

133

*Réflexion sur les expériences sociales et les politiques publiques  
dans le domaine de la santé mentale au Brésil*

Sônia Weidner Maluf

Universidade Federal de Santa Catarina

Reitora: Roselane Neckel

Diretor do Centro de Filosofia e Ciências Humanas: Paulo Pinheiro Machado

Chefe do Departamento de Antropologia: Miriam Furtado Hartung

Sub-Chefe do Departamento: Oscar Calavia Sáez

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social: Alicia Norma González de Castells

Vice-Coordenadora do PPGAS: Evelyn Martina Schuler Zea

## ANTROPOLOGIA EM PRIMEIRA MÃO

Editores responsáveis

Edviges Marta Ioris

Maria Eugenia Dominguez

Rafael Victorino Devos

Conselho Editorial

Alberto Groisman

Alicia Castells

Antonella Imperatriz Tassinari

Carmen Rial

Edviges Ioris

Esther Jean Langdon

Evelyn Schuler Zea

Gabriel Coutinho Barbosa

Jeremy Loup Deturche

José Kelly Luciani

Maria Regina Lisboa

Maria Eugenia Dominguez

Márnio Teixeira Pinto

Miriam Furtado Hartung Miriam Grossi

Oscar Calávia Saez

Rafael Victorino Devos

Rafael José de Menezes Bastos Scott Head

Sônia Weidner Maluf

Théophilos Rifiotis

Vânia Zikán Cardoso

### **Conselho Editorial**

Alberto Groisman, Alicia Castells, Antonella Imperatriz Tassinari, Carmen Rial, Edviges Ioris, Esther Jean Langdon, Evelyn Schuler Zea, Gabriel Coutinho Barbosa, Jeremy Paul Jean Loup Deturche, José Kelly Luciani, Maria Eugenia Dominguez, Maria Regina Lisboa, Márnio Teixeira Pinto, Miriam Furtado Hartung, Miriam Grossi, Oscar Calávia Saez, Rafael Victorino Devos, Rafael José de Menezes Bastos, Scott Head, Sônia Weidner Maluf, Théophilos Rifiotis, Vânia Zikán Cardoso

As posições expressas nos textos assinados são de responsabilidade exclusiva de seus autores.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# Antropologia em Primeira Mão

2012

**Antropologia em Primeira Mão** é uma revista seriada editada pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Visa à publicação de artigos, ensaios, notas de pesquisa e resenhas, inéditos ou não, de autoria preferencialmente dos professores e estudantes de pós-graduação do PPGAS.

### **Copyleft**

Reprodução autorizada desde que citada a fonte e autores.

Free for reproduction for non-commercial purposes, as long as the source is cited.

Antropologia em primeira mão / Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis : UFSC / Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2011 - v.133; 22cm  
ISSN 1677-7174

1. Antropologia – Periódicos. I. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social.

Toda correspondência deve ser dirigida à  
Comissão Editorial do PPGAS  
Departamento de Antropologia,  
Centro de Filosofia e Humanas – CFH,  
Universidade Federal de Santa Catarina  
88040-970, Florianópolis, SC, Brasil  
fone: (48) 3721-9364 ou fone/fax (48) 3721-9714  
e-mail: [revista.apm@gmail.com](mailto:revista.apm@gmail.com)

***Réflexion sur les expériences sociales et les politiques publiques  
dans le domaine de la santé mentale au Brésil***

Sônia Weidner Maluf

**Resumé**

Cet article focalise, dans le contexte de la Réforme Psychiatrique brésilienne, l'articulation et les tensions entre politiques publiques et sociales par rapport à la santé mentale, d'un côté, et les expériences sociales dans ce domaine, de l'autre, surtout par rapport aux questions de genre et de biopolitique. Nous partons d'une réflexion critique des études anthropologiques dans le domaine de la santé au Brésil, d'une contextualisation de la réforme psychiatrique et de l'expansion des domaines d'action de la biomédecine et de l'accroissement du champ pathologique, pour nous interroger sur comment une tendance contemporaine pour une rationalisation biomédicale de la vie se développe-t-elle et se reflète-t-elle dans les politiques et les programmes gouvernementaux dans le domaine de la santé mentale. Les politiques publiques en santé mentale et santé des femmes, basées sur le concept de cycle de vie, révèlent sa dimension biopolitique et de technologie de genre. Les expériences sociales révèlent tout une autre logique, liée aux contextes sociaux de violence et inégalité.

**Mots clés :** Santé Mentale – Genre – Politiques Publiques – Biopolitique – Technologies de Genre

***Public policies and social experiences in the field of mental health in Brazil***

Sônia Weidner Maluf

**Abstract :**

This article focalizes, in the context of the Psychiatric Reform in Brazil, articulations and tensions between public and social policies in mental health and social experiences in this domain, especially in relation to gender and biopolitics. We start with a critical reflection about anthropological studies of health in Brazil, the context of the psychiatric reform and of the expansion of the scope of biomedicine and the pathological field, to ask how a contemporary tendency for a biomedical rationalization of life develops and is reflected in policies and governmental programs in the domains of mental health. Public policies in mental health and women's health, based on the concept of cycle of life, show their dimensions of biopolitic and technology of gender. Social experiences in the context of this policies are rather linked to the social context of violence and inequality.

**Key words:** Mental Health – Gender – Public Policies – Biopolitics – Technologies of Gender

## Réflexion sur les expériences sociales et les politiques publiques dans le domaine de la santé mentale au Brésil

Sônia Weidner Maluf<sup>1</sup>

La ligne recherche que je développe depuis quelques années a pour titre “*Vers une anthropologie du sujet*” et pour thème central la constitution d’une anthropologie du sujet à partir de l’articulation entre les paradigmes classiques de l’anthropologie liés à la personne et à la corporalité, et les contributions d’autres domaines de connaissance qui placent le sujet au centre de leur étude.<sup>2</sup> Dans un premier temps, j’ai donné la priorité au croisement des théories anthropologiques sur l’individu et le corps avec les théories et critiques féministes concernant le sujet. J’ai cherché, d’une part, à aborder la contribution de la pensée féministe en ayant pour objectif une réflexion sur le sujet contemporain au delà du paradigme individualiste et, d’autre part, à discuter l’apport de l’Anthropologie, en mettant en relation les concepts de personne et de corporalité et, les théories et politiques féministes ayant trait au sujet. Dans un deuxième temps, j’ai prolongé ce dialogue entre les théories anthropologiques de la Personne et d’autres théories du sujet. J’ai privilégié les axes d’étude suivants: le genre comme régime de subjectivisation et de constitution du sujet; la relation entre corporalité, subjectivation et différence; la question de “la médicalisation de la subjectivité”; la relation entre genre, subjectivité et « la santé mentale »; et, finalement, les différents régimes d’image et de narration dans la contemporanéité, en tant que régimes de subjectivisation et technologies du *self*, qui se constituent comme point central de « la fabrication de personnes » dans les sociétés contemporaines.

