

**Saúde
mental:
a clausura
de um
conceito**



“Mas, se é verdade que a paciência dos conceitos é grande, a paciência da utopia é infinita”
(B. S. Santos, 1995, p. 346).

“Chove o céu com aquela ampla igualdade distributiva que vemos; mas em a água chegando à Terra, os montes ficam enxutos, e os vales afogando-se: os montes escoam o peso da água de si, e toda a força da corrente desce a alagar os vales; e queira Deus que não seja teatro de recreação para os que estão olhando do alto, ver nadar as cabanas dos pastores sobre os dilúvios de sua ruínas. Ora, guardemo-nos de algum dilúvio universal, que quando Deus iguala desigualdades até os mais altos montes ficam debaixo da água” (Padre Vieira, **Sermões**, Porto, Lello, vol. III, t. 8, pp. 55 e segs., apud A. Bosi, 1992, p. 129).

“Há uma severa advertência, quase uma ameaça aos grandes deste mundo: ‘O que importa é que os montes se igualem com os vales, pois os montes são a quem ameaçam principalmente os raios, e reparta-se por todos o peso, para que fique leve a todos’. [...]

O orador extrai sempre novas razões eqüitativas da natureza; daquela mesma natureza que daria, mais tarde, à retórica do puro capitalismo liberal, razões simetricamente opostas: a um Rui Barbosa, por exemplo, a desigualdade social parecerá legitimada pelo modelo biológico pelo qual são tão diferentes entre si as espécies vegetais e animais, sem esquecer a indefectível comparação com os cinco dedos da mão [...]

Vieira, contrapondo a justiça de cima à injustiça de baixo, não só afirma que a lei de igualdade é superior ao acaso da desigualdade, como exorta os homens a mudarem o estado em que vivem, abandonando ‘o que são para chegarem a ser o que devem’” (A. Bosi, 1992, p.129).

“Se amanhece o sol, a todos aqueça; se chove o céu, a todos molha. Se toda luz caíra a uma parte e toda tempestade a outra, quem o sofrera? Mas não sei que injusta condição é a deste elemento grosseiro em que vivemos, que as mesmas igualdades do céu, em chegando à Terra, logo se desigualam” (Padre Vieira, **Sermões**, III, 1, p.157, apud A. Bosi, 1992, p.129).

MARIA INÊS ASSUMPÇÃO FERNANDES

Na verdade, um desafio nos é colocado. Não mais a construção de um argumento que nos envie para o discernimento entre a lei divina e a lei dos homens, à igualdade e às desigualdades decorrentes da contradição entre elas, mas a construção de um discurso que nos conduza à clareza de percepção em relação aos caminhos percorridos pela saúde mental no que

**MARIA INÊS
ASSUMPÇÃO
FERNANDES**
é professora do Instituto
de Psicologia da USP.

diz respeito ao reconhecimento do que vem a ser dignidade humana, ou seja, o exercício de direitos e liberdades.

Se o Estado, como mediador da Lei, chegou a delimitar a esfera do público e do privado, a “experiência contemporânea, ao contrário, faz coincidir, na figura do governante, o lugar da Lei, do Saber, e do Poder”. “Esta forma de política destituiu de crédito o pensamento autônomo, com o que os governantes trazem de volta relações interpessoais de mando e obediência, definidas pela posição da autoridade como senhor das pessoas e das coisas. Há nisto uma não distinção entre a pessoa [...] e as instituições públicas, o que no passado denominava-se aproximativamente de despotismo esclarecido” (O. Matos, in Fernandes et al., 1999, p. 35).

Esta relação repete-se em todas as esferas em que a ocupação do lugar institucional exige a distinção entre o público e o privado. Da perpetuação de relações de mando e obediência nos diversos domínios da vida social derivam as contradições, evidenciadas no campo da saúde mental, entre as proposições dos âmbitos político-jurídicos e as teórico-conceituais, entre outras. Dessa maneira a questão sobre a qual versa este trabalho é complexa e urgente. Complexa porque sustenta e coloca em jogo emaranhadas relações e porque tal emaranhamento requer um exame multidisciplinar. Urgente porque é uma necessidade política e uma obrigação ética pensar nosso fazer cotidiano para procurar localizar nele os efeitos de determinação dos modos de produção decorrentes da organização social (neoliberal) e sua ideologia.

