

Políticas públicas de saúde para as mulheres implementadas no Brasil: compreensões a partir do conceito de biopoder de Michel Foucault

Public health policies for women implemented in Brazil: understandings from Michel Foucault's concept of biopower

DOI:10.34117/bjdv8n2-377

Recebimento dos originais: 07/01/2022

Aceitação para publicação: 23/02/2022

Jamille Amorim Carvalho Paiva

Mestrado

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho - Jequié – BA, CEP: 45.208-091

E-mail: 2019f0074@uesb.edu.br

Alba Benemérita Alves Vilela

Doutorado

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho - Jequié – BA, CEP: 45.208-091

E-mail: abavilela@uesb.edu.br

André Souza dos Santos

Doutor

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho - Jequié – BA, CEP: 45.208-091

E-mail: andrecamamu02@gmail.com

RESUMO

Trata-se de uma reflexão teórico-filosófica com o objetivo de compreender as políticas públicas de saúde para as mulheres implementadas no Brasil, a partir do conceito de Biopoder de Michel Foucault. Este autor considera que as intervenções sobre a saúde da população refletem fundamentalmente uma relação de poder sobre a vida, a partir da migração do poder disciplinar, que se dirige ao homem-corpo, para o biopoder, que se dirige ao homem-espécie. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, entretanto, em que pesem os avanços alcançados até o momento atual, ainda observam-se diversas lacunas relativas ao cuidado em saúde da mulher. Nesse contexto, as contribuições de Foucault, servem como ferramenta para compreender o processo de normalização da saúde da mulher no país, mediante a implementação de políticas públicas que estabeleceram mecanismos reguladores dos fenômenos coletivos, porém que nem sempre atendem às suas reais necessidades de cuidado.

Palavras-chave: biopoder, equidade, integralidade do cuidado, saúde da mulher.

ABSTRACT

It is a theoretical-philosophical approach with the objective of understanding how health policies for women are thought of by the public in Brazil, based on Michel Foucault's Biopower. This author considers the health of the family that corporeal life is a relationship of power over the disciplinary power, which directs the power over the health of the man-corporate, for the leader to the man-power to discipline life, which directs the man-power. In Brazil, from women's health, gaps were inserted into women's health policies in the decades of the twentieth century, however, which are still dated from women's health to the current moment of women's health. The needs of Foucault's contributions serve as a tool to understand the process of normalization of health in the country, through the implementation of public policies that establish regulatory mechanisms of collective phenomena, but that do not always meet their real needs of organizations.

Keywords: biopower, equity, comprehensive care, women's health.

1 INTRODUÇÃO

A noção sobre o direito à saúde contida na Constituição Brasileira envolve, dentre outros aspectos, a compreensão de que, no processo de cuidado, devem ser consideradas as especificidades dos diferentes grupos, o respeito à dignidade humana e à realidade vivenciada pelas populações, visando uma assistência integral e a materialização da justiça e a equidade (BRASIL, 2016).

Ao se pensar em políticas públicas de saúde para as mulheres, é imprescindível considerar a diversidade inerente a esse grupo, tanto na investigação do perfil epidemiológico quanto no planejamento de ações, com vistas a garantir a melhoria das condições de vida e saúde e os direitos de cidadania das mulheres (BRASIL, 2004).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (BRASIL, 2004). Esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher.

Em 1984, uma proposta de atendimento integral ganhou notoriedade. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres, ao incluir ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Já em 2004, foi instituída a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com vistas à superação do enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde. Teve como

princípios norteadores a qualidade e humanização da assistência, visando atender a mulher em todas as dimensões, e como diretrizes a integralidade e promoção da saúde, numa percepção ampliada dos contextos de vida. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2016).

Em que pesem os avanços alcançados, no entanto, ainda observam-se diversas lacunas relativas ao cuidado em saúde da mulher, tais como a infertilidade e a reprodução assistida, saúde da mulher no sistema prisional, saúde ocupacional, saúde mental e a inserção da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004).

