

Atenção a crianças e adolescentes na região de fronteira: interface com as políticas de drogas

Camila Viviane Lú De Sousa¹

Resumo: Esse artigo visa trazer reflexões sobre o cuidado em saúde mental específico para os usuários infantojuvenis de álcool e outras drogas e possíveis apontamentos para uma política em consonância com os direitos das crianças e adolescentes e com a reforma psiquiátrica brasileira. É necessário ampliar os estudos, a partir de dados epidemiológicos e de perfil populacional, com o diálogo entre diversos saberes é possível construir uma política de drogas que não criminalize, mas leve em conta, os direitos das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Saúde mental; Drogas; Crianças; Adolescentes.

Attention to children and adolescents in the border region: interface with drug policies

Abstract: This article aims to bring reflections on mental health care, specific to child and youth users of alcohol and other drugs and possible notes for a policy in line with the rights of children and adolescents and with the Brazilian psychiatric reform. It is necessary to expand the studies, based on epidemiological data and population profile, with the dialogue between different types of knowledge, it is possible to build a drug policy that does not criminalize, but takes into account, the rights of children and adolescents.

Keywords: Mental health; Drugs; Children; Adolescents.

¹ Terapeuta Ocupacional, Mestre pelo Programa Interdisciplinar de Estudos Latino-Americanos (UNILA), Doutoranda do Programa Sociedade Cultura e Fronteiras da UNIOESTE. E-mail: ca.viviane@gmail.com

1 Introdução

A realização do debate sobre a questão das políticas de drogas/saúde mental no Brasil e o recorte sobre a atenção às crianças e adolescentes, necessita de uma breve localização histórica do uso das drogas e as primeiras políticas regulamentadoras.

A política internacional hoje tem como principal diretriz a “Guerra contra as Drogas”. Segundo Henrique Carneiro (2002, p. 115): “O século XX foi o momento em que esse consumo alcançou a sua maior extensão mercantil, por um lado, e o maior proibicionismo oficial por outro”. O autor também afirma que embora existiram diversos tipos de regulamentações sociais na história, foi no início do século XX que se institucionalizou o proibicionismo internacional.

A política proibicionista separou a indústria farmacêutica, a indústria do tabaco, a indústria do álcool, entre outras, da indústria clandestina das drogas proibidas (CARNEIRO, 2002). No Brasil, essa política chega em meados da década de 1940 e segue o modelo imposto pelos EUA. Assim, o álcool e o tabaco são as drogas permitidas e pouco controladas, mas outras substâncias são ‘condenadas a erradicação’, como a coca e a maconha. Carneiro também relaciona o uso da maconha ao racismo, já que sua chegada ao Brasil tem relação com a chegada dos primeiros escravos africanos (CARNEIRO, 2016).

Assim, há uma contradição entre o histórico da construção das políticas que tangem à proibição das drogas com aquelas dirigidas à população que estabelece uma relação de dependência ou uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, já que a diretriz fundamental do cuidado na Saúde seria a estratégia de redução de danos que compreende a possibilidade de realizar um uso de forma não danosa à saúde, ou seja, compatível com uma política de drogas que permita o comércio (BRASIL, 2005a). No Brasil, também é importante estabelecer a inter-relação com a história da construção de uma forma alternativa de cuidado em Saúde Mental, a chamada Reforma Psiquiátrica e o cuidado em dependência. A necessidade de ter outro olhar para o sujeito que necessita de atenção em saúde e que respeite seu contexto, que o entenda como parte ativa do tratamento e, principalmente, que não compreenda o isolamento social como cuidado para quem possui transtornos mentais, faz parte dessa política que faz contraponto aos antigos manicômios.

Uma das principais problemáticas hoje no tratamento em álcool e drogas é a volta do tratamento fechado, e não no território onde o indivíduo vive, como estratégia de cuidado, dado que a abstinência é apresentada como solução, a internação aparece como uma das poucas saídas possíveis. A introdução das comunidades terapêuticas ganhou espaço com a entrada das mesmas como serviços que podem fazer parte do tratamento das dependências (BRASIL, 2015).

Dessa forma, secundariza-se a estratégia de redução de danos, que em si avança no sentido de um olhar mais complexo para o cuidado com o dependente. Esta alternativa é mais favorável já que não baliza a intervenção sobre o uso da droga em si, mas sobre a meta de reduzir os possíveis danos à saúde, decorrentes do uso intensivo de diversas drogas, lícitas ou ilícitas. Em suma, não necessariamente se volta para a abstinência como objetivo final.

