
CAPÍTULO 7

SAÚDE MENTAL, ENTRE A ÉTICA E A ECONOMIA

*Alexandra Cavalheiro
Robson Pereira Calça*

A Segunda Guerra Mundial marca uma virada na organização das instituições de todo o mundo. Os efeitos psicológicos deste trauma coletivo favorecem a criação de novas organizações, de forma a evitar outras guerras deste porte e a contribuir com a estabilidade político-social no centro do capitalismo. A experiência produziu interrogações sobre as instituições já existentes e, na área da saúde, vários movimentos¹ combatem a reprodução de instituições totalitárias e espaços desumanos que de algum modo se assemelhassem aos campos de concentração.

Este período permitiu redefinir políticas, a fim de basear a organização das sociedades em valores de paz e de solidariedade. Assim, implantam-se, por exemplo, na França: a *sécurité sociale* (segurança social), capaz de garantir cuidados de saúde e períodos de descanso para os trabalhadores, evoluindo nos direitos trabalhistas, ainda existentes atualmente. Essas reformas (disseminadas em alguma medida por praticamente toda Europa ocidental) possibilitaram uma

¹ Correntes como o *désaliéniste*, onde podemos destacar Lucien Bonnafé, personalidade emblemática deste movimento.

diminuição da taxa de mortalidade, da mortalidade infantil e melhoria das condições da classe operária.

Os EUA, tendo sido os primeiros vendedores de armas aos Aliados e estando a uma grande distância geográfica do centro aliado da Segunda Guerra, teve as suas cidades e os seus parques industriais protegidos de bombardeios; e, ao fim da guerra, pôde reorganizar-se economicamente com maior agilidade, encontrando ademais o caminho livre (dos antigos maiores concorrentes) para estabelecer acordos econômicos ainda mais vantajosos e expandir a sua produção. Deste modo, os EUA saíram

da Segunda Guerra como a maior economia mundial, convictos de que era fundamental a recuperação das economias europeias destroçadas pela contenda militar, tanto para sua própria consolidação como império econômico, como para evitar o avanço do comunismo. A dinâmica que se estabeleceu no pós-guerra contribuiu para expandir e disseminar a lógica da produção fordista para os países europeus e outras regiões do mundo, que era muito mais do que uma nova base técnica de produção, constituía-se em um *novo padrão civilizatório* (Lopes, 2000). (Rizzotto, 2012, p.44)

Assim, os princípios e valores organizadores nos anos 50/60 permitem uma reconstrução e reequilíbrio social dos principais países participantes da Segunda Guerra, mas a realidade econômica cedo vai pontuar as relações entre os diferentes países. Aparece então o BIRD: Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, criado em 1945, logo após o fim da Segunda Grande Guerra, pautando a reconstrução dos países devastados. Mais tarde, em diferentes períodos, são criadas outras instituições, que visavam o investimento de capital privado em países *em vias de desenvolvimento*, a partir de mecanismos de articulação entre governos e investidores estrangeiros, oferecendo garantias para os investidores. Essas múltiplas instituições compõem o que chamamos atualmente de Banco Mundial. A partir de então o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional² são protagonistas de um processo inicialmente de reconstrução e mais tarde de regulação do capital mundial, funcionando como árbitros das mais diversas tensões. Por exemplo, Maria Lucia Rizzotto demonstra que, no Brasil de 1988:

a tese de que os acordos de empréstimos do Banco Mundial para o setor brasileiro da saúde, levados a cabo nas ultimas décadas, teriam como objetivo contribuir para a concretização de uma *contrarreforma* no e do sistema único de saúde, com o objectivo de restringir e anular direitos sociais defendidos pelo Movimento brasileiro da reforma nas décadas 70 e 80 do séc. XX e consagrados na Constituição Federal de 1988 (Rizzotto, 2012, p.18).

² Criado oficialmente em 1945.

Desse modo, pode-se notar que não é sem interesse para o capital privado da saúde a manutenção de certa fragilidade nas estruturas públicas de atendimento; e, sobretudo, a dependência dessas estruturas em relação aos investimentos privados e/ou internacionais – que, em última instância, consistem naquilo que Rizzoto descreve como *contrarreforma*.