Un des dédoublements de cette proposition plus générale est le projet *Genre, santé et affliction : politiques publiques et expériences sociales*, qui focalise sur l’articulation et les tensions entre politiques publiques et sociales par rapport à la santé mentale, d’un côté, et, de l’autre, les expériences sociales dans ce domaine, surtout par rapport aux asymétries de genre, à la biopolitique et les régimes de subjectivation, en concentrant la réflexion sur la possibilité et la reconnaissance d’autres politiques de la vie.<sup>3</sup>

### *Santé mentale au Brésil : politiques publiques et expériences sociales*<sup>4</sup>

Le déplacement de l’expérience de la souffrance et de l’affliction vers la sphère de la santé dans les cultures urbaines contemporaines au Brésil a été l’objet d’études et de réflexions dans le domaine des sciences sociales, de la santé collective et plus particulièrement de l’anthropologie. Les questions de la médicalisation et de la médicalisation de la subjectivité, de la pathologisation de la souffrance et de la thérapeutisation des choix individuels sont interprétées par la littérature anthropologique récente comme les signes d’une expansion des domaines d’actuation de la biomédecine et de l’accroissement du champ pathologique à l’intérieur de ce qui relèverait

<sup>1</sup>Professeure Associée du Département d’Anthropologie Sociale de l’Universidade Federal de Santa Catarina et chercheur au CNPq.

<sup>2</sup>Conférence à l’Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (Sciences Sociales, Politique, Santé) – École des Hautes Études en Sciences Sociales, IRIS/EHESS, en mars 2012. Je remercie Jeremy Deturche pour la révision du français.

<sup>3</sup> Voir Fassin, 2006 et 2009, et Esposito, 2006.

<sup>4</sup> Quelques parties ci-dessous, sur les politiques publiques et sur les expériences sociales ont été publiées en portugais dans Maluf, 2010a.

traditionnellement de l'ordre « du normal »<sup>5</sup>. L'allongement de la liste des affections mentales dans les DSMs III, et plus récemment dans le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), éditées par l'Association Américaine de Psychiatrie<sup>6</sup>, la multiplication des choix médicamenteux promettant de soulager la douleur psychique, et la croissance de l'industrie des médicaments, ont lieu dans un contexte d'expansion du pouvoir de la biomédecine, au sens large du terme. Au Brésil, toutes ces questions coexistent avec quelques particularités, notamment celles du mouvement pour la désinstitutionnalisation de la santé mentale à travers la Réforme Psychiatrique Brésilienne<sup>7</sup> et de la politique d'accès au soins dans le secteur public, dans la dynamique complexe de l'universalisation de l'accès au système de santé qui est vue comme synonyme, entre autres choses, de distribution à grande échelle de médicaments par le système public. Si les hôpitaux psychiatriques diminuent le nombre de lits disponibles, cette mesure faisant partie des objectifs de la réforme psychiatrique, parallèlement, la psychiatrie est de plus en plus présente dans le service ambulatoire et les médicaments psychotropes sont de plus en plus utilisés, même au delà des traitements psychiatriques conventionnels.

J'ai observé, tout comme d'autres études sur le même sujet, que la constitution et le contexte actuel de ce que l'on dénomme la "santé mentale" au Brésil a mis en évidence trois aspects complémentaires. Tout d'abord, ces dernières années, la transformation d'un modèle de soins asilaire et exclusivement psychiatrique au profit d'un modèle ambulatoire étendu, où non seulement la psychiatrie est exercée dans les espaces de soins publics, mais où les questions concernant « la santé mentale » et les thérapies médicamenteuses de ce domaine, sont traitées par d'autres spécialistes de la médecine. Certains auteurs ont identifiés à travers le changement du modèle asilaire vers un modèle ambulatoire, un processus de psychiatrisation de la médecine. Dans un deuxième temps, et ce n'est pas un phénomène spécifiquement brésilien, il s'est produit à partir de la fin des années soixante-dix, un processus de remédicalisation ou de biologisation de la psychiatrie qui s'est surtout consolidé avec la publication de la DSM III dans laquelle les maladies mentales ont été vues comme "des entités morbides distinctes et universelles" (Aguilar, 2004: 22), et une substitution de la relation thérapeutique médecin-patient par le « contrôle pharmacologique des symptômes » (idem)<sup>8</sup>. Enfin, on a déjà constaté la forte propagation de l'utilisation de psychotropes de tous types au Brésil, non seulement chez les consommateurs traditionnels provenant des classes moyennes et aisées, mais aussi de plus en plus parmi les femmes des classes

<sup>5</sup> Voir Maluf, 2007. Sur le normal et le pathologique, voir Canguilhem, 2000.

<sup>6</sup> Les DSM, organisés par les psychiatres de l'Association de Psychiatrie des Etats-Unis, établissent des orientations pour la pratique psychiatrique, en y incluant la définition de maladies et de troubles mentaux ou psychologiques et les procédés thérapeutiques. Selon les plusieurs auteurs qui ont écrit sur ce sujet, les DSM I (1952) et II (1968) suivent une orientation influencée par la psychanalyse et par une vision dynamique des processus de la santé mentale. Le DSM III a marqué une rupture avec la vision psychosociale présente dans les DSM antérieurs et à la réintroduction d'une vision biologisée et remédicalisée de la maladie et de la perturbation mentale. (Cf. Aguilar, 2004, et Russo, 2004). Le DSM IV, aujourd'hui en vigueur, a été publié en 1994 et une version révisée est parue en 2000. On discute actuellement, la publication du DSM V qui devrait sortir en 2012. On note principalement l'influence de ceux-ci, (surtout à partir du DSM III,) sur la CID (Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes Liés à celles-ci), de l'Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>7</sup> Sur la Réforme Psychiatrique, la Réforme Psychiatrique Brésilienne et le processus de désinstitutionnalisation de la santé mentale, voir Amarante, Paulo (1994, 1996 e 2000); Desviat, Manuel (1999); Fonseca, Tânia Galli; Engelman, Selda & Perrone, Cláudia Maria (2007) entre autres.

