

**BIOPOLÍTICA  
E POLÍTICAS DE SAÚDE  
PARA AS MULHERES:  
UMA ANÁLISE DISCURSIVA  
DO I PLANO MUNICIPAL DE  
POLÍTICAS PARA AS MULHERES DE  
FLORIANÓPOLIS / SANTA  
CATARINA – BRASIL**

**BIOPOLÍTICA Y POLÍTICAS DE SALUD PARA LAS MUJERES: EM LECTURA DISCURSIVA  
DEL PRIMER PLAN MUNICIPAL DE POLÍTICAS PARA LAS MUJERES EM FLORIANÓPOLIS /  
SANTA CATARINA – BRASIL**

**BIOPOLITICS AND HEALTH POLICIES FOR WOMEN: A DISCURSIVE ANALYSIS OF THE I  
MUNICIPAL POLICY PLAN FOR WOMEN FROM FLORIANÓPOLIS / SANTA CATARINA –  
BRAZIL**

**Camila de Almeida Lara\***

Instituto Federal do Rio Grande do Sul | Campus Ibirubá

**RESUMO:** Uma vez que as políticas públicas têm papel fundamental na constituição do Estado e também dos sujeitos para quem são produzidas, este trabalho tem por objetivo uma reflexão inicial sobre políticas de saúde – enquanto práticas concretas de governamentalidade – voltadas para mulheres. Para isso, analisa os discursos sobre a saúde da mulher nas políticas públicas de Florianópolis, Santa Catarina, notadamente o Eixo 3 – *Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos* - do I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres, implementado em 2012. Além disso, discute a governamentalização, a biopolítica e os efeitos das políticas de saúde no corpo individual e populacional. Observa-se que, entre os enunciados analisados, a problematização

---

\* Doutora em Linguística pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Instituto Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de pós-doutorado FAPESC. E-mail: [camilaalara04@gmail.com](mailto:camilaalara04@gmail.com).

da saúde da mulher recai, quase que exclusivamente, a questões ligadas a concepção, assistência obstétrica e planejamento reprodutivo. Conclui-se que embora a noção de gênero seja mencionada e contribua na formulação de práticas que assegurem o direito da mulher em dispor do próprio corpo – como exemplo tomamos a inclusão dos métodos contraceptivos no documento -, podendo ser visto como um gesto de resistência que produz rupturas, o plano ainda é ancorado em uma perspectiva em que o conceito de gênero é unido ao de sexo que apaga as diferenças no interior do campo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Biopolítica. Saúde da mulher. Políticas para as Mulheres.

**RESUMEN:** Dado que las políticas públicas desempeñan un papel fundamental en la constitución del Estado y también de los sujetos para los cuales son producidas, este trabajo tiene como objetivo reflexionar inicialmente sobre las políticas de salud - como prácticas concretas de gubernamentalidad - dirigidas a las mujeres. Para ello, analiza los discursos sobre la salud de las mujeres en las políticas públicas de Florianópolis, Santa Catarina, en particular el Eje 3 - Salud de las mujeres, derechos sexuales y derechos reproductivos - del Primer Plan Municipal de Políticas para las Mujeres, implementado en 2012. También discute la gubernamentalización, la biopolítica y los efectos de las políticas de salud en los cuerpos individuales y poblacionales. Se observa que, entre los enunciados analizados, la problematización de la salud de las mujeres recae casi exclusivamente en cuestiones relacionadas con la concepción, la atención obstétrica y la planificación reproductiva. Se concluye que si bien la noción de género es mencionada y contribuye a la formulación de prácticas que aseguran el derecho de las mujeres a disponer de sus propios cuerpos -por ejemplo, la inclusión de métodos anticonceptivos en el documento- y puede ser vista como un gesto de resistencia que produce rupturas, el plan sigue anclado en una perspectiva en la que el concepto de género está ligado al de sexo, lo que borra las diferencias dentro del campo.

**PALABRAS CLAVE:** Biopolítica. Salud de las mujeres. Políticas para las mujeres.

**ABSTRACT:** Since public policies have a fundamental role in the constitution of the State and also of the subjects for whom they are produced, this work aims at an initial reflection on health policies - as concrete practices of governmentality - aimed at women. To this end, it analyzes the discourses about women's