educacionais que tem feito sentido e vem sendo buscada pelas pessoas que foram sendo excluídas da lógica higienista e maniqueístas que por vezes assola nossos professores. Quero



alertar especificamente a boa surpresa que tem sido a busca dos adolescentes pelos espaços de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Excluídos dos processos e espaços regulares, os jovens (pasmem!) procuram a “outra” escola – talvez por ser esta menos cristalizada e de menor exigência(?). Havemos de olhar para este fenômeno e com ele aprender a desenvolver estratégias inovadoras. Que o EJA ensine à velha escola.

Por fim, que nossos diálogos, entre Educação e Saúde, perpassem pelas tradições construídas em torno ao sonho de uma escola inclusiva, o que vem gerando novos conhecimentos e práticas, mas que pouco são acessados e reivindicados para os processos de sustentação da permanência de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico.

Que debatamos a Redução de Danos (RD) no ambiente escolar, a partir do campo já incorporado da Prevenção. Proponho esta problematização vislumbrando além da muralha que tem impedido a discussão de RD com crianças e adolescentes, junto a profissionais da educação e justiça. O diálogo e a construção de estratégias mais efetivas para crianças e adolescentes que fazem uso de drogas tem sofrido grande prejuízo neste âmbito. Entendo, portanto, que adentrar pela porta já aberta da “Prevenção”, a fazendo ampliar, partindo mesmo do referencial que prevê ações de prevenção primária, secundária e mesmo terciária, ir subsidiando compromissos e práticas responsáveis pela implementação de ações que promovam o adiamento da experiência do uso de droga; que promovam proteção e redução de riscos e prejuízos aos os que já iniciaram seu uso; e a sustentação do espaço escolar àqueles que se encontram em situação mesmo de dependência. Enfim, fazendo operar a lógica e a prática da redução de danos.

Aos nossos futuros encontros, convoco a política/poética provocação de Jean Oury: “traçar a cada dia seu campo de ação, redefinir seus conceitos, lutar contra sua própria nocividade a fim de preservar este domínio sempre ameaçador: a ética”.

Referências

ABASSE, M. L. F. et al. **Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 14 (2): 107-116, 2009)



AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRAGA CAVALCANTE, J. P. **Redes de depressão e cutting no cenário jovem alternativo: uma contribuição sociológica acerca da automutilação.** VIII Congresso Português de Sociologia. Disponível em: <http://www.academia.edu/8503752/Redes_de_depressao_e_cutting_no_cenario_jovem_alternativo_uma_contribuicao_sociologica_acerca_da_automutilacao> Acesso em 06 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3088 de 2011.** Republicação. Institui a Rede de Atenção Psicossocial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12,** Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** / E. A. Carlini (supervisão) . São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2010.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico** (1ª ed.). São Paulo: Martins Fontes: 2006.

KUHMANN JR., M. **Resenha. Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no ocidente.** HEYWOOD, C. Cadernos de Pesquisa, v. 35, n.125, mai/ago. 2005.

LEPRI, C. **Viajantes Inesperados. Notas sobre a inclusão social das pessoas com deficiência.** Campinas: Saberes Editora, 2012.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.** São Paulo: Plexus Editora, 2001.

ORTEGA, F. ET AL. **A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.



Irati
Paraná - Brasil

21 a 23 de setembro de 2016

III Congresso Internacional de Saúde Mental
VII Congresso de Psicologia da Região Centro Sul do PR (VII CONPSUL)
II Mostra de Práticas em Atenção Psicossocial

Saúde mental: acesso, diversidade e território

REIS, A. O. A. et al. Breve História da Saúde Mental Infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

SOARES, L. B. **Terapia Ocupacional - Lógica do Capital ou do Trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

TELLES, H. P. R. S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para políticas públicas. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2016 – Homicídios por Armas de Fogo no Brasil**. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf> Acesso em 06 de outubro de 2016.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2013 – Homicídios e Juventude no Brasil**. Disponível em:<
http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf> Acesso em 06 de outubro de 2016.