No entanto, a ideia de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado, estabelecida em inúmeras constituições (como a do Brasil), parece tomar a partir dos anos 80 um protagonismo que poderá constituir uma mudança no conceito de *homem* e na sua relação consigo mesmo e com a coisa pública. O projeto do SUS, cujas diretrizes foram transformadas em leis no momento da Constituinte de 1988, permite um recorte histórico interessante sobre a evolução do conceito de saúde e das políticas desenvolvidas em torno desta. O resultado é que este projeto (SUS), ainda bastante incompleto em 2018 (quanto à sua aplicação), apoia uma visão de intervenção social, ao transformar a participação civil em um direito constitucional.

A reforma sanitária brasileira em 1980 foi, todavia, interrompida e substituída por sucessivas reformas administrativas e gerenciais, que vêm sistematicamente obstaculizando a implementação do projeto SUS – de modo que, ao longo dos anos 1980, o SUS assume a contracorrente das chamadas *vontades do mercado financeiro*. Fenômeno que não se dá apenas na área da saúde (em que ele é bastante visível), pois é de se notar que, nos Estados que mais se aproximam das *orientações* e exigências do Banco Mundial, a política econômica e a política social estão em constante interação. Interação esta que facilmente se converte em uma *submissão absoluta do estado à lógica do capital* (Rizzotto, 2012, p.25).

Desse modo, as diferentes disputas sociais, políticas e econômicas na área da saúde implicam também mudanças na psiquiatria, cujos campos de atuação orbitam entre teorias psicológicas (onde podemos destacar a psicanálise); e o campo médico – nomeadamente a neurologia e as investigações recentes da neurociência. A prática da psiquiatria, tradicionalmente centrada numa clínica da singularidade, vê-se a partir dos anos 80 compelida ao uso de protocolos, procedimentos que tentam padronizar atuações, assim como o tratamento, que passa a ser encarado como preponderantemente medicamentoso, como consequência da ênfase dada a uma concepção biológica do adoecer.

Nos países europeus a obrigatoriedade de processos de certificação (normas e procedimentos que devem coadunar com as diferentes estruturas, com as normas europeias), impulsionada por uma corrente de uniformização dos cuidados no âmbito da União Europeia, empurra a psiquiatria para uma centralização

no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), enfatizando os sintomas e o tratamento de acordo com este modo de aferir o diagnóstico. Este modelo de procedimento eclipsa o objeto primordial da psiquiatria: o sujeito, para se fixar no sintoma e no desaparecimento deste; ao mesmo tempo em que subestima a dimensão existencial da experiência humana e do seu sofrimento.

Essa perda de profundidade na abordagem da experiência e sua influência no adoecer do sujeito, tende a mecanizá-lo, a induzi-lo a pensar que seus sintomas, relacionados com um fluxo aumentado ou diminuído de neurotransmissores, estaria desligado das questões subjetivas e experienciais da pessoa, de seu meio, de sua família. Assim, a neurociência procura os neurotransmissores e realiza os procedimentos para mapear as funções cerebrais, nem sempre reconhecendo a relevância da criação do mundo por meio do pensar e do sentir (seja em sua perspectiva individual ou coletiva), esquecendo, em suma, a dimensão existencial do homem.

Apesar de vir ganhando cada vez mais adeptos, essas tendências simplificadoras da realidade social e existencial do homem (mas deveras convenientes ao complexo industrial farmacêutico), não têm cumprido até agora, com nenhum medicamento, suas promessas normalizadoras – promessas, aliás, de propósitos questionáveis. A ideia, no mínimo contestável, de que ao *diagnóstico deve seguir-se um medicamento* consiste em uma curva resvalosa, em que o tratamento passa a ser sinônimo de medicação.

Como se sabe, o tratamento em psiquiatria consiste em uma gama de cuidados, que articulam medicamento, psicoterapia e acompanhamento; nos quais vários intervenientes podem participar. Contudo, aquele pensamento mecanicista relega todas as outras possibilidades (além da medicalização) para segundo plano, vendendo a ideia das pílulas que, por si só, poderiam solucionar os impasses profundos da condição humana estes sempre inseridos, nos contextos socioculturais específicos.