<sup>8</sup> Sur ce processus de pathologisation à partir des DSMs de ce qui à trait à la sexualité, voir Russo, 2004.

populaires, rurales et chez les amérindiens<sup>9</sup>. C'est ce troisième phénomène qui nous intéresse plus particulièrement : la forte consommation de psychotropes chez les femmes des couches populaires, associée à l'utilisation d'un vocabulaire et d'un cadre sémantique pour parler de leur affliction (dépression, panique, etc.) qu'on aurait assimilé, il y a quelques années, à la culture psychologique ou psychanalytique spécifique aux classes moyennes d'une part, et, à une rationalisation médicale de l'expérience subjective d'autre part, c'est-à-dire à une conception essentiellement individualiste du corps et de la personne.

Une de mes interrogations était de déterminer combien ce phénomène récent, mais répandu, de consommation de médicaments psychotropes et d'utilisation d'un langage ou dialecte médical par les femmes des classes populaires du Brésil, caractériserait un changement significatif dans la perception des souffrances des classes populaires, celle-ci étant traditionnellement considérées moins sensible aux discours psychologisants et biomédicaux par rapport à la prédominance de ce l'on appelle le paradigme des "nerfs", dans lequel le physique et le moral/psychologique ne sont pas vus comme des dimensions séparées de l'expérience.

### *Les études anthropologiques de santé et les « désordres des nerfs »*

Les études d'anthropologie de la santé ont connu une très forte croissance ces dernières années, c'est un domaine en plein processus de consolidation au sein de l'anthropologie brésilienne y compris dans ses ramifications spécifiques comme la santé des indiens, le genre et la santé, la religion et les processus de guérison, la santé mentale entre autres. Dans le cas de « la santé mentale » et de l'affliction, en y incluant la question des "maladies nerveuses", des questions sur le genre sont apparues et présentent un intérêt ethnographique quantitatif, par le nombre élevé de femmes souffrant de ce type de perturbations, et qualitatif, par la manière selon laquelle les représentations et les idéologies de la différence de genre se conforment aux expériences sociales de la maladie et de la souffrance psychologique, physico-morale ou des « nerfs »<sup>10</sup>. Malgré l'intérêt ethnographique et phénoménologique du genre dans la production anthropologique brésilienne, déjà considérable, sur la maladie et les perturbations, la santé mentale, la culture psychanalytique et, surtout, sur les maladies nerveuses<sup>11</sup>, les approches de genre sont encore rares.

Dans le domaine des études de genre, les approches sur la santé se limitent, dans leur quasi-totalité, à des questions de santé sexuelle et reproductive, de citoyenneté et d'accès aux soins et de réalisation des politiques publiques de santé.

---

<sup>9</sup> Je ne remets pas en cause, ici, la question de la réalité de la souffrance ou de l'affliction de ces femmes et je ne les considère pas non plus comme des simples victimes de l'industrie pharmaceutique. S'il existe un élargissement (augmentation) des afflictions dans les sociétés contemporaines (et de nombreux théoriciens et critiques de la culture contemporaine ont discuté cette question), c'est le langage biomédical de la maladie organique et de l'action de la technologie (les médicaments inclus) qui apparaît comme la réponse la plus forte parmi les différents dispositifs sociaux, symboliques et cosmologiques disponibles. Une autre question à développer, est de déterminer à quel point les affections qui étaient considérées "normales" dans le passé, sont aujourd'hui vues comme des pathologies qui doivent être traitées.

<sup>10</sup> Dans la littérature des champs de l'anthropologie médicale (voir Helman, 2003) et de l'anthropologie de la santé, les maladies nerveuses ont occupé une place importante si on les compare à d'autres que l'on appelle "syndrome culturel" comme le "syndrome du *susto*" au Mexique et en Amérique Centrale (Rubel, O'neil, Ardón, 1995) qui sont vus généralement comme des manifestations populaires de perturbations et de troubles liés au contexte social et culturel (Helman, 2003, p. 242-243).

<sup>11</sup> Voir Duarte (1986 et 1994), Silveira (2004), Rabelo, Alves et Souza (1999), Figueira (1985, 1988), Ropa et Duarte (1985), entre autres.

Dans les études sur la santé sexuelle et reproductive, on observe la récurrence des controverses entre des approches qui considèrent le processus de médicalisation de la reproduction comme propice à une plus grande autonomie des femmes par rapport à leur corps et à leur sexualité et, à l'opposé, des chercheurs qui estiment que ce processus est un facteur de plus grande dépendance des femmes vis à vis de la technologie, de l'industrie pharmaceutique et par conséquent, une perte d'autonomie, étant donné les contextes politiques et économiques dans lesquels elles sont insérées. Les cas de la pillule contraceptive, des nouvelles technologies de la reproduction, de l'assistance à l'accouchement et des chirurgies plastiques, sont des exemples emblématiques de ces controverses et sont révélateurs des complexités existantes dans les processus de médicalisation du corps et de la vie et, d'une façon plus spécifique, du corps et de la vie des femmes.

Les études anthropologiques sur la perturbation et les nerfs établissent généralement une dichotomie, deux façons ou deux modèles distincts de concevoir la Personne (et la subjectivité) dans les classes moyennes et les classes populaires au Brésil.<sup>12</sup> La configuration des nerfs est le paradigme central d'un modèle décrit comme prédominant dans les classes populaires, axé sur une conception holistique et relationnelle de la personne et s'opposant à une configuration psychologique centrée sur la notion d'un individu intériorisé et autonome<sup>13</sup>. Dans ce que l'on appelle la configuration des nerfs, la souffrance et l'affliction sont décrites à partir de la combinaison de symptômes d'ordre physique et émotionnel désignant le modèle que Luis Fernando Duarte a nommé physico-moral (différent de la rationalisation et de la psychologisation qui séparent l'expérience affective de l'expérience physique, organique ou corporelle).

Les études anthropologiques qui se rapportent aux années soixante-dix et quatre-vingt, montrent l'émergence d'un modèle de subjectivité très influencé par les discours psychologiques et/ou psychanalytiques (parler de soi, rendre public le fait de consulter un analyste, utiliser le langage du jargon psychologique ou psychanalytique).<sup>14</sup> Ce dernier serait un modèle plus psychologisé ou individualiste, spécifique en tant qu'idéal de certains segments des classes moyennes urbaines au Brésil.<sup>15</sup> Dans ce cas, la psychanalyse et les psychothérapies sont considérées comme des formes de culture particulières, qui s'adaptent à une certaine configuration de valeurs du monde moderne. Celle-ci serait en même temps des valeurs prédominantes (englobantes) dans le discours et dans les institutions modernes, plus spécifiques à certains segments sociaux. Cependant, ces dernières années, ce que l'on appelle le « paradigme psy » de certains secteurs des classes moyennes urbaines s'est déplacé, ou a donné lieu à un paradigme biomédical (et physicaliste), à travers un processus combiné de pathologisation de l'expérience et de médicalisation du quotidien. C'est à dire que, dans les classes moyennes plus individualisées, le modèle biomédical est en train de substituer le modèle « psychologique » décrit comme hégémonique par les études anthropologiques des années soixante-dix et quatre-vingt.