Neste sentido, podemos compreender que à medida que as políticas públicas voltadas à saúde das mulheres foram evoluindo, diferentes aspectos de cuidado foram sendo privilegiados em detrimento de outros, conforme o contexto histórico, cultural, político e econômico vivenciado no país em cada época. Para Foucault, o domínio sobre um conjunto de processos de uma população, constituindo-se objetos de controle dos governos, designou uma nova tecnologia de poder, a biopolítica ou biopoder, instaurado a partir da segunda metade do século XVIII (FOUCAULT, 2005).

Neste autor, encontramos uma análise sobre como os processos populacionais relacionados à natalidade, morbidade, mortalidade e longevidade se constituíram objetos de saber e alvos de controle da biopolítica, culminando com a introdução de novos mecanismos, técnicas e tecnologias para enfrentamento dos fenômenos coletivos ao se considerar a população como entidade biológica passível de regulamentação mediante mecanismos globais (FOUCAULT, 2005; LACERDA; ROCHA, 2018).

Frente ao exposto, pretende-se neste artigo responder ao seguinte questionamento: Quais as contribuições do pensamento de Michel Foucault acerca do Biopoder para a compreensão das políticas públicas de saúde para as mulheres implementadas no Brasil?

Assim, trata-se de uma reflexão teórico-filosófica com o objetivo de compreender as políticas públicas de saúde para as mulheres implementadas no Brasil, visto que as intervenções sobre a saúde da população refletem fundamentalmente uma relação de poder sobre a vida.

2 O BIOPODER E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

De acordo com Melazzo (2010), política é um conceito amplo, que pode ser entendido como uma ciência que estuda os fenômenos alusivos ao Estado ou ao Governo, bem como o aparato de regras associado à direção dos negócios e à gestão pública e o ato

de governar os cidadãos. Faz referência ao poder, solução de conflitos ou ações de tomadas de decisão.

Os debates envolvendo as políticas públicas incidem em um vasto campo multidisciplinar, com influências de diferentes áreas do saber como as Ciências Sociais e Humanas, Ciência Política, a Administração Pública, o Direito, a Economia, a Sociologia, a Antropologia, a Geografia e outras (MACEDO *et al.*, 2016). Para Souza (2006), política pública pode ser definida como uma área inserida no estudo da política que investiga o governo frente às grandes questões públicas, ou ainda, um aparato de ações do governo que resultarão em efeitos específicos.

Tomando como base a obra *Em defesa da sociedade* (2005), volume que inaugura a edição dos cursos de Michel Foucault no Collège de France no período de 1975 a 1976, buscou-se os elementos fundamentais para compreensão do conceito de Biopoder e sua interrelação com as políticas públicas em saúde.

Nela, Foucault afirma que um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi a tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, a assunção da vida pelo poder e a estatização do biológico. Remonta à teoria clássica da soberania, na qual o direito de vida e de morte eram atributos fundamentais, que não se localizariam fora do campo do poder político. O soberano podia **fazer morrer** e **deixar viver**. Nesta perspectiva, “o súdito não é, de pleno direito, nem vivo, nem morto. Ele é (...) neutro, e é simplesmente por causa do soberano que o súdito tem direito de estar vivo ou (...) de estar morto. (...) a vida e a morte dos súditos só se tornam direitos pelo efeito da vontade soberana” (p. 286). Foucault afirma que “uma das mais maciças transformações do direito político do século XIX consistiu não (...) em substituir, mas em completar esse velho direito de soberania (...) com outro direito novo (...), um poder exatamente inverso: poder de **fazer viver** e **deixar morrer**” (p. 287).