Seguindo essa tendência, o psiquiatra deixa assim de acompanhar a pessoa para restaurar a *peça que não funciona* e intervir na crise. Poderia mesmo ser perguntado se o psiquiatra deveria fazer ou propor psicoterapia (Borgeat e Doncier, 2015). Por conseguinte, o acompanhamento e o suporte cotidiano do usuário são transferidos para as estruturas sociais e familiares, desarticulando o trabalho em psiquiatria.

Essa desarticulação manifesta-se em duas características notáveis da psiquiatria atual: 1) a desvalorização da subjetividade e contextualização da representação no âmbito familiar; e 2) o sintoma passa a representar o indivíduo,

colocando-se em segundo plano a narrativa do sujeito, uma vez que no primeiro plano figura a simples presença ou ausência de sintoma. Por sua vez, a presença ou ausência de diagnóstico é seguida da respectiva indicação ou não indicação de medicação. Esta lógica causal direta passa a gerir as relações de tratamento, sendo o cuidado, o acolhimento e o espaço para a loucura relegados para um plano secundário – quando não totalmente banidos.

O desaparecimento da concepção de homem enquanto ser integral abre uma brecha para se pensar exclusivamente em termos de *sintomas* ou *não sintomas*; para se intensificar na produção de diagnósticos com preenchimento de escalas, construindo *cuidados* mesuráveis na mais explícita lógica capitalista da produtividade. Estes *cuidados*, quantificados na perspectiva do capital, abrem caminho para que o cuidado se dê de modo cada vez mais irregular, sob o pretexto da ideia de uma desestigmatização. Torna-se, então, desvalorizado o lugar para a relação, para a *transferência*, segundo os conceitos psicanalíticos – ponto que permanece fundamental para o processo de cura.

A par com este processo, cabe atentar para a importância da ideia de cura. As patologias psiquiátricas graves passam a ser incuráveis; a pessoa passa a ter uma perturbação crônica, acompanhada de uma toma constante de medicação. Estamos perante a dicotomia: a *cura do sujeito*, subjetiva e fruto da relação sujeito/meio ou a *cura objetiva*, estabelecida pelo poder (DSM). É inegável o impacto psíquico que este ponto provoca, não só no usuário e sua família, mas também nas equipes de cuidados.

A representação que isso provoca, os movimentos de transferência que isso aflora, marcam um processo em que tanto o sujeito muda a relação consigo mesmo, quanto os cuidadores mudam as expectativas e investimentos em relação à pessoa. A frustração que daí resulta, também ela crônica, pode desvitalizar e muitas vezes bloquear o acompanhamento dessas pessoas. Para ilustrar esse quadro, podemos observar o lugar das pessoas com perturbação psicótica na linha de cuidados. São estes usuários os que mais sofrem com tal ideologia quantificadora, pois são cada vez mais relegados a estruturas sociais³ onde o cuidado e a psicoterapia não são o foco do trabalho.

Ademais, pode-se afirmar que a ideia da incurabilidade da psicose é um preconceito; e que desconstruí-lo é ainda um trabalho para as gerações futuras. Freud oferece sua contribuição neste sentido, ao sustentar que a ausência de *transferência* destes pacientes simplesmente impossibilita o tratamento

³ Estruturas do âmbito social, que visam a ocupação e lazer, sem pretensão de tratamento psíquico, nem presença de cuidadores da área da saúde.

psicanalítico. Outros psicanalistas e psiquiatras também seguem esta linha. Roger Gentis, no seu livro *Os esquizofrênicos*, argumenta:

O mais grave e o mais nefasto dos preconceitos é que o esquizofrênico não é curável. Ainda existem muitas pessoas que o pensam, isso tem consequências desastrosas: pode-se dizer que aquilo que poderemos fazer pelo paciente, de qualquer modo, não servirá de grande coisa, abandonando-o facilmente à sua sorte depois de alguns meses de tratamento mais ou menos intensos. (tradução nossa) (Bellahsen, 2009, p.122)