La question posée par la propagation de l'utilisation des médicaments psychotropes (surtout les antidépresseurs) et du dialecte médico-psychiatrique parmi les sujets des classes populaires, est de déterminer à quel point ce phénomène représente un

---

<sup>12</sup> Voir en illustration de ce point de vue, les études de Duarte (1986; 1998; 2003) et sa façon d'appréhender les différents modèles de la Personne à partir de la discussion de Dumont sur l'individualisme moderne et l'opposition entre idéologies holistes et individualistes.

<sup>13</sup> Voir Duarte (1986); Cardoso (1999); Silveira (2004), Costa (1989) entre autres.

<sup>14</sup> Voir Figueira, 1985 e 1988.

<sup>15</sup> Figueira (1985, 1988), Salem (1992), entre autres.

déplacement du langage et du paradigme des nerfs vers un autre, qui n'est pas exactement celui de la configuration psychologique, dans la mesure, où il n'est plus possible de parler de la psychiatrie dans sa version hégémonique au Brésil (aujourd'hui remédicalisée et rebiologisée) comme appartenant au domaine « psy », mais celui d'une rationalisation médicale de l'expérience subjective et de la souffrance. Une autre question serait alors de voir jusqu'à quel point le langage social de la maladie, de la souffrance et de l'affliction s'est lui aussi déplacé vers une plus grande rationalisation biomédical. Dans ce cas, le médicament deviendrait une sorte de "langue véhiculaire" dans les discours sur la subjectivité, il placerait alors le sujet à un niveau d'expérience partagé avec d'autres sujets, du même et d'autres segments sociaux. De plus, on perçoit dans les différents discours qui traitent de la santé mentale, un énoncé commun concernant la capacité des médicaments à être des acteurs, des agents ou même des sujets dont l'action a des conséquences et des effets. L'étude de la signification des médicaments dans les cultures contemporaines est l'un des développements futurs de nos réflexions.<sup>16</sup>

### *Politique publique, médicalisation et construction de la différence*

Comment une tendance contemporaine pour une rationalisation biomédicale de la vie se développe-t-elle et se reflète-t-elle dans les politiques et les programmes gouvernementaux dans les domaines de la santé mentale ?<sup>17</sup> Le contexte des politiques de santé mentale au Brésil aujourd'hui est celui de la Réforme Psychiatrique, suivant en cela le modèle de la Réforme Psychiatrique italienne, réalisée à partir d'un vaste programme de désinstitutionalisation des patients qui cherche à rompre avec le modèle de l'hôpital psychiatrique. Ces programmes proposent aussi la création d'un réseau public de soins ambulatoires et cliniques étendu aux dispensaires déjà existants, et la construction d'autres espaces comme les CAPS (centres de soins psychosociaux), espaces plus spécialisés, destinés aux cas que les professionnels qualifient de "grande complexité" ou à certains troubles spécifiques comme la dépendance à l'alcool ou aux drogues (les CAPS-ad).

Mais la politique publique n'est pas seulement un document public institutionnel, comme les plans (nationaux, des états et municipaux) de la santé mentale et les nombreux programmes thérapeutiques, c'est aussi tout ce que les professionnels et les agents de santé qui assurent les soins de base font dans leur travail quotidien, principalement au niveau de la relation avec le patient et les "usagers" de ce service.

Un exemple de relation entre politique publique, biopolitique et régime de subjectivation qui apparaît à la lecture des plans et des politiques nationales de santé mentale et de santé de la femme, concerne la façon dont les femmes sont mentionnées et décrites dans ces documents, à partir de ce qui serait leurs situations de « vulnérabilité ». Celles-ci sont liées à la notion de cycle de vie, qui est défini par les diverses phases du cycle reproductif des femmes comme la grossesse, la phase post-accouchement, la ménopause et le climatère. Cette définition est présente dans plusieurs documents de politique publique sur la santé mentale et la santé de la femme et elle est fondatrice de ces politiques et de ces programmes.

---

<sup>16</sup> Voir à propos d'une approche des médicaments entant que partie du "dispositif de l'innovation", Maluf (2011)

<sup>17</sup> Foucault (1979) avait déjà décrit ce processus d'apparition de la médecine sociale comme l'adoption par l'état de pratiques de quadrillage et de rationalisation de la connaissance de la population et de ses états de mal-être, de ses maladies, etc., qui constituent une des facettes de ce qu'il a dénommé le biopouvoir, un des régimes centraux de subjectivation dans la modernité.

C'est à dire que le concept de cycle de vie, vu comme une succession d'étapes de la vie biologique de la femme liées principalement à son cycle reproductif, est central dans la définition des spécificités des femmes dans l'élaboration des politiques de santé. C'est une question que je reprendrai ultérieurement.

Concernant les pratiques de soins, même si celles-ci ne sont pas homogènes, on ne peut nier le poids de la distribution généralisée de médicaments comme les benzodiazepiniques et les antidépresseurs. On a de nombreux exemples provenant de notre étude sur le terrain, des témoignages de patients et de professionnels travaillant dans ces centres qui, ajoutés aux chiffres relatifs à la distribution et à la consommation de ces médicaments, mettent en évidence le fait qu'une écrasante majorité des consommateurs qui passent par le secteur public sont des femmes<sup>18</sup>. On s'interroge alors : bien qu'il n'existe pas de politique de genre et de santé mentale explicite et consolidée dans les programmes officiels et dans l'application des politiques de santé au quotidien, on constate une politique de différence de genre. Dans la pratique, il y a une politique qui est en train d'être implantée ou reproduite avec pour conséquence la médicalisation et la médicamentalisation des femmes qui passent par le service public.