Para Foucault, essa transformação não se deu “no nível da teoria política, mas, antes, no nível dos mecanismos, das técnicas, das tecnologias de poder” (p. 288). Explica que no final do século XVII e decorrer do século XVIII surgiram técnicas de poder centradas no corpo individual, a que chamou de tecnologia disciplinar do trabalho, que consistia em procedimentos que organizassem a distribuição espacial dos corpos e do campo de visibilidade, aumento da força útil por meio de exercícios e treinamentos, sistema de vigilância, hierarquia, inspeções, relatórios. Trata-se de uma primeira tomada de poder sobre o corpo, no modo da individualização. Já na segunda metade do século XVIII, segundo Foucault, surge uma nova tecnologia de poder “que não exclui a técnica

disciplinar, mas que (...) a integra (...) incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia”, mas que “tem outra superfície de suporte e é auxiliada por instrumentos totalmente diferentes” (p. 289). , consistindo em “previsões, estimativas estatísticas, medições globais, (...), intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global” (p. 293).

Foucault discute que, enquanto o poder disciplinar se dirige ao *homem-corpo*, e “tenta reger a multiplicidade dos homens redundando-os a corpos individuais vigiados, treinados, utilizados e, eventualmente punidos” (p. 289) - registrado como anátomo-política do corpo humano, o biopoder se dirige ao *homem-espécie*, na medida em que formam “uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, (...) como o nascimento, a morte, a produção, a doença” (p. 289) a que chamou de biopolítica da espécie humana.

A análise empreendida por Foucault (2005) afirma que a biopolítica vai se dirigir aos fenômenos coletivos que se desenvolvem numa população, num certo período de tempo, tendo como “as primeiras das suas áreas de intervenção, de saber e de poder ao mesmo tempo: da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio” (p. 292). Daí se depreenderam “as primeiras demografias, (...) o mapeamento dos fenômenos de controle dos nascimentos, (...) o esboço de uma política de natalidade” (p. 290).

Ao considerar a doença como um fenômeno da população, Foucault discute ainda que a biopolítica, do ponto de vista da morbidade, não tratou somente das epidemias – famosas e aterrorizantes desde a Idade Média, mas também das endemias: “a forma, a natureza, a extensão, a duração, a intensidade das doenças reinantes numa população” (p. 290). Assim, no final do século XVIII, ocorreu a introdução de uma medicina voltada à “higiene pública, om organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, (...) de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população” (p. 291).

Para Agum *et al.* (2015) política pública abarca a discussão e prática de atos relacionados ao conteúdo, palpável ou figurado, de decisões explicitadas como políticas; ou seja, área de edificação e ações de decisões políticas. Entre as inúmeras políticas públicas existentes em nossa sociedade – educação, habitação, saneamento, lazer, segurança, dentre outras, destacam-se as políticas públicas de saúde.

No Brasil, no decorrer da história do campo da saúde pública, diversos modelos de atenção foram adaptados pelos governos para responder às necessidades de saúde da

população, afinados aos modelos de desenvolvimento econômico, social e político vigentes em cada momento. Foram influenciados por movimentos de saúde de âmbito internacional e nacional – medicina preventiva, atenção primária à saúde, promoção da saúde, etc., com elementos inseridos no Sistema Único de Saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

O direito à saúde é uma fração do conjunto de direitos sociais reconhecidos e garantidos pela Constituição Federal do Brasil de 1988, que, em seu Artigo 196, define como alicerce a responsabilidade do estado na garantia da saúde como direito universal do cidadão (FIGUEIREIDO *et al.*, 2017). De acordo com Lucchese (2004) as políticas públicas em saúde se unem ao ambiente de ação social do Estado, visando a melhoria das situações de saúde da população e dos espaços naturais, sociais e do trabalho. Sua finalidade primordial, articulada às demais políticas públicas do campo social, incide em organizar os papéis públicos do governo para a promoção, amparo e recuperação da saúde dos cidadãos e da coletividade.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NA PERSPECTIVA DO BIOPODER DE MICHEL FOUCAULT

Encontram-se na literatura diversos conceitos sobre a saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania (BRASIL, 2004).