Além disso, é necessário um olhar específico para o cuidado infanto-juvenil, suas demandas específicas, assim uma abordagem que não compactue com as criminalização do usuário de drogas, mas que acolha o sofrimento e garanta direitos. O contexto de fronteiras, em específico a cidade de Foz do Iguaçu, é apresentada aqui como um território com diferencial em relação a outros do país. Assim, esse artigo visa trazer reflexões, sobre o cuidado em saúde mental, específico para os usuários infantojuvenis de álcool e outras drogas e possíveis apontamentos para uma política em consonância com os direitos das crianças e adolescentes e com a reforma psiquiátrica brasileira.

2 O Cuidado em Saúde Mental no Brasil

A reflexão sobre a organização dos equipamentos de saúde mental passa por diversas questões, desde a compreensão do processo da reforma psiquiátrica brasileira até a influência desta na organização dos serviços destinados ao público infanto-juvenil.

As instituições asilares no Brasil vêm de um contexto de políticas de repasse, muitas com um modelo assistencial e caráter paternalista, caritativo e segregacionista em grande parte de sua história (PAULA, 2000).

Em meados do século XX, com a efervescência de uma série de movimentos sociais, se iniciam questionamentos sobre o papel das instituições, inclusive sobre o hospital psiquiátrico, que se volta cada vez

mais para intervenções fora de seus muros, onde é priorizado o tratamento mais humanizado e não o isolamento (PASSOS *et al*, 2017). Em âmbito internacional a crítica à instituição psiquiátrica tradicional, só se fortaleceu no período pós-guerras. Questionava-se a baixa eficácia em relação à cura, o alto custo e a exclusão social, iniciando-se dessa forma, a reforma psiquiátrica que ocorreu nos Estados Unidos, França e Inglaterra, mas teve seu exemplo mais radical na Itália onde a meta principal era a desconstrução do hospital psiquiátrico e dos seus aparatos e a tentativa da construção de uma nova relação com a loucura (MÂNGIA *et al*, 2001).

Nesse processo o objeto de atenção foi deslocado da doença para a promoção de saúde, assim, a Saúde Mental começa ser entendida como um campo complexo, sem a separação do biológico, psicológico e social. É nessa perspectiva, da desinstitucionalização, que surgiram novas proposições para o campo da saúde mental e projeta-se para esse um território de cidadania, emancipação e reprodução social centrando a ação na pessoa, no seu contexto real e nas suas redes (MÂNGIA *et al*, 2001). Aproxima-se, assim, da estratégia de redução de danos, já explicitada e relacionada a política de drogas, em específico a atenção com os indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias.

Saraceno (1999), no texto “A reabilitação como cidadania”, também dialoga com esse debate, questiona os resultados do modelo manicomial tradicional e diz que há um êxito maior na reabilitação psicossocial quando se considera o contexto do paciente e dos serviços. O autor também critica os modelos reducionistas que consideram a reabilitação somente como o percurso da desabilitação até a habilitação, ou seja, traz o debate da construção de um olhar em que a pessoa, assim como seu contexto, sejam válidos, e ela possa ser entendida sempre, como um sujeito de direitos.

Em 1961, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e começou uma série de mudanças, experiência relatada no livro *A Instituição Negada* (BASAGLIA *et al*, 1985). Ali, passou por tensões com a gestão da província que não queria o fechamento do hospital, a equipe se demitiu em massa e deu alta coletiva aos usuários. Essa experiência teve repercussão internacional, facilitando o contato com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) do Brasil (AMARANTE, 1996).

Outra experiência prática de desmontagem do aparato manicomial foi em 1971, na cidade de Trieste (Itália), sendo Franco Basaglia diretor do Hospital Psiquiátrico Provincial. Foram construídos centros de saúde 24 horas e residências, nas quais alguns usuários moravam sozinhos, outros

supervisionados por técnicos e cooperativas de trabalho, ou seja, criou um circuito de atenção para construção de novas formas de sociabilidade e subjetividades para aqueles que necessitavam de atenção em saúde mental. Em 1976, o hospital é fechado, já que sua estrutura não era mais necessária (AMARANTE, 1995). Trieste recebeu muitos profissionais e estudantes brasileiros como estagiários por conta do interesse da experiência italiana e o processo em andamento da Reforma Brasileira. Além disso, Basaglia realizou palestras e conferências no Brasil, o que facilitou a comunicação para ter acesso a essas experiências.

No caso brasileiro, muito influenciado pela experiência italiana, com um “viés desinstitucionalizante”. Logo, propunham o fim do manicômio e o questionamento do conjunto de saberes que o fundamentava (AMARANTE, 1995, p 195).