Nosso horizonte, neste momento, está destinado apenas a delimitar os âmbitos envolvidos na análise do problema e a encontrar possíveis brechas a partir das quais se ampliaria o entendimento da teoria e da atuação que são propostas nos diferentes modelos teórico-técnicos (modelos de cura), além de sustentá-los a partir de sua relação com as possibilidades de subjetivação impostas pela sociedade. Nosso propósito é o de repensar os problemas ligados à saúde mental, deslocando-os do eixo que os colo-

ca sempre através do diálogo entre posições teóricas que apresentam soluções técnicas imediatas. Em relação a muitos desafios, acreditamos que as soluções técnicas produzirão apenas resultados paliativos que não enfrentam, porque não decodificam, os verdadeiros problemas.

Segundo Souza Santos, os desafios das sociedades contemporâneas – e que devem ser evidenciados para a análise de nosso problema – são aqueles que entrelaçam uma classe de fenômenos gerados pelo estabelecimento de uma nova ordem transnacional e de uma nova ordem nacional, considerando que os limites de relação entre elas são difíceis de se estabelecer. Essa classe de fenômenos pode ser resumidamente aqui colocada e inclui três categorias. Aquela que diz respeito às dificuldades do sujeito, aqui entendendo os Estados Nacionais como sujeitos privilegiados. Ela supõe que a crise do Estado é a crise do sujeito dessa ordem e é revelada no plano das relações sociais como convulsão social, criminalidade, fundamentalismo religioso, etc.” Esta crise do sujeito nos revela que o sistema mundial capitalista, ao mesmo tempo que transnacionaliza os problemas, procura localizar as soluções e, efetivamente, se considerarmos a crise do Estado, fará baixar o patamar de localização das soluções, para o nível subnacional” (B. S. Santos, 1995, p. 320). Percebemos que o capitalismo instala antes um modo de vida do que um modo de produção, embora também o defina. A relação entre interesse e capacidade é transferida, pelo individualismo e pelo consumismo, para a esfera privada. Remeter à esfera privada o reconhecimento de interesses e capacidades encobre muitas desigualdades e opressões. Os efeitos desse deslocamento fazem com que todas as questões a serem discutidas no âmbito do Estado passem a ser referidas somente a uma esfera privada. Dessa forma os verdadeiros problemas se tornam invisíveis e, portanto, as soluções apresentadas são enganosas.

Uma outra categoria, dentro da classe de dificuldades, diz respeito ao tempo. A exigência de soluções a curto prazo, pró-

pria à temporalidade do consumo, desconsidera, principalmente, na questão que estamos a considerar, uma temporalidade de médio e longo prazo, isto é, intergeracional, mesmo avaliando que a operacionalização dessas soluções ocorra na dimensão intrageracional. Por último, a terceira dificuldade diz respeito à localização do que se quer atacar, isto é, à questão do inimigo. Assim como se globalizam os problemas também se globalizam as suas causas, o que impede a sua visualização. As empresas multinacionais sabidamente consideradas responsáveis pelo estado das coisas não são, certamente, o único inimigo.