Furtado e Camilo (2016) ressaltam que, para Foucault, o poder encontra-se sempre articulado a determinado conhecimento, e praticá-lo torna-se cabível através de saberes que lhe servem de ferramenta e defesa; em prol da verdade se validam e viabilizam práticas de segregação, acompanhamento, gestão dos corpos e dos anseios.

No começo do século XX, o cuidado à saúde da mulher foi inserido nas políticas públicas de saúde no Brasil. Na década de 60, o movimento feminista brasileiro, insatisfeito com as desigualdades de gênero e com a visão reducionista conferida à mulher, mobilizou-se contra a desconsideração das peculiaridades de homens e mulheres, apoiando a igualdade social que não ignorasse as diferenças, manifestada hoje na noção de “equidade de gênero”. A união das mulheres na luta pelos seus direitos e por condições de vida mais adequadas incitou a adoção, pelo Ministério da Saúde, das primeiras iniciativas voltadas para o cuidado integral à saúde da mulher (FREITAS *et al.*, 2009).

Até a década de 1970, a saúde da mulher era vista, como elemento de políticas públicas de saúde, somente sob o aspecto procriativo, tendo como referência principal a assistência voltada para o ciclo gravídico-puerperal, reforçando-se a perspectiva da maternidade conferida à mulher (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Posteriormente, com a acelerada alteração do padrão procriativo, configurou-se um cenário de saúde onde ganharam notoriedade os fatores associados à sexualidade e aos efeitos da contracepção, que impactaram na medicalização dos ciclos vitais femininos, manifestados pelo quantitativo elevado de cesáreas e laqueaduras tubárias e, mais atualmente, no incremento das histerectomias (LEÃO; MARINHO, 2002).

Nesse debate, não se pode perder de vista o contexto de ampliação da inserção da mulher no mercado de trabalho, o qual exige disponibilidade de tempo e higidez física. Manter as condições para o trabalho foi outro campo de intervenção da biopolítica destacado por Foucault (2005) como importante no início do século XIX – a era da industrialização. Visando enfrentar o envelhecimento, os acidentes e as enfermidades, que colocavam os indivíduos fora do circuito, a biopolítica introduziu “não somente instituições de assistência (...), mas mecanismos (...) mais sutis, mais racionais, de seguros, de poupança individual e coletiva, de seguridade, etc” (p.291).

Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), priorizando a investigação da complexidade das questões de saúde das mulheres, norteando a integralidade da política e enfatizando a autonomia destas acima das questões reprodutivas (BRASIL, 2004). O PAISM assinala um momento histórico nas políticas públicas voltadas ao público feminino, em que a integralidade é vislumbrada como reflexo de uma postura ética e técnica dos profissionais, com uma reformulação da composição dos serviços de saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Um balanço do PAISM nos anos noventa apontam para a expansão das coberturas de atenção básica a toda população brasileira, universalização do acesso e ampliação da oferta de serviços de saúde de base municipal com a estratégia do Programa de Saúde da Família. Já no período de 1998 a 2002, priorizou-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher (BRASIL, 2004; COSTA, 2009).

Em 2004, foi instituída no âmbito do SUS a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo por finalidade minimizar a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, além de instituir estratégias de amparo dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2004). Norteada pelos princípios de integralidade do cuidado e proteção da saúde, sob o aspecto de gênero, a PNAISM demarca ações, estabelece regras nos padrões de atenção à saúde e fundamenta a prática de profissionais relacionada às particularidades da saúde da mulher (PIZZINATO *et al.*, 2012).