Há muitas questões colocadas sobre esse processo, por exemplo, que mecanismos seriam utilizados para a progressiva extinção dos manicômios, a lei Federal 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005b). As respostas foram dadas através de portarias que regulamentaram os equipamentos e os programas que garantiam os direitos essenciais das pessoas institucionalizadas. Com o Programa de Volta para Casa de 2003, dirigido às pessoas que passaram por longas internações, que passaram a receber uma bolsa-auxílio e os próprios Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e diversos programas dirigidos à população em situação de rua, como o Consultório de Rua, que atua com a população em situação de rua no nível primário da atenção em saúde e que, muitos casos têm adoecimentos relacionados às dependências e/ou sofrimento mental.

Em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, nesse espaço foram definidos princípios, diretrizes e estratégias para mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Nessa conferência a reforma psiquiátrica é tida como política do governo e é conferido aos Centros de CAPS o valor estratégico para a mudança no modelo de assistência (BRASIL, 2005b).

Como só no século XX é que se constituiu para as crianças e os adolescentes uma clínica autônoma da infância, por conta disso entraram tardiamente no campo da assistência pública em saúde mental (VICENTIN, 2006), as instituições que os abrigavam vinham daquela com lógica caritativa e filantrópica, também dirigidas a outros tipos de populações: “Quanto à assistência direta à população portadora de deficiência – principalmente as

crianças e deficientes mentais – esta era realizada em entidades criadas pela iniciativa comunitária inicialmente com caráter custodial”. (PAULA, 2000, p. 13).

Hoje a política pública brasileira de saúde mental prioriza o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi como estratégia que visa responder às problemáticas que surgem desse universo (BRASIL, 2005c).

Dessa forma, nesse mesmo contexto de crítica às instituições manicomiais, o campo em Saúde Mental foi ampliado, podemos relacionar assim com o cuidado em álcool e drogas e às crianças e adolescentes, com transtornos mentais e/ou que fazem uso de substâncias. Assim, é importante um olhar às instituições de cuidado, se essas reproduzem ou não práticas manicomiais, se há reproduções de manicômios com outras denominações e como em um determinado território funciona ou não uma rede de cuidado em saúde.

3 Um olhar específico às crianças e adolescentes

Dessa forma, o estudo sobre a atenção a crianças e adolescentes que realizam uso de drogas mostra sua importância, no sentido de lançar um olhar sobre um determinado contexto: o território de fronteira, em específico a região de Foz do Iguaçu.

Após o Estatuto da Criança e Adolescente, as políticas públicas que se seguiram dessa época têm relação com esse sujeito, não mais como um “problema social”, mas um sujeito em desenvolvimento e com direitos que deveriam ser garantidos (MALFITANO, 2008).

A criança e o adolescente podem se encontrar sob um fator de risco em seu desenvolvimento. Fator de risco pode ser definido como: “elemento que quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas” e, também, “um fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde” (HALPERN *et al.*, 2004, p. 105). Sobre os transtornos emocionais, em específico, as primeiras descrições datam do início do século XX (BRUNELLO, 2007).

A fim de contextualizar tais análises opta-se por apresentar três principais momentos desse campo de estudo: o primeiro, data de 1943 quando Kanner descreve os distúrbios autísticos de contato afetivo, que deixa marcada a história dos distúrbios afetivos infantis. As características que observou nos quadros estudados eram de crianças com “comprometimento importante de sociabilidade, alterações de linguagem,

dificuldade para simbolizar, abstrair e compreender significados, respostas incomuns ao ambiente e movimentos estereotipados”. (BRUNELLO, 2007, p. 309).

Em 1970 foi lançado o *Manual de Psiquiatria Infantil* de Ajuriaguerra, onde são descritas as psicoses infantis como problemas de personalidade, relacionado a um transtorno ocorrido na organização do ego e ligado à relação da criança com o seu meio ambiente (BRUNELLO, 2007).

Hoje, há algumas classificações que tentam descrever o quadro clínico em saúde mental, como o Código Classificação Internacional das Doenças 10 (CID-10, 1993) e o Manual de Diagnósticos e Estatística de Doenças Mentais (DSM-IV, 2014). Em relação à infância foi a partir de 1980 que surge uma nomenclatura para englobar os transtornos relacionados aos conceitos de psicoses infantis e autismos: são os ditos Transtornos ou Distúrbios Globais do Desenvolvimento (BRUNELLO, 2007)