Este pensamento implica também uma desestruturação dos coletivos de cuidadores, fraturando as linhas de trabalho no âmbito do cuidado e do acompanhamento no cotidiano. Esses grupos de cuidadores, a que certa literatura francesa chama *collectifs*, desenvolvem-se neste contexto como *prestadores de cuidados psíquicos*. Atualmente esses dispositivos, por falta de articulação e consistência na continuidade de cuidados, recaem cotidianamente sobre a responsabilidade das famílias, estas frequentemente em grande dificuldade.

Nesse campo, cabe retomar o conceito de *saúde mental* na Europa, que nasce ligado à higiene mental: nos anos 20 com Eduard Toulouse criando a Liga de Higiene e de Profilaxia Mental, com o intuito de *proteger a saúde mental da colectividade* (Bellahsen, 2014, p.25). É no pós-guerra que a higiene mental vai dar lugar à ideia de *saúde mental*: em 1948, em Londres, no 3º Congresso Internacional de Higiene Mental, uma declaração é remetida a todos os participantes, intitulada *Saúde mental e cidadania mundial* (Bellahsen, 2014,p.28).

Assim, o termo saúde mental tem suas origens no pós-guerra como uma conquista progressista; tal como o reconhecimento da loucura na sua dimensão singular e humana, pautando uma pesquisa permanente sobre o mundo e o íntimo dos homens (Bellahsen, 2009, p.126). Nesse momento, as pequenas estruturas que começam a implantar-se nas cidades europeias são os dispensários de saúde mental, mais tarde chamados de centros de saúde mental, tendo por guia a ideia de descentralizar os cuidados do hospital psiquiátrico, favorecendo os cuidados na cidade e em proximidade com os usuários e suas famílias. O termo de saúde mental, de intenção humanista do meio do século XIX, transforma-se no século XX num vocábulo com um imperativo de comportamentos. O conceito de saúde mental será também afetado pelas correntes da psiquiatria democrática e pelos movimentos da antipsiquiatria. Esta última, advogando que o conceito de higiene mental está demasiado próximo do controle e das ideias de explorador/explorado, dominante/dominado, fazendo analogia com paciente/cuidador, abandona definitivamente o termo higiene mental. Assim, a noção de saúde mental vem cortejar as correntes revolucionárias, sobretudo através da ideia *désaliéniste* (desalienação) e de desinstitucionalização.

Esses argumentos, por outro lado, servem atualmente para defender políticas que levam à desativação de serviços e ao desaparecimento de leitos. Queremos realçar a importância da inclusão dos usuários na vida cotidiana da cidade, mas parece importante observar há uma linha tênue que separa a desestigmatização da falta de cuidados – sobretudo no que toca a necessidades temporárias de usuários em crise ou em estados mais graves. Nos dias de hoje, contrariamente ao discurso que defendeu e defende a segregação permanente dos grandes manicômios, ao falarmos de leitos de internamento, estamos a falar de pessoas em sofrimento agudo, que ficam, quando muito, 15 dias hospitalizadas.

Como vimos, o sentido do termo *saúde mental* vem sofrendo alterações ao longo do tempo, de acordo com as diferentes práticas que o incorporam. Decerto este é também o caso de *tratamento*, como foi referido anteriormente. Para entender como a designação de *saúde mental* passa do campo da saúde para o campo econômico, deveremos perceber alguns pontos. Primeiramente, como dizem Pierre Dardot e Christian Laval no livro *La nouvelle Raison du monde*, o neoliberalismo propõe uma ideia de que o homem moderno deve assegurar o seu capital, comportando-se no seu dia a dia como se ele próprio fosse uma empresa; administrando o seu capital de saúde, intelectual, sexual, etc.

Essa ideia prepara o terreno para a exclusão do indivíduo quando fora da norma; daquele que não gere o seu capital, não quer fazê-lo e portanto não tem garantido um lugar simbólico neste mundo de empreendedores da própria existência – o que reforça mais uma vez o fenómeno de mudança da relação do sujeito consigo mesmo, pois tudo se passa como se dentro do neoliberalismo tudo fosse possível de gerir a partir de uma relação de custo-benefício.