A agenda no campo técnico de saúde da mulher inseriu elementos relevantes para o cuidado deste grupo populacional, tais como a assistência às patologias ginecológicas prevalentes, a prevenção, a identificação e o tratamento do câncer de colo uterino e de mama (BRASIL, 2014). Ao retomar os princípios do PAISM, a PNAISM progrediu ao admitir a diversidade entre as mulheres, ao abarcar a saúde de distintos grupos (negras, indígenas, trabalhadoras rurais, entre outras) e dos distintos ciclos da vida, e ao enfatizar os direitos sexuais e reprodutivos (LEAL *et al.*, 2018).

Em sua obra *História da sexualidade: a vontade de saber*, Foucault (1999) evidencia as relações de poder a partir do sexo: “se por um lado, faz parte das disciplinas do corpo (...) do outro o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz” (p. 136). O autor destaca que a sexualidade tornou-se, ao longo das épocas, tema de operações políticas, de intervenções econômicas, de campanhas ideológicas.

Barcellos (2018) argumenta que as imposições dos moldes de comportamento denotam uma relação de poder e dominação que produzem ao seu redor um mistério, um enigma a ser desvendado, culminando nos tabus ainda atuais na sociedade, que impõem o que se avalia como verdadeiro e afasta posturas ou identidades discordantes do padrão preestabelecido.

Uma das barreiras a ser enfrentada pelas políticas públicas é o suprimento da diversidade sexual, étnica, sociocultural e econômica que perpassa o universo feminino brasileiro. Essa diversidade colabora para o incremento da vulnerabilidade às patologias e para o distinto perfil epidemiológico das mulheres. Assim, esses aspectos necessitam ser enfatizados na reformulação da PNAISM, possibilitando uma prática mais próxima da realidade local e, portanto, com resultados mais eficazes (FERREIRA, 2013).

Mesmo frente aos avanços, as políticas públicas de saúde para as mulheres mantêm, primordialmente, intervenções voltadas à fase reprodutiva, configurando-se

ainda como desafio a ampliação do cuidado (PASQUAL *et al.*, 2015). A assistência às mulheres deve ser fundamentada não só em procedimentos clínicos, mas em ações de promoção da saúde, acolhimento, fortalecimento do vínculos, entre outras estratégias que desenvolvam a autonomia da mulher para o seu autocuidado (SANTOS *et al.*, 2016).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde tem preconizado que a atenção à saúde aconteça no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conceituada como uma rede articulada de serviços de saúde que visa ofertar o cuidado integral nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, a uma determinada população. Neste contexto, entende-se que na Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais estejam em posição estratégica para garantir o cuidado à saúde das mulheres, enfatizando a importância do acolhimento, escuta e acompanhamento longitudinal (ARBOIT *et al.*, 2017).

4 CONCLUSÃO

A reflexão acerca das políticas públicas de saúde para as mulheres implementadas no Brasil nos possibilitou perceber que, a cada momento histórico, ao focar determinadas partes do corpo, seus funções e disfunções como elementos principais ou não, o poder público vai definindo quais métodos devem ser abordados, que condutas necessitam ser incluídas ou excluídas, sendo a mulher, muitas vezes compreendida biologicamente, pela anatomia de seu corpo (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Nessa perspectiva, as contribuições de Michel Foucault sobre Biopoder servem como ferramenta para compreender o processo de normalização da saúde da mulher, mediante a implementação de políticas públicas que estabeleceram mecanismos reguladores dos fenômenos coletivos, porém que nem sempre atendiam às suas reais necessidades de cuidado (LACERDA; ROCHA, 2018). Para os mesmos autores, se, por um lado, as medidas sobre os processos vitais aumentam a qualidade de vida da população, por outro, também efetivam um domínio sobre os sujeitos, uma vez que as políticas públicas de saúde definem o escopo de cuidados que será ofertado pelo sistema público de saúde.

Foucault (2005, p.294) observa que, mediante mecanismos globais, a biopolítica busca “agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; (...) de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação”. Assim, refletir sobre a saúde da mulher no âmbito das políticas públicas de saúde requer lidar, ao mesmo tempo, com as dimensões regulatórias, de autonomia, de empoderamento individual e coletivo;

envolve tensões e demandam constante atenção e trabalho conjunto (FERREIRA NETO *et al.*, 2009).