Além disso e tendo tais considerações como antecedentes, pensamos que abordar a questão da saúde mental, neste fim de século, exige identificá-la como um problema sustentado pelos quatro axiomas fundamentais da modernidade (segundo Souza Santos). O primeiro deles é decorrente da hegemonia que a racionalidade científica vem assumindo e consiste “na transformação dos problemas éticos e políticos em problemas técnicos”. Nesse campo (delineado e sustentado por este axioma), “sempre que tal transformação não é possível uma saída é buscada, qual seja, que a transformação dos problemas éticos e políticos se dê em direção aos problemas jurídicos”. O segundo estabelece que a legitimidade da propriedade privada é independente da legitimidade do uso da propriedade, o que propicia um individualismo possessivo e que se traduz pelo privilégio da interação com objetos, mais facilmente apropriáveis, antes de uma interação com pessoas. O terceiro vai se mostrar pela “soberania dos Estados e da obrigação política vertical dos cidadãos perante o Estado” sem que haja contrapartida, e, por último, o quarto se apresenta pela “crença no progresso entendido como um desenvolvimento infinito alimentado pelo crescimento econômico, pela ampliação das relações e pelo desenvolvimento tecnológico” (idem, ibidem, p. 321).

Estes axiomas, portanto, sustentam os paradigmas que, por sua vez, estão na base da construção dos modelos delineados para a saúde mental. “Estes axiomas moldaram a

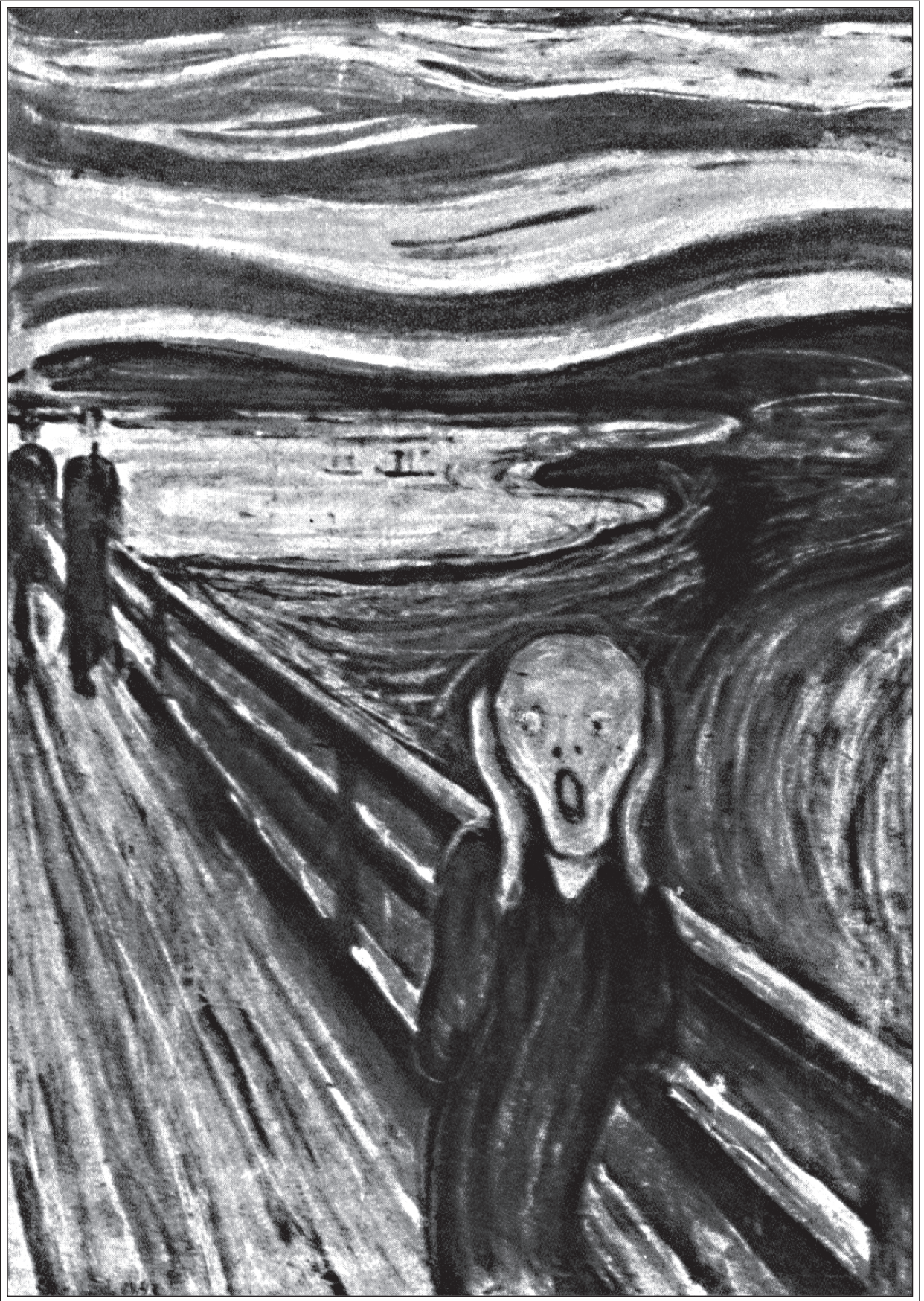
sociedade e a subjetividade, criaram uma epistemologia e uma psicologia, desenvolveram uma ordem de regulação social e, à imagem desta, uma vontade de desordem e de emancipação. Daí que o inimigo das soluções fundamentais tenha de ser buscado em múltiplos lugares, inclusivamente em nós mesmos” (idem, ibidem, p. 322).