O termo *saúde mental* constitui uma ferramenta utilizada inicialmente para a inserção social, ela transforma-se ao longo dos anos em uma espécie de propaganda da normalização, servindo à instituição de uma felicidade sob controle, indissociável da ideologia neoliberal (Le Dévédec, 2014, p.1). Em 2005, por exemplo, o livro verde da União Europeia referia: *a tomada em conta da saúde mental permite melhorar a disponibilidade dos recursos económicos* (UE, 2005⁴, tradução nossa).

Para Dardot e Laval o neoliberalismo clássico restringia-se à esfera econômica, enquanto o neoliberalismo atual visa regular todas as esferas da vida do homem, com o princípio de concorrência sobrepondo-se a qualquer outro (Bellahsen, 2014, p.18). *Como em toda empresa, fazer frutificar o capital, investir*

⁴ Disponível em: <https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf> Acesso em: 14 jul. 2018.

e inovar, são as palavras de ordem, que se aplicam para que a performance, a competitividade sejam os objetivos da governança (Bellahsen, 2014, p. 25). O íntimo do sujeito passa a ser tratado como uma relação mercantil, como uma aplicação na bolsa de valores, onde o sujeito-empresário acata o dogma de maximizar os lucros.

Assim, comportamentos são naturalizados e, entre eles, a ideia de um sistema de saúde lucrativo e de um princípio de gestão inspirado nos utilizados no meio empresarial. Esta relação entre a *saúde mental* e a governança neoliberal é chamada por Mathieu Bellahsen de *santé mentalisme* (saúde mentalismo) e afirma que: *a saúde mental na sua forma atual é um processo de normalização, que visa transformar a relação entre os indivíduos, dos grupos e da sociedade no sentido de uma adaptação a uma economia de competição, vivida como natural* (Bellahsen, 2014, p. 21).

Bellahsen demonstra ainda como esta naturalização está presente no discurso cotidiano, como ele se verifica no trabalho dos profissionais da saúde, onde frequentemente, quando se cogita um novo projeto, a voz do sistema não tarda a se manifestar como a mais legitimada das reivindicações: aquela que reclama, quando não um fim lucrativo, uma *austeridade* escorchante. Isso, sobretudo quando o tratamento é centrado no ser humano e não no medicamento – isto é: quando a pessoa em sofrimento psíquico é tratada como o fim da ação médica e não como um meio para a indústria farmacêutico hospitalar. Este comportamento, apresentado como inofensivo, legítima e é legitimado pela ideologia econômica dominante; e passa a intervir também na regulação das relações do homem com os demais e com o meio, pautando ainda a relação entre cidadão e Estado.

A pobreza conceitual e argumentativa que marcam este contexto dogmático faz com que a estatística prescindia de análise para ser tratada como argumento válido de uma verdade única e acrítica, alimentando uma saúde mental padronizada, que, em última instância, responde às reformas burocráticas realizadas pelos acordos europeus⁵. Na Europa ocidental, a organização e direção dos hospitais, inicialmente ocupada pela classe médica, passa a ser referida a gestores e organizadores de serviços, que no mais das vezes não demonstram a necessária compreensão da prática de cuidados. O termo de *saúde mental* passa então a ser instrumentalizado, apropriado pelo discurso neoliberal. Ele deixa de estar no campo da luta contra a doença e passa a ser legislado pelo governo.

Assim, não só a expressão de *saúde mental* e tratamento tomam representações diferentes e são imiscuídas no discurso econômico, como a ideia de

⁵ Esta foi a implementação dos protocolos a que fizemos referência anteriormente.

bem-estar e de *bonheur* (felicidade) passam a ser relacionadas com a produtividade ou a aceitação do *status quo*. Essa imbricação ideológica profunda na vida subjetiva do homem influencia, por sua vez, a forma como os cuidados se organizam. Novamente Belhasen aponta que *a ideia implícita é aquela da possibilidade de uma vida totalmente controlável pela força de vontade* do sujeito. Essa narrativa apaga a dimensão trágica da condição humana; e desconsidera o inexorável, o imponderável.