Para além das classificações que devem ser entendidas como base para condutas terapêuticas, alguns autores, como Kupfer (*et al*, 2009) chamam a atenção para que tais diagnósticos não cristalizem o olhar e as condutas para determinados indivíduos. O trabalho, aqui em específicos consideramos as crianças, com quaisquer tipo de dificuldades em seu desenvolvimento deve levar em conta as particularidades individuais, a família, contexto e classe social, além do modo singular de interação nas atividades cotidianas, os recursos, dificuldades e sofrimentos que possuem (BRUNELLO, 2007). Há várias condições ambientais que podem afetar a condição de saúde, como situações insalubres de trabalho e/ou moradia. A condição de moradia, por exemplo, é indispensável para repouso, autocuidado, entre outros. Garantir o direito a saúde está para além da reivindicação de mais médicos e hospitais, mas também garantir as condições mínimas de vida, para que as pessoas fiquem doentes o mínimo possível (DALLARI, 2004).

Sobre a questão infanto-juvenil a política pública brasileira prioriza o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi como estratégia que visa responder às problemáticas que surgem desse universo (BRASIL, 2005c). No entanto, nota-se que historicamente em diferentes países, há defasagem entre a demanda e a oferta de serviços que possam responder a atenção de crianças e adolescentes no campo da saúde mental. (COUTO, 2008).

Há muitas dificuldades para se tratar as questões do cuidado a crianças e adolescentes, por exemplo: a extensão e variedade de problemáticas que cercam a saúde mental infanto-juvenil, como os

transtornos globais do desenvolvimento, fenômenos de externalização, por exemplo, transtorno de conduta, hiperatividade, internalização (depressão, transtorno de ansiedade e/ou uso abusivo de substâncias). Do mesmo modo, há o caráter recente do conhecimento sistematizado da persistência, frequência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e/ou adolescência. Mas talvez a maior dificuldade seja da particularidade do tipo de cuidado que esses serviços oferecem, cuidado que tem se relacionar com outros setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos (COUTO, 2008).

Sobre os dados em relação ao uso de drogas ilícitas, tabaco e álcool, temos dados mais recentes do Levantamento da Fundação Oswaldo Cruz (2017) sobre consumo da população brasileira. Em relação ao álcool a mediana do primeiro uso, entre adolescentes de 12 até 18 incompletos, era de 13,5 anos. Meio milhão de adolescentes, na mesma faixa etária, fizeram uso de tabaco nos últimos 30 dias, há uma estimativa que cerca de 119 mil adolescentes eram dependentes de álcool e em relação à outras drogas o número chega a 38 mil. (BASTOS *et al*, 2017)

A relação das drogas e a mortalidade entre os jovens também sempre foi alvo de pesquisas, sobre Foz do Iguaçu foi observado um número elevado da taxa de mortalidade de jovens entre 15 e 29 anos, em 2011 é apresentado um coeficiente de mortalidade de 406 por 100000, cinquenta por cento a mais do que a média do estado. Há a relação com questões sociais, como falta de perspectiva para com o futuro e o possível envolvimento com o uso drogas e o mundo infracional (ANDRADE *et al*, 2011).

Legnani (2006), em sua dissertação *Comportamentos de risco à saúde em adolescentes da tríplice fronteira: Argentina, Brasil e Paraguai* em que selecionou 1264 escolas, e estudantes na faixa de 15 a 18 anos, observou sobre o consumo de álcool, tabaco e derivados: os adolescentes que relataram consumo de pelo menos uma dose de álcool nos trinta dias anteriores à pesquisa foi de 56,5% e cigarro de 14,4%. Os adolescentes argentinos são os que apresentaram a maior prevalência de consumo de substâncias (álcool 61,4% e cigarro 16,4%). A maior prevalência de consumo pesado de álcool também foi observada nos argentinos (43%). Independente da nacionalidade cerca de dois terços dos jovens relataram uma dose de álcool nos últimos trinta dias, sobre os jovens que fumaram nos últimos sete dias antes de responder ao questionário, a prevalência foi de 12,5 (LEGNANI, 2006).

O direito a saúde não pode ser compreendido como uma mercadoria, mas como um dos direitos fundamentais do ser humano. Há também uma questão específica do território de fronteira, quando há a recusa de atendimento aos estrangeiros no contexto da Tríplice Fronteira, o que seria uma violação direta de direitos (LIMA, 2017).

Há, assim, um enorme número de litígios judiciais em torno do direito à saúde, resultando geralmente na condenação do município de Foz do Iguaçu, que deve pagar indenizações e multas. Há, também, uma instabilidade no planejamento da cidade e desorganização da gestão, já que além do pagamento de multas e outras medidas, acabam por atender alguns pacientes residentes em outros países da Tríplice Fronteira e não há dados oficiais que deem suporte para a obtenção de recursos financeiros adicionais. A proposta do autor é a organização de uma região transnacional de saúde, que garanta a saúde da população fronteiriça, tendo em vista a integração na tríplice fronteira (LIMA, 2017).