A partir destas premissas a discussão do tema exige um deslocamento radical, na medida em que as propostas até então apresentadas são sistematizadas em torno de heranças teóricas que traçam um caminho de solução técnica basicamente estruturado através de duas grandes vertentes, a “organicista ou biológica”, de passado marcadamente localizado no campo da medicina, e a “biopsicossocial”, herdeira de abordagens psicológicas.

Entendemos que as soluções atuais devam contemplar um encaminhamento da questão saúde mental na direção da abertura de um novo horizonte de possibilidades, que suponha o reconhecimento de uma crise de paradigmas e, como consequência, de uma “transição entre paradigmas epistemológicos, sociais, políticos e culturais” (idem, ibidem).

Os problemas atuais têm sido enfrentados através de uma discussão que se apresenta em diferentes níveis e que exige, para a compreensão das questões envolvidas, uma análise que atravesse pelo menos quatro âmbitos: o jurídico-político; o socio-cultural – um teórico conceitual e um técnico assistencial. A discussão, sabemos, tem sempre o apoio na história de verdades acumuladas e superadas, e impõe a construção de um novo saber. Contudo o “novo saber começa por ter uma função compensadora dos excessos [...] da racionalidade tecnocientífica e como tal não pode ser pensado pelo processo cognitivo-social que o torna necessário, sob pena de perder a sua eficácia compensadora. Assim, quanto mais o novo saber é exigível, mais difíceis são as condições para o obter” (B. S. Santos, *Ciência*, in M. M. Carrilho, 1991, p. 37).

A situação abordada nos diferentes níveis que acima colocamos é atravessada, principalmente na América Latina, pelas



inúmeras crises que têm conduzido a impasses muitas vezes considerados insuperáveis. O conhecimento é continuamente fragmentado, não se consolida e não é aprovado, em seus diferentes níveis, pelos sujeitos que o constroem. Assim há um múltiplo atravessamento em relação aos diferentes níveis, no sentido em que o desenvolvimento num deles raramente é acompanhado de transformação nos outros.

O conjunto de representações que circula entre os construtores desse novo saber, ocupando seus diversos lugares sociais e profissionais, é marcado por múltiplas contradições. Assim, das “heranças” teóricas decorrem técnicas influenciadas por contraditórias ideologias. Os ajustes teóricos e técnicos são realizados sem o rigor necessário. Os conceitos transitam de teoria em teoria, desapegados, portanto, de seu eixo estruturante. As práticas se autonomizam gerando saberes descomprometidos com sua herança teórica.

A conceituação em saúde mental é marcada por muitos caminhos, cada um deles se oferecendo para instituí-la, mas nenhum deles podendo dar conta da liberdade de abstração necessária, dos nós ideológicos, das heranças (sejam as materialistas ou as fenomenológicas, etc.) que produzem as nomeações para a saúde e a doença.