Na perspectiva de Michel Foucault, dever-se-ia questionar: que lugar resta então para *os que não têm esta vontade*, os que deliram, os que se mantêm resistentes e inadequados a esse discurso, a essa ideologia? A rua e a prisão vêm sendo a resposta que esse sistema de valores vem dando aos que não se adequaram, a despeito do discurso oficial da OMS de 2005:

A saúde mental e o bem-estar mental são as condições fundamentais para a qualidade de vida, para a produtividade dos indivíduos, das famílias, das populações das nações, e conferem um sentido à nossa existência, permitindo-nos de ser cidadãos ao mesmo tempo ativos e criativos (OMS, 2005⁶, tradução nossa).

Mais tarde, em 2010, o centro de análise estratégica do Ministério de Saúde Francês publica um relatório em que se lê: *Uma boa saúde mental é alguém que se sente suficientemente em confiança para se adaptar a uma situação à qual ela nada pode mudar* (France, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2010⁷, p. 24, tradução nossa).

Podemos colocar a interrogação do lugar da psicanálise nessas instituições capitalistas, de que maneira ela opera neste sistema global? E de que maneira ela deve se posicionar neste contexto? Algumas correntes sempre defenderam a prática exclusiva da psicanálise em consultório e em individual; outras, como as correntes de psicoterapia institucional, de que Jean Oury é certamente a figura mais conhecida, propõem uma análise de base psicanalítica no trabalho cotidiano das instituições psiquiátricas, visando *a cura do hospital*.

Não teremos aqui o espaço necessário para tratar do clube terapêutico e da sua base psicanalítica, ferramenta de resposta aos ataques constantes à subjetividade, nessas instituições. Para isso fazemos referência ao texto de Jean Oury, *Psychanalyse, psychiatrie et psychotherapie institutionnelles*, que aponta vários

⁶ Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

⁷ Disponível em: <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000556/index.shtml>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

dispositivos possíveis, como modo de trabalho face à crescente burocratização da vida e a coisificação do homem.

Podemos pensar que a psicanálise possa representar um contrapoder, existente no seio das instituições. Poderemos talvez postular que a psicanálise, pela sua metodologia, possa representar um contraponto ao tempo, favorecendo a pausa, a discussão e reflexão, eventualmente a elaboração. Seria ela geradora de singularidade, ou de uma forma mais precisa, potencializadora da emergência da singularidade? Para tal, a necessidade de a discussão ser de caráter horizontal deve ser assegurada, pois se trata de fator fundamental para a construção coletiva de trabalho.

A psicanálise pode também alargar essa nossa reflexão sobre o capitalismo. Lacan nos coloca em alerta: *De jeito nenhum lhes digo que o discurso capitalista seja medíocre; é, pelo contrário, algo loucamente astucioso* (Lacan, 1972, p. 10). Lembremos que o discurso capitalista possui algo de engenhoso, ele ignora a incompletude fazendo acreditar que sempre é possível comprar aquilo que falta. Assim, *tudo é possível*, o sujeito pode ter acesso ao seu objeto de desejo desde que para isso pague o preço, em dinheiro, desvinculando-se assim da relação com o outro, que vinha buscar os novos significantes – novos saberes. Esse discurso, naturalizado, passou a ser o modo de pensar e de sentir hegemônico da atualidade.

No artigo *Mas que discurso é este: a burocratização da subjetividade?* de Ana Carolina Salvatore Jaen Saad e Roberto Heloani, essa ideia pode ser completada afirmando que:

No discurso do mestre, o “mais- de-gozar” (objeto a) indica uma perda que – como a “mais-valia” do sistema capitalista, que produz o capital – fabrica também o valor do sistema. O objeto “a” como produto perdido sustenta e condiciona o discurso do mestre como discurso da civilização, como laço social fundado na não-relação e na perda necessária do gozo. No discurso do capitalista, o objeto vem obturar o sujeito dividido e rompe o laço social fundado na circulação daquilo que não tem preço. (Jaen Saad e Heloani, 2009, p. 78)