La recherche faite à partir des données gouvernementales et auprès des agents et des professionnels de santé publique de base a mis en lumière certaines questions en vue d'une discussion des politiques de santé mentale, principalement en ce qui concerne les soins de base publics: 1) la nécessité de faire un bilan critique de certaines pratiques institutionnelles qui provoquent le renforcement de l'inégalité de genre; 2) la constatation de l'existence d'une hypermédicalisation et d'une hypermédicamentalisation de segments de la population (les femmes en particulier), basées sur l'usage de médicaments psychotropes (antidépresseurs et psycholites parmi d'autres); 3) la confusion entre démocratisation et universalisation de l'accès à la santé et distribution massive de médicaments qui nous obligerait à repenser les soins de base dans le domaine de la santé mentale quant à la nécessité d'une politique thérapeutique (et psychothérapeutique) moins médicamenteuse, c'est à dire, 4) la nécessité d'une politique de santé mentale qui propose d'autres traitements, des alternatives à la médicamentalisation avec un accompagnement thérapeutique systématique entre autre; 5) la nécessité de repenser les modèles de soins, de santé, de maladie, de souffrance et de guérison, également dans les politiques officielles de santé de la femme et de santé mentale; 6) la rupture avec le modèle de santé de la femme inscrit dans la vision biologiciste du « cycle de vie » et des phases de la vie reproductive des femmes et comme déterminant d'une plus grande ou plus petite vulnérabilité de celles-ci aux problèmes de santé mentale; 7) La reconnaissance d'autres savoirs et d'autres façons pour prendre en charge l'affliction et la souffrance, qui aille au delà du paradigme biomédical et psychologisant. Il est aussi nécessaire de réfléchir sur le processus de désinstitutionalisation des patients internés, qui a été mis en place par la Réforme Psychiatrique et de ce qui semble être sa contrepartie sur le plan de la politique publique, la médicamentalisation et la pathologisation croissante dans le domaine de la santé publique.<sup>19</sup>

### *Les expériences sociales*

<sup>18</sup> Voir l'article de Diehl, Mazzini & Becker, 2010.

<sup>19</sup> Une extension du régime du pathologique vers ce qui serait le "normal" ou, comme le prévoient déjà dans les années soixante Franco Basaglia et ses collaborateurs, une dilatation du domaine des troubles », absorbé par la "maladie" et la "thérapie nécessaire". (Basaglia et alii, 1994 [1968]).

C'est justement en se basant sur les différents discours et expériences sociales, que ces modèles rationalisateurs et physicalistes de l'expérience de l'affliction se confrontent de la manière la plus évidente. Par expérience sociale, je désigne la dimension du vécu et de la production des savoirs et des discours de ceux et celles qui représentent justement la « population cible » des politiques publiques. Cette perspective n'implique en aucune manière la réification de la dichotomie entre « fait » et « valeur », représentée dans les études anthropologiques sur la santé par une approche phénoménologique de l'expérience de sujets individuels d'un côté et, de l'autre, par l'approche des représentations sociales de la maladie, du corps et de la personne. Ma compréhension théorique et réflexive sur les questions de la maladie, de l'affliction, de la souffrance et des stratégies d'action et de signification données par les différents acteurs sociaux a pour point de départ l'idée que l'expérience et ses significations sociales sont deux dimensions complémentaires. Les paroles, les témoignages et les récits des femmes relatifs à leurs expériences d'affliction, de souffrance, de la maladie, et sur leurs itinéraires et stratégies de guérison, de soulagement de la douleur etc., mais aussi leurs différentes formes d'action et d'agencement sont généralement liés à d'autres dimensions de l'expérience et de l'existence et énoncent plus que des interprétations du vécu dans le domaine de la maladie et de la santé. Ils véhiculent assurément des visions du monde, des valeurs et des conceptions du corps, de la personne, de la famille etc.

La recherche, réalisée en équipe auprès des habitantes de la banlieue, nous a montré que, contrairement au discours hégémonique des politiques publiques, les questions qui ponctuent leurs discours et leurs récits sur les afflictions sont généralement liées à des expériences sociales ressenties comme étant « perturbatrices ». Elles sont souvent bien plus en rapport avec leurs vécus quotidiens et leur contexte social, culturel et économique qu'avec une perception de phases distinctes dans leur cycle de vie comme l'affirment les politiques publiques de santé mentale et de santé de la femme. Quand on oppose un univers discursif et symbolique à un autre (celui des politiques publiques et des expériences sociales), deux modèles de compréhension de l'affliction sont mis en évidence, un modèle physicaliste (ou d'une *physio-logique*) qui met l'accent sur une conception biologique de la différence de genre et des processus de souffrance, mais aussi des conceptions de maladie et santé, et une conception ou un modèle que l'on pourrait qualifier d'une *socio-logique* des perturbations, centré sur les différentes expériences quotidiennes et sur les propres histoires et récits de vie de ces femmes. Ce que j'appelle une *socio-logique*, présente dans les récits et les discours des femmes étudiées, est la dimension qui va au-delà des conceptions du corps, de la personne et de la maladie, englobant les dimensions sociales et historiques de l'affliction et du mal-être. Elles mettent en relation leurs sentiments d'affliction avec le contexte de vie quotidienne de leurs quartiers, les problèmes économiques, les questions de violence et de trafic de drogue, les doubles journées de travail, la participation aux associations de quartier et l'activisme politique etc. Une *socio-logique* qui, pourtant, incorpore ou englobe la dimension physicaliste des discours et des pratiques biomédicales (acceptation des diagnostics, réalisation des « traitements », ingestion de médicaments) en leur donnant une nouvelle signification à partir de leurs vécus quotidiens, de leurs valeurs partagées, en les incorporant ou en les combinant, éventuellement, aux conceptions physico-morales de la souffrance et de la maladie. En résumé, ce que j'appelle, ici, une *socio-logique* pour parler de leurs afflictions, amplifie la perception et les discours sur la maladie et la souffrance, au-delà des conceptions du corps, de la santé et de la maladie, en incorporant les dimensions sociales et politiques

du vécu. Une compréhension fondée sur la circonstancialité et l'historicité du vécu, au-delà et hors de la fixité de l'ontologisation biomédicale de la personne.

Nous avons ici un discours, celui de la politique publique, qui est centré sur la notion d'« être vivant » et de « zoé » (dimension de la vie physique de l'être vivant selon Agamben, 2004, - à partir de ses lectures de Hanna Arendt) et un autre, celui des expériences sociales, basé sur le vécu, le « *bios* » (la vie en tant qu'expérience sociale et politique, idem). Ou, toujours selon Hanna Arendt (apud Fassin, 2006), un discours axé sur le « biologique » et un autre sur le « biographique », ce dernier focalisant sur la praxis, la dimension politique du vécu. Un discours centré sur le « cycle de vie » (universalisé et réduit aux étapes biologiques du corps physique, comme il est construit dans le discours scientifique moderne), et un autre, sur le « cours de la vie » (les événements, les expériences, les affections, les relations, etc. vécus tout au long de la vie)

Il est cependant important de souligner que je n'adhère pas à une réduction sociologique recherchant la cause des afflictions dans la condition sociale. Par modèle sociologique, je me réfère exclusivement aux savoirs énoncés à travers les paroles et les récits de ces femmes, et au fait de reconnaître ces savoirs comme légitimes et éventuellement opposés aux savoirs scientifiques biomédicaux. Cette reconnaissance n'est faite ni par l'Etat ni par les politiques publiques en matière de santé.