Ocupar-se da saúde mental significa, num primeiro momento, procurar conceituá-la deixando-a “livre” da herança clínico-médica que a reconhece sempre no eixo da saúde e doença e que indica as abordagens psicoterapêuticas como instrumentos de acesso e de definição sobre o seu caráter. Retirar a saúde mental do eixo terapêutico implica ressignificá-la no eixo da saúde social e conduzir a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura.

Entendida dessa forma, reconhece-se atualmente a saúde mental como um campo problemático, constituído por múltiplos discursos normalizadores e adaptacionistas e povoado por mitos a respeito de doença mental e cura. Entendê-la, hoje em dia, resulta numa tarefa arris-

cada e altamente ideologizada, se não se reconhece que o seu caminho é composto por “critérios e normas como um produto cultural e portanto como construções analíticas, sujeitas à revisão e modificação” (M. Baz, 1996, p. 16).

Seguindo a grande revolução no campo da medicina e autorizadas pelo desenvolvimento da biologia molecular e neurociências, as tendências atuais se dirigem para um aprofundamento no conhecimento dos fatores biológicos dos “transtornos mentais”. Todavia a importância deste conhecimento não está em expulsar o conhecimento sobre a determinação social do problema, sob pena de atribuir a esse nível de determinação um caráter hegemônico.

A relação entre doença mental e estrutura social tem sido objeto de investigação de uma psicologia social que, embora reconhecendo a determinação biológica, não a opõe às determinações sociais. Procurando afastar-se dos modelos subentendidos às formas de tratamento, apoiados na afirmação de que o mal é, por sua natureza, aquilo que deve ser eliminado (o que suporia a idéia de um núcleo ou de um corpo perfeito que foi perturbado), reencontra a identidade do sujeito, produzida nas determinações múltiplas do social e não entregue à mortífera forma enclausurada de uma identidade em si mesma, imóvel e tendendo sempre ao reencontro de si mesma.

A inclusão, nessa psicologia social, de uma metodologia de investigação, que procura definir seu objeto pela análise das muitas formas através das quais ele se apresenta, é uma herança da metodologia de investigação psicanalítica que procura identificar os princípios do funcionamento psíquico seja a partir dos estados definidos como doença, seja nas manifestações reconhecidas como próprias da normalidade.

Seguindo essa linha de pesquisa, as contribuições dos estudos epidemiológicos, de inquestionável importância, tornam-se relevantes na medida em que os dados aí obtidos, aliados àqueles obtidos nas pesquisas qualitativas, permitem que se avalie a dimensão da grandeza da problemática em saúde mental em determinado momen-

Na página anterior, O Grito, de Edward Munch

to histórico e, dessa forma, constituem-se em elementos fundamentais para a construção de novos projetos.

Assim, se tais estudos nos dirigem a atenção para a relação, por exemplo, entre o suicídio nos jovens e os problemas familiares (desintegração da família, etc.), acrescidos da relação com os fatores econômicos e as drogas, etc., nossa atenção estará voltada, para além das associações entre variáveis, também para o reconhecimento dos processos de subjetivação que estão em jogo, atualmente, num mundo globalizado onde a “vivência do tempo futuro” está inteiramente articulada às “redes de significação locais, coletivas/grupais” a que os jovens estão sujeitos. Dessa forma, se a sociedade contemporânea funda-se no movimento, no trânsito cada vez mais rápido do capital (mercado), se as fronteiras geográficas, econômicas e culturais se transformam, impõe-se sempre aos sujeitos nela metidos a condição de um eterno “viajante-prisioneiro”, exigido a se deslocar e a permanecer no mesmo local, a estar se movendo incessantemente (sem rumo!?) e a se submeter às redes psicossociais estreitadas pelos limites econômicos e sociais regionais.