4 Considerações finais

Há ainda muito que se pesquisar e estudar sobre a questão da Saúde Mental, em específico o uso abusivo de álcool e outras drogas, principalmente na adolescência – mas em alguns casos já com início na infância. Para tanto, é necessário utilizar a bibliografia existente em outras diversas áreas do conhecimento com interfaces entre Saúde e Ciências Humanas, além disso, compreender o território em que vivem, em qual cultura estão inseridas e de que classe social são as crianças e adolescentes que tem contato ou que já são usuários do álcool e de outras drogas.

Bourdieu trabalha com o conceito de juventude não como uma unidade social com interesses comuns, para ele é necessário ter um olhar para as condições de vida, mercado de trabalho, dos chamados jovens que já trabalham, dos que estudam mesmo que tenham a mesma idade biológica (BOURDIEU, 1983). Em uma análise voltada ao Brasil, Malfitano disserta que não há uma juventude, mas juventudes, dessa forma esse conceito não está ligado somente a limitação etária prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (infância 0 aos 11 anos e a adolescência dos 12 aos 17 anos), mas também a classe social que os sujeitos pertencem (MALFITANO, 1998).

A partir de dados epidemiológicos e de perfil populacional, com o diálogo entre diversos saberes é possível construir uma política de drogas

que não criminalize, mas leve em conta, os direitos das crianças e adolescentes.

5 Referências

ANDRADE, S. M.; MATSUO, T.; SOARES, D.A.; SOUZA, H. D.; SOUZA, R.K.T. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1281-1288, 2011.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

BASAGLIA, Franco. **As Instituições da Violência**. In: BASAGLIA, Franco et al. A. Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p

BOURDIEU, Pierre. A Juventude é apenas uma palavra. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero. P. 112-121,1983.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria**. PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**, 2005c.

BRASIL, **Resolução CONAD 01/2015**.

BRUNELLO, M. I. Transtorno Emocional Infantil. IN: CALVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática**. RJ. Guanabara Koogan, pág. 308- 312, 2007.

CARNEIRO, Henrique. **O fim das drogas é um ideal impossível, indesejável e totalitário.** Entrevista dez/2010. <http://www.brasildefato.com.br/node/5267>. Acesso em 10/01/2016.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, IES, São Paulo, vol. 6, pp.115-128, 2002.

CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios/ Child mental health and Public Health in Brazil: current situation and challenges. **Rev Bras Psiquiatria**; 30(4): 390-398, dez, 2008.

DALLARI, D. A. **Direitos Humanos e Cidadania.** 2^a Edição, SP. Moderna. 2004.

DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais.** American Psychiatric Association. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*, Porto Alegre, Artmed, 2014, 948p.

HALPERN, R., FIGUEIRAS, A.C.M. Influências Ambientais na saúde mental da criança. **Jornal da Psiquiatria.** vol 80, nº 2, p. 104 -108, 2004.

KUPFER, M.C.M. et al. Valor predictivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, 2009.

LIMA, Rodne de Oliveira. Direito à saúde e acesso aos serviços do sus: restrições impostas à população estrangeira da tríplice fronteira. **Revista Direito Sem Fronteiras.** Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu. Edição Especial. 2017; v. 1 (3): 61-77.

LEGNANI, E. **Comportamentos de risco à saúde em adolescentes da tríplice fronteira:** Argentina, Brasil e Paraguai. Dissertação, UFSC, 2006.

MALFITANO, A. P. S. **A tessitura da Rede:** Entre pontos e espaços. Políticas e programas sociais de atenção à juventude, a situação de rua em Campinas – SP. São Paulo, 2008.

MÂNGIA, E.F., NICÁCIO, M.F. **Terapia Ocupacional em Saúde Mental:** tendências principais e desafios contemporâneos. Terapia

Ocupacional no Brasil. Fundamentos e perspectivas. Editora Plexus, p. 63-80, 2001.

SARACENO, B. **A reabilitação como cidadania**. Libertando Identidades. Da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível. Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, BH/RJ, p. 111-142, 1999.

PAULA, A. R. **Asilamento de pessoas com deficiência: institucionalização da incapacidade social**. Tese. Universidade de São Paulo. Biblioteca do Instituto de Psicologia São Paulo, 2000.

PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: Notas para debate. *In*: PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira (orgs) **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia, p. 25-51, 2017.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista Terapia Ocupacional**. Univ. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.