Une question que l'on retrouve toute au long de mon argumentation, est celle du statut de la science et de ce que l'on appelle le progrès technologique, principalement dans le domaine de la santé mentale. Bien entendu, les anthropologues et les chercheurs en sciences sociales se sont d'une manière générale, positionnés en faveur de l'universalisation de l'accès à la connaissance et aux bénéfices apportés par la technologie et la science. Cependant, dans l'équation entre l'universalisation de l'accès à ces bénéfices (parmi eux les technologies biomédicales de diagnostic, de traitement, chirurgicales et médicamenteuses) et le questionnement sur le *sens* de ces technologies et de cette connaissance, il est nécessaire d'admettre qu'aujourd'hui il n'est plus possible de réduire la critique seulement à la question du « privilège sociologique » (avec des propositions d'accès, de démocratisation, d'universalisation)<sup>20</sup>, sans aborder aussi de la même façon la question du « privilège épistémologique »<sup>21</sup> (montrant le sens historique et contingent de la production scientifique et interrogeant sur la reconnaissance et la légitimité d'autres savoirs et d'autres épistémologies, etc.). Une des contributions que peut apporter la recherche dans le domaine des sciences sociales est de donner de la visibilité et de faire apparaître des expériences et des connaissances ignorées et invisibles dans la conformation des savoirs scientifiques et dans l'élaboration de politiques sociales.

### *Modes de subjectivation, biopouvoir et autres politiques de la vie*

On peut identifier trois orientations dans l'énoncé hégémonique concernant les politiques publiques et sociales de santé mentale: 1) la souffrance psychique et mentale est un phénomène d'ordre organique et biologique ; 2) la spécificité féminine de cette souffrance est liée directement et de manière incontournable au cycle biologique des femmes (c'est à dire à son cycle reproductif, puisque ces différentes étapes qui marquent le cycle de vie sont les étapes qui constituent sa vie reproductive) – reproduisant le mouvement moderne de réduction de l'autre (des femmes aux afrodescendants) ), à un corps biologique essentialisé. Et enfin une troisième

<sup>20</sup> Santos, 2004.

<sup>21</sup> Idem.

proposition que je vais développer ci-dessous: 3) la dimension biologisée de la souffrance et de l'affliction qui légitime une politique publique en « santé mentale », configurant ainsi une forme de ce que Fassin (2006) a nommé « biolégitimation ».

La transformation graduelle de la vie en un problème du pouvoir (et de pouvoir) marque le seuil de ce que Foucault nomme la “modernité biologique”, faisant progressivement de la santé une question de gouvernance ou, pour Agamben (2004), d’État (le nazisme étant pour ce dernier l’État biopolitique par excellence, dans lequel la “vie biologique” est politisée). La biopolitique n’est pas seulement ni exactement une politique de la vie, mais la gouvernance de la vie comme centre de la politique. Pour Foucault, la médecine sociale (et les politiques de santé, tout comme les savoirs et les pratiques médicales) est une des formes, un des dispositifs de la biopolitique ou de gouvernance de la vie, et si l’on considère la biopolitique comme un mode de constitution de la subjectivité, un régime de subjectivation. Il écrit dans « La naissance de la médecine sociale »:

C’est dans le biologique, dans le somatique, dans le corporel qu’a investi la société capitaliste. Le corps est une réalité biopolitique. La médecine est une stratégie biopolitique (Foucault, 1979a [1974]:80)

Dans ce texte, Foucault reconstitue les trois étapes de la formation de la médecine sociale: “la médecine d’état, la médecine urbaine et la médecine de la force du travail » (p. 80 ). Il identifie l’Allemagne comme l’endroit où, au début du XVIIIème siècle, la médecine d’État est apparue en développant une pratique médicale centrée, selon lui, sur “l’amélioration du niveau de la santé de la population” et sur des “programmes effectifs d’amélioration de la santé de la population” qui ont été dénommés « politique médicale d’un État » ou “police médicale” (à partir de 1764, mais mis en place progressivement à la fin du XVIIème siècle et durant le XVIIIème siècle). Selon Agamben (2004), c’est quand la distinction entre politique (lutte contre les ennemis et préservation de l’état et de la nation) et police (processus d’amélioration du bien-être et de la santé de la population) disparaît, que, «la police devient alors politique et la protection de la vie coïncide avec la lutte contre l’ennemi (idem:154). Ce serait aussi à ce moment-là que la politique devient une “thanatopolitique” (idem), une politique de la mort. Pour Foucault, c’est en France et en Angleterre, vers la fin du XVIIIème et au début du XIXème siècle, que se développe ce qu’il nomme les « deuxième et troisième » « directions » de la médecine sociale ; la française n’est pas fondée sur l’État comme en Allemagne, mais sur l’urbanisation et les politiques urbaines, et l’anglaise sur « la médecine des pauvres ». Je parle ici de la naissance de la médecine sociale et des politiques de gouvernance et d’État concernant la santé de la population, que nous pouvons aujourd’hui réunir dans l’expression contemporaine de « politiques publiques de santé ».

On retrouve trois moments et trois directions issus de l’apparition de la médecine sociale, qui sont présents dans les politiques de santé aujourd’hui: 1) la réglementation, la légitimation du travail des professionnels et des agents ainsi que celles des savoirs médicaux et biomédicaux par l’État (et nous pouvons considérer un ensemble de discussions contemporaines qui se réfèrent à cet aspect); 2) la nécessité de produire de l’information et de la connaissance à partir de la population cible visée par ces politiques (principalement à partir d’études quantitatives, statistiques et épidémiologiques sur la santé); et 3) l’adoption de programmes de santé, de prestations de services publics de différents niveaux et complexité et l’intervention de l’État au niveau de la santé de la population à travers des actions systématiques (les politiques de

santé, les programmes thérapeutiques, etc.), ou ponctuelles (comme les campagnes de vaccination, le combat des épidémies entre autres).