Devemos, para tanto, voltar-nos para as novas formas de subjetivação que, para além das variações das histórias individuais, revelem suas articulações com as condições sociais e históricas. Dessa forma, qualquer proposta de transformação em saúde mental, em qualquer um dos âmbitos acima referidos (como em nosso país a proposta de reforma psiquiátrica), deve considerar que os dados estatísticos, obtidos a partir de estudos epidemiológicos, são fundamentais para mapear uma situação e devem ser usados como um dos indicadores, a ser levado em conta, nas propostas de transformação sugeridas. Nesse sentido, seguindo o encaminhamento dado em algumas discussões, se dados preliminares sugerem que nossa realidade seja equivalente à americana, em relação a indicadores diagnósticos (como os obtidos no estudo “National Comorbidity Survey”, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994, citado em V. Gentil Filho: 17,2% – pânico, fobias e obsessões;

11,3% – abuso e dependência de álcool ou drogas; 11,3% – transtornos depressivos; 0,5% – esquizofrenia; 1,3% – outras psicoses), tais dados isoladamente não nos autorizam a encaminhar qualquer proposta de reforma. Eles devem ser analisados, de um lado, à luz dos modelos que definem a categoria de sinais identificadores das doenças e, de outro, à luz dos indicadores das transformações reguladoras das relações sociais entre as pessoas num dado momento histórico. Dessa forma, por exemplo, a mudança nas relações de trabalho pode estar determinando alterações nas relações entre as pessoas, alterações estas, portanto, emergentes dessas novas condições. Atribuir a essas novas condutas o caráter de um sintoma depressivo, por exemplo, pode mascarar e encobrir os fatores determinantes desse comportamento. Incluir tais pessoas, portadoras desses novos comportamentos, na categoria diagnóstica de depressivo é, no mínimo, perigoso.

Baseando-se em conceitos que privilegiam esse indicador, parte da legislação brasileira foi moldada. Essa legislação instala a segregação e a exclusão social das pessoas. A chamada “exclusão social do doente mental implica: 1. exclusão jurídica (pela interdição); 2. exclusão nos assuntos da vida familiar (os segredos, os pactos de dependência, a vergonha, a construção permanente de fracassos); 3. exclusão no trabalho (a aposentadoria por doença incapacitante, a noção de emprego de favor); 4. exclusão no processo educacional (o estigma das classes especiais ou do apontamento pelos colegas da sua condição); 5. exclusão terapêutica (hospitais psiquiátricos)” (D. Cintra, 1997, p. 2).

Apesar da necessidade social de que se mantenham instituições voltadas para a pesquisa e para o atendimento em saúde mental, elas não podem configurar a forma única de acesso e de conhecimento sobre o funcionamento psíquico. A modernização, as “novas tecnologias” devem situar-se em relação à forma de conhecimento que obtêm e à modificação que produzem no objeto que deve ser conhecido. Não há ilusão possível nesse campo. Portanto, um con-

ceito não deve nos enclausurar. A persistência de posturas unilaterais clássicas como são as sociológicas, as psicológicas e as organicistas, só reforçam seus aspectos ideológicos e não científicos.

“Saúde Mental deve ser concebida como inerente à saúde integral e ao bem-estar social dos indivíduos, famílias, grupos humanos, instituições e comunidade; nessa dimensão da saúde mental se articula o estudo dos problemas de saúde e doença mental, a investigação das necessidades psicossociais e a organização de recursos para satisfazê-las. Nessa perspectiva encontram seu lugar e definem suas interações dialéticas os fenômenos políticos, os valores socioculturais, as relações histórico-sociais, as vicissitudes dos conjuntos humanos e os efeitos que geram nas formas de vida os enfrentamentos de poder” (V. Baremlitt, apud E. Guinsberg, 1996, p. 39).

Cabe-nos hoje a tarefa de lutar pela identificação dos novos lugares da clausura. Cabe-nos a luta não somente contra as conhecidas formas de exclusão, mas identificar as novas roupagens pelas quais os mecanismos segregadores se apresentam.