A instituição capitalista, enquanto empresa de saúde, requer dos cuidadores a reificação do sujeito para que ele se adapte a uma norma. A OMS é bem clara quanto a isso em sua definição de saúde mental, como referimos anteriormente. Assim, a saúde *é o luxo de poder cair doente e de se levantar*, como referia o filósofo G. Canguilhem. No entanto, este luxo parece, com o decorrer dos anos, restringir-se apenas à parcela dos cidadãos que consegue (*pela sua vontade*) integrar-se a essa fasquia de *pessoa produtiva*. Parece assim

importante estimular uma análise crítica das práticas de saúde e em particular no domínio do sofrimento psíquico, enfatizando que é também dessas práticas que resulta o conceito de homem. Comportamentos, concepções que a princípio parecem banais, e quase naturais, escondem uma longa história; e nem sempre estão coadunadas com o que os cuidadores defendem. Para isso, continua sendo necessário o debate, a escrita e *o coletivo*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELLAHSEN, M. Psychodynamique versus psychostatique, **Sud/Nord**, vol.1 (n° 24), p. 113-126, 2009.

BELLAHSEN, M. Psychiatrie: du futur au passé, **Chimères**, vol.1 (N° 72), p. 199-206, 2010.

BELLAHSEN, M. **La Santé mentale – Vers un bonheur sous contrôle**. Paris : Éditions La Fabrique, 2014.

BORGEAT, F.; DONGIER, M. **Le changement de nos valeurs et certitudes au long de ce demi-siècle**. Santé mentale au Québec, 40(2), 163–175. (2015)

CHAPEROT, C. **Formes de transfert et schizophrénie**. Toulouse : Éditions Érès, 2014.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **La Nouvelle Raison du monde. Essai sur la société neoliberal**. Paris: La Découverte, 2010.

DELION, P. **Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne**. 2. ed. Introduction à la psychothérapie institutionnelle, Paris: Éditions Dunod, 2011.

FREUD, S. (1915/1974). **Os instintos e suas vicissitudes**. Obras completas, ESB, v. XIV. Imago: Rio de Janeiro.

FREUD, S. (1916-1917/1974). **Conferências introdutórias sobre a psicanálise** (parte III). Obras completas, v. XVI. Imago: Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Tradução de Raquel Ramallete. 20. Ed.. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

JAEN SAAD, A.; HELOANI, R. Mas que discurso é este: a burocratização da subjetividade?. **Aletheia** 30, p.73-87, jul./dez. 2009

LACAN, J. **Discours à l'Université de Milan le 12 mai 1972**, Obra bilingue: Lacan in Italia 1953- 1978. En Italie Lacan, Milan, La Salamandra, 1978, pp. 32-55.

LACAN, J. **O seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise (1969 - 1970)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

OURY, J. Analyses structurale et métapsychologie, **Psychoanalytische Perspectieven**. 2009, 27, 1-2: 153-173, 2009.

OURY, J. **Lesclubs thérapeutiques, Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle**, Paris : Payot, 1976, 69-70.

OURY, J.; SIVADON, D. Constellations. **Chimères**, vol.1 (Nº 79), p. 124-141, 2013.

OURY, J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. **VST - Vie sociale et traitements**, 2007/3 (nº 95), p. 110-125.

RIZZOTTO, M. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

FONTES EXTRAÍDAS DA INTERNET

France, Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf>. Acesso em :14 jul.2018.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.ladocumentation-francaise.fr/rapports-publics/094000556/index.shtml>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

União Europeia. Disponível em: <https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SOBRE OS AUTORES

Alexandra Cavaleiro: Médica psiquiatra, membro da Ordem dos Médicos Francesa. Atualmente Psicoterapeuta em Divinópolis.

E-mail: cavaleiroalexandra@gmail.com

Robson Pereira Calça: Professor da Universidade do Estado de Minas Gerais, Doutor em Educação pela USP, Bacharel em Filosofia pela USP.

E-mail: rpalca@yahoo.com.br