Em que pese os desafios ainda presentes, um destaque importante para os numerosos avanços observados nas políticas públicas de saúde para as mulheres foi a participação das mesmas na luta pela saúde e pela valorização da classe social e do gênero na sua determinação social (COSTA, 2009).

Para Foucault (2005), embora o poder de soberania – absoluto, dramático, sombrio, consistisse em poder “fazer morrer”, com a tecnologia do biopoder, há uma possibilidade cada vez maior de “intervir para fazer viver, (...) aumentar a vida, controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências” (p. 295).

REFERÊNCIAS

ARBOIT, J.; PADOIN, S.M.M.; VIEIRA, L.B.; PAULA, C.C. de; COSTA, M.C da; CORTES, L.F. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v.51, 2017.

AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. *Agenda Política*, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.

BARCELLOS, L.V. Biopoder, gênero e sexualidade: breves considerações sob a perspectiva de Michel Foucault. In: I Congresso Nacional de Biopolítica e Direitos Humanos. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 44 p.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 1073-1083, 2009.

FERREIRA NETO, J.L.; KIND, L.; BARROS, J.S.; AZEVEDO, N.S.; ABRANTES, T.M. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 456-466, 2009.

FERREIRA, L.O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1151-1159, 2013.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MARTINS, C.H.G.; DAMASCENO, J.L.; CASTRO, G.G. de; MAINEGRA, A.B.; AKERMAN, M. Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 3821-3830, 2017.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 13ª ed. 1999.

FREITAS, G.L. de; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA, E.R.F; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 11, n. 2, 2009.

FURTADO, R.N.; CAMILO, J.A.O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades*, v. 16, n. 3, p. 34-44, 2016.

GUIMARÃES, R.M.; MEIRA, K.C.; PAZ, E.P.A.; DUTRA, V.G.P.; CAMPOS, C.E.A. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1407-1416, 2017.

LACERDA, R.C.; ROCHA, L.F. da. Fazer viver e deixar morrer: os mecanismos de controle do biopoder segundo Michel Foucault. *Kínesis*, Vol. X, nº 22, p.148-163, Julho 2018.

LEAL, M.C.; SZWARCOWALD, C.L.; ALMEIDA, P.V.B.; AQUINO, E.M.L.; BARRETO, M.L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1915-1928, 2018.

LEÃO, E.M.; MARINHO, L.F.B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Revista Promoção da Saúde*, v. 6, p. 31-6, 2002.

LUCCHESI, Patrícia T. R. (Coord.); AGUIAR, D.S.; WARGAS, T.; LIMA, L.D. de; MAGALHÃES, R.; MONERAT, G.L. Políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACEDO, A.S.; ALCÂNTARA, V.C.; ANDRADE, L.F.S.; FERREIRA, P.A. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cadernos EBAPE. BR*, v. 14, n. SPE, p. 593-618, 2016.

MEDEIROS, P.F. de; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009.

MELAZZO, E.S. Problematizando o conceito de políticas públicas: desafios à análise e à prática do planejamento e da gestão. *Revista Tópos*, v. 4, n. 2, p. 9-32, 2010.

PASQUAL, K.K.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 2, p. 21-27, 2015.

PIZZINATO, A.; CARVALHO, G.S.; CÉ, J.P.; MACHADO, R.O.; STREY, M.N. Integralidade à saúde da mulher e psicologia: Análise da produção científica brasileira. *Psicologia Argumento*, v. 30, n. 71, 2012.

SANTOS, R.O.M dos; ENGSTROM, E.; ROMANO, V. O vínculo longitudinal como dispositivo do cuidado: doenças crônicas e saúde da família. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas, 2016.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, n. 16, p. 20-45, 2006.