Estamos caminhando alertados para a biologização do social. A busca de um conceito para a saúde mental deve levar em conta que nossa constelação ideológico-cultural de fim de século exige a luta pelo “reconhecimento dos lugares em que as tecnologias dissimulam os senhores perversos aos quais elas servem. Em nome do progresso e do crescimento social, essas tecnologias referendam valores que se contradizem. Assim, aquilo que serve aos interesses é incorporado ao discurso e à prática. A ‘importação’ entre os modelos não respeita fronteiras. Ela define os ‘raptos ideológicos’ que introduzem uma falsa história no lugar da verdadeira e instalam assim obstáculos ao conhecimento do campo teórico-prático e ao reconhecimento dos sujeitos em suas relações cotidianas” (M. I. A. Fernandes, “Admirável Modernidade: a Administração de Afetos”, in Fernandes et al., 1999).

A demarcação de fronteiras, no que diz respeito aos “equipamentos” em saúde mental, separa, tradicionalmente, instituições asilares, manicômios e hospitais psiquiátricos. No entanto, sabemos que essa demarcação encobre a relação entre a definição teórica que sustenta o modelo que define um projeto de intervenção e o processo de implantação desse mesmo projeto. Sabemos dos problemas referentes à implantação de projetos. A superação teórica não é acompanhada da superação necessária, relativa ao conjunto de representações que se tem sobre saúde e doença, por exemplo. Dessa forma uma instituição psiquiátrica, equipada com recursos médico-psicológicos requintados pode estar funcionando de acordo com o modelo de projeto asilar ou manicomial que pretende superar. “A simples diminuição dos espaços asilares e a proliferação de serviços de novo tipo não trazem nenhuma garantia de que essas modificações signifiquem que a desconstrução da cultura manicomial esteja de fato ocorrendo” (B. Bezerra, 1999, p.10). O que está em jogo, para além da substituição de técnicas, de uma reorganização administrativa de serviços e profissionais e de uma transformação na concepção das instalações é uma “redefinição profunda do que sejam o objeto e o objetivo das nossas práticas de cuidado, e uma discussão acerca dos instrumentos que tal redefinição exige” (idem, ibidem, p.11).

Devemos estar atentos para a pseudotransformação e para as formas de violência que ela carrega e que refletem um novo desencantamento do mundo na sociedade moderna.

“Tal desencantamento, de fato, ultrapassa todos os anteriores, pois sua pretensão mágica é total e inconsiderada. A cisão dos sentimentos, das experiências sensíveis e dos sonhos pela razão abstrata deu origem a uma esfera de ‘irracionalismo’ divorciada dos fins e idéias racionais – e isso tanto nos indivíduos como na sociedade em geral. A própria razão abstrata autonomizada é apenas em seus meios racional, não em seu fim. Esse fim é a ‘economização’ do

homem e da natureza sob os ditames da moeda, que, por sua vez, não tem procedência racional, mas mágica. Não somente as relações sociais da modernidade são transpassadas pela moderna magia da moeda e seu irracional fim em si mesmo, mas também a própria ciência e técnica modernas. A racionalidade instrumental da consciência economizada corre, portanto, o eterno perigo de transformar-se em afetos irracionais. Tal irracionalismo moderno não se dá a conhecer sob a mera roupagem de movimentos religiosos, mas muitas vezes sob a figura racional de idéias políticas de fachada e até mesmo como pretensão conhecimento científico” (R. Kurz, 1997, p. 192).

Nosso inimigo pode estar aqui localizado. Hoje em dia os acontecimentos são produzidos sem a presença física de seus agentes, mas a massificação da miséria está à vista. Tornou-se urgente, portanto, ao capitalismo recuperar “certa dignidade”, mascarando seus efeitos perversos: “a dignidade de leis naturais para torná-lo invulnerável e arrebatá-lo ao contexto histórico” (idem, ibidem, p.193) tem sido o caminho escolhido para a sustentação de ações que desprovidas de racionalidade apóiam-se na “ciência biológica” para encobrir seus fins irracionais. É nesse contexto que encontramos pesquisas na área de genética molecular marcadamente ajustadas ao reconhecimento de um fundamento biológico a comportamentos sociais.