Différents auteurs contemporains ont cherché à resituer les débats en matière de biopolitique en essayant d'étendre et d'aller même au-delà de certaines limites du discours de Foucault, voire de chercher à développer des questions qu'il avait laissées « ouvertes », parmi lesquelles celle de déterminer combien la biopolitique en tant que politique de vie s'est finalement « transformée en son opposé », c'est à dire en une thanatopolitique ou politique de la mort.<sup>22</sup>

En suggérant de “reproblématiser les biopolitiques”, de soumettre le concept et son signifié à l'appréciation et à la réflexion réalisée par Foucault autour du concept de pouvoir, et de repenser ce que les « politiques de la vie » seraient aujourd'hui, Didier Fassin reprend quelques concepts centraux de Foucault. Selon lui<sup>23</sup>:

La « biopolitique » n'est pas une politique de vie comme l'étymologie pourrait le suggérer, mais une politique de population comprise comme une communauté d'êtres vivants: la vie reste allusive alors que la “population” représente de plus en plus clairement le véritable objet de la biopolitique. (Fassin, 2009: 46)

Et

Le « biopouvoir » n'est pas exactement un pouvoir sur la vie en opposition au droit souverain de (à la) mort [...], mais le pouvoir sur la conduite humaine: la gouvernance des vivants se réfère principalement à la normalisation des individus à travers des technologies politiques. (Idem, 2009: 45-46)

L'auteur accentue la différence entre la biopolitique et d'autres “politiques de la vie” en désignant une dimension que Foucault a abordée à certains moments de son œuvre, la « vie même », (expression formulée à différents moments et avec différentes significations par Georges Canguilhem, Hanna Arendt et Nicolas Rose, entre autres, selon Fassin 2006). Selon cet auteur, qui se préoccupe plus des procédés que des sens de l'« art de gouverner », quand il développe les deux grands axes de sa réflexion - la politique des populations (la biopolitique), la politique du corps (une anatomopolitique), et postérieurement ce qui a constitué un troisième axe, l'herméneutique du sujet - Foucault aurait peu abordé les mécanismes et la forme de la vie (et du vécu).

Pour Fassin, le concept de biolégitimité est celui qui définit le mieux la question cruciale de l'homme contemporain et ce n'est plus le pouvoir sur la vie (la biopolitique), mais le pouvoir de la vie en tant que tel. Parmi les exemples cités par l'auteur, il y en a un qui attire particulièrement notre attention, c'est la question cruciale concernant les demandes d'asile en France, de la diminution progressive du nombre d'obtentions de droit d'asile politique (une proportion six fois moindre que dans les années quatre-vingt-dix) et de l'augmentation graduelle du nombre des demandes et d'obtentions d'asile liés à la reconnaissance de maladies graves intractables dans les pays d'origine (ce que l'on pourrait nommer « d'asile médical ou thérapeutique »). Pour Fassin, c'est un exemple de « déplacement de légitimités dans les politiques de la vie”: déplacement de la vie politique à la vie biologique (de *bios* à *zoé*)<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Voir, par exemple, Agamben (2004), Esposito (2006), Fassin (2006 e 2009), entre autres. Il n'est pas possible, dans les limites de ce texte, de développer l'argument de chacun de ces auteurs sur le sujet. .

<sup>23</sup> Je traduis de l'anglais.

<sup>24</sup> La différence entre les deux termes grecs de vie est reprise et développée par Giorgio Agamben (2004), qui, s'inspirant d'Hanna Arendt, définit cette différence de la manière suivante: pour les grecs, il y avait

Dans le cas des politiques de santé, on note que si ces déplacements entre *bios* et *zoé*, du politique au “biologique”, sont plus évidents, ils sont aussi plus difficiles à appréhender comme objets d’une réflexion critique. La relation presque naturelle entre politique de santé et manutention, soin et prolongement du corps et de la vie physique (de chaque citoyen) paraît inquestionnable. Par contre, les deux domaines de la politique de santé dans lesquels se situent les réflexions exposées ici ouvrent néanmoins des brèches, peut être par la qualité de ses objets: d’un côté la santé mentale et de l’autre celle de la femme.

Les politiques publiques concernant la santé mentale se concentrent sur la réalisation du projet de Réforme Psychiatrique, dont l’axe central est la désinstitutionnalisation des services de santé mentale, le desinternement des hôpitaux psychiatriques et la fermeture progressive des unités d’internement dans ces hôpitaux. Parallèlement, on discute les manières de constituer un “réseau de soins psychosociaux” qui soit adapté à l’univers dont il est question, c’est-à-dire à la prise en charge du sujet désinstitutionnalisé et de l’utilisateur du système public porteur de souffrance ou d’afflictions « traitables » (concept chaque jour plus étendu) par les savoirs bio-psycho-médicaux. Néanmoins, on constate que, généralement, la logique de fonctionnement des différents espaces de service public créés pour rendre effectif ces réseaux psychosociaux, (principalement les CAPS - Centre de soins psychosociaux - mais aussi les réseaux de dispensaires, les services substitutifs) restent fondamentalement dans une logique institutionnalisante, médicalisante et éventuellement asilaire. C’est-à-dire, que la dynamique de soins post-Réforme Psychiatrique reproduit dans certaines situations la logique de l’hôpital psychiatrique et de la psychiatrie hégémonique, basée à l’heure actuelle sur des conceptions médicalisantes et de contrôle, et que cette même logique s’étend maintenant à une population beaucoup plus étendue, constituée principalement de femmes, qui parcourt les centres et les dispensaires à la recherche d’une « biolégitimité » à leurs plaintes. Dans ce cadre et dans ce contexte, une autre « politique de la vie » menée par l’état à travers ses politiques de santé mentale serait elle possible ? Comment l’Etat pourrait-il construire des « réseaux sociaux » pour une prise en charge de ces sujets qui aille au-delà de leur médicalisation et de leur insertion dans un régime de normalisation ? Cela semble être l’un des enjeux de la Réforme Psychiatrique brésilienne aujourd’hui en ce qui concerne la mise en place d’un ensemble de valeurs présentes dans ses principes fondamentaux (qui n’ont bien évidemment pas été définis sans disputes et conflits entre les différentes forces sociales, politiques, idéologiques et corporatives présentes lors de l’élaboration de ces stratégies )

Concernant les politiques de “santé de la femme”, qui englobe les droits reproductifs dans son sens le plus large, la prévention de différentes sortes d’affections, le cancer du sein et du col de l’utérus, ainsi que les politiques de « santé mentale » de la femme, on reprend ici l’idée de la réduction physicaliste des femmes à un corps biologique qui est lui même réduit à son cycle reproductif à travers l’expression largement répandue de « cycle de vie » auquel j’ai déjà fait référence. Dans ce cas, la politique de santé fonctionne comme « une technologie de genre » (expression utilisée par certaines auteures féministes pour faire référence aux modes spécifiques avec lesquels « la biopolitique » et « les technologies du sujet » se configurent dans la reproduction des différences et des hiérarchies de genre). Quand on pense à la dimension sociale du vécu, rapportée par les femmes étudiées dans une partie de notre

---

deux termes pour exprimer la notion de vie: “*zoé* qui exprimait le simple fait de vivre qui est commun à tous les être vivants (animaux, hommes ou dieux) et *bios* qui indiquait la forme ou la manière de vivre d’un individu ou d’un groupe” ou “la vie qualifiée”. Fassin (2009) n’approuve pas totalement cette différence de termes, et d’un choix entre l’un et l’autre.

recherche, on se demande comment faire pour que cette dimension soit incorporée à la politique de santé. Serait-il possible de penser à une politique de santé des femmes ayant pour objectif non pas la reproduction de la différence mais sa déconstruction? Comment concevoir aujourd'hui une autre configuration du biologique et du politique en relation aux politiques de santé de la femme - qui se déplacerait du « vivant » au « vécu », du cycle au « cours de la vie », de *zoé* à *bios*? Du biologique au biographique ? Comment construire des formes de légitimation d'une autre politique publique, dans un contexte où, comme je l'ai mentionné, c'est justement la dimension biologisée de la souffrance et de l'affliction qui légitiment une politique publique de « santé de la femme » ou de « santé mentale ».

Agamben (2004) et Fassin (2006) font référence aux politiques « d'extermination de l'autre ayant pour base la naturalisation de sa différence » (Fassin, 2006: 38). Les politiques publiques de santé vont aujourd'hui dans le sens de cette réduction de l'autre, (les femmes dans un cas, les patients internés des hôpitaux psychiatrique dans l'autre) à un corps naturalisé et universalisé, dont l'expérience du vécu et de ses savoirs est écartée, exclue. Au regard de ces deux dimensions, l'existence d'une autre politique publique, d'une autre politique de la vie, qui prendrait en compte cette dimension politico-sociale-affective du vécu est-elle possible? Une politique qui puisse reconnaître d'autres épistémologies, est-elle possible? La recherche anthropologique, la recherche qualitative et de nature ethnographique dans d'autres domaines, ont démontré que d'autres politiques de la vie sont pratiquées par des sujets réels au cours de leurs existences et dans leurs expériences quotidiennes. Il reste à se demander combien la reconnaissance de ces politiques, de ces savoirs et de ces pratiques peut contribuer à d'autres configurations du politique, du social et du sujet dans la contemporanéité.

## References

- AGUIAR, Adriano Amaral de, *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2004.
- AMARANTE, Paulo (org. ) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994
- AMARANTE, Paulo. (org.) *Ensaio. Subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2000.
- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1996.
- BASAGLIA, Franco et alii. Considerações sobre uma experiência comunitária. In Amarante, Paulo (org.) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994,11-40.
- BIRMAN, Joel. A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v, 4 n.2, 529-542, abr./jun 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual Técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada*. Brasília, 2006.
- BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para Mulheres*. Brasília, 2007.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2000.
- CARDOSO, Marina. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*, São Carlos, FAPESP/Ed. UFSCar, 1999.

- COSTA, Jurandir Freire. *Psicanálise e contexto social: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*, Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1989.
- DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
- DIEHL, Eliana et alii. “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen Susana. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, 331-365.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias, Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença, *Ciências & Saúde Coletiva*, 8 (1): 173-183, 2003.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo Cesar & MINAYO, Maria Cecília de S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas brasileiras*, Rio de Janeiro: JZE/CNPq, 1986.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Três ensaios sobre pessoa e modernidade: Parte 1: O culto do Eu no templo da Razão. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro, n.41, (N. Série Antropologia), 1983.
- ESPOSITO, Roberto. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires : Amorrortu, 2006.
- FASSIN, Didier. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n° 2, 2006, p. 35-48.
- FASSIN, Didier. Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, 2009, Vol. 26(5): 44–60
- FIGUEIRA, Sérvulo A. Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais in FIGUEIRA, S.A. (org.) *A cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985, 7-13.
- FIGUEIRA, Sérvulo A. Psicanalistas e pacientes na cultura psicanalítica, in Figueira, S.A. (org.) *Efeito Psi. A influência da psicanálise*, Rio de Janeiro: Campus, 1988, 131-149.
- FONSECA, Tânia Galli; ENGELMAN, Selda & PERRONE, Cláudia Maria (orgs.). *Rizomas da Reforma Psiquiátrica*, Porto Alegre, Ed. UFRGS, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *Tecnologias del Yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990.
- HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*, Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.
- HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- LAQUEUR, Thomas W. *Inventando o sexo: corpo e gênero, dos gregos a Freud*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- MALUF, Sônia. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen Susana. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010a, 21-67.
- MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen Susana. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010b.
- PIGNARRE, Philippe *O que é o medicamento? Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade*, Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- PORTER, Roy. “Expressando sua enfermidade”: a linguagem da doença na Inglaterra georgiana. In: BURKE, Peter & PORTER, Roy (Orgs.) *Linguagem, indivíduo e sociedade*, São Paulo, Ed. Unesp, 1993, 365-394.
- RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César ; SOUZA, Iara Maria. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2001.
- ROPA, Daniela & DUARTE, Luis Fernando Dias. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S.A. (org.) *A cultura da psicanálise*. Sao Paulo: Brasiliense, 1985, 178-201.
- RUBEL, Artur; O’NELL, Carl W; ARDÓN, Rolando Collado. *Susto. Una enfermedad popular*. Mexico: EFE, 1995.
- RUSSO, Jane. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena &
- SALEM, Tania 1992 *A despossessão subjetiva: dos paradoxos do individualismo*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, ano 7, nº 18, 62-77.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: “Um discurso sobre as ciências” revisitado*. São Paulo: Cortez Editora, 2004.
- SCHMIDT, Rosana. *Gênero e ‘saúde mental’: mapeamento e análise de políticas públicas e práticas de atendimento em Santa Catarina*. 2007. Curso (Ciências Sociais) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- SILVEIRA, Maria Lúcia. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2004
- TENÓRIO, Fernando. Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 7, n.1, Rio de Janeiro, março/junho 2000, 117-134.
- TORNQUIST, Carmen Susana; ANDRADE, Ana Paula Müller de; MONTEIRO, Marina. Velhas histórias, novas esperanças. In: MALUF, Sônia & TORNQUIST, Carmen Susana. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010, 69-131.