Kurz relata pesquisas que se referem ao livre-arbítrio como um conjunto de “reações neurológicas” e a outras que dizem ter encontrado um vírus que supostamente desencadeia a melancolia. São certamente hipóteses não comprovadas e revelam mais sobre a preferência ideológica dos cientistas. Porém a “redução da cultura e sociabilidade humanas ao padrão da biologia molecular confere argumentos à legitimação de um barbarismo renovado” (idem, ibidem, p. 196).

É com essa preocupação e com essa determinação que procuramos resguardar uma cultura de contínua reflexão para que não tenhamos como produto de nossas transformações as práticas burocratizadas e as teorias fetichizadas. Todo conhecimento corre o risco de se transformar em ideologia e se perpetuar em instituição. A luta deve nos impor um exercício contínuo de construção e de desconstrução de nosso fazer. “A luta deve ser, portanto, contra um modelo de desenvolvimento que transformou a subjetividade num processo de individuação burocrática e subordinou a vida às exigências de uma razão tecnológica que converte o sujeito em objeto de si próprio” (M. I. A. Fernandes, 1999, p. 46).

Tendo em vista este cenário é que se situam com dificuldade certas formas de expressão, “porque elas apagam suas fronteiras, queimam seus limites, transgridem as convenções” (S. N. Rezende, 1998, p.54).

BIBLIOGRAFIA

- BAZ, M. “Salud Social y Subjetividad Coletiva”, in L. F. Rivas, M. Pimentel (orgs.), *El Sujeto de la Salud Mental a Fin de Siglo*. México, Universidad Autonoma Metropolitana, 1996.
- BEZERRA, B. “Prefácio”, in M. I. A. Fernandes et al., *Tecendo a Rede: Trajetórias da Saúde Mental em São Paulo*. Taubaté, Cabral Ed. Universitária, 1999.
- BOSI, A. *Dialética da Colonização*. São Paulo, Companhia das Letras, 1992.
- CARRILHO, M. M. *Dicionário do Pensamento Contemporâneo*. Lisboa, Dom Quixote, 1991.
- CINTRA, D. “Associação de Juizes Defende Ampla Reforma Psiquiátrica”, in *Folha de S. Paulo*, 11 de outubro

de 1997, p. 2.

DIETERICH, H.; CHOMSKY, N. *La Sociedad Global*. Habana, Casa Editora Abril, 1997.

FERNANDES, M. I. A. "A População Diante da Implantação de Programas Políticos: Efeitos da Violências", in L. Camino; P. R. Menandro, *A Sociedade na Perspectiva da Psicologia: Questões Teóricas e Metapsicológicas*, vol. 1, n. 13, setembro/1996.

GENTIL FILHO, V. "Manicômio, Asilo e Hospital", in *Folha de S. Paulo*.

GUINSBERG, E. "La Salud Mental en Nuestros Tiempos de Cólera", in L. F. Rivas, M. Pimentel (orgs.), *El Sujeto de la Salud Mental a Fin de Siglo*. México, Universidad Autonoma Metropolitana, 1996.

HOBBSBAWN, E. *Era dos Extremos*. São Paulo, Companhia das Letras, 1998.

KURZ, R. *Os Últimos Combates*. Petrópolis, Vozes, 1997.

MATOS, O. C. F. "Cidadania: Espaço Público e Tolerância Mestiça", in M. I. A. Fernandes et al., *Fim de Século: Ainda Manicômios?* São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

PATTO, M. H. S. *Psicologia e Ideologia*. São Paulo, T. A. Queiroz, 1987.

REZENDE, S. N. "A Construção de um Herói Obscuro", in M. E. C. Pereira (org.), *Leituras da Psicanálise*. Campinas, Mercado de Letras, 1998.

_____. *Pela Mão de Alice*. São Paulo, Cortez, 1995.

_____. "Ciência", in M. M. Carrilho, *Dicionário do Pensamento Contemporâneo*. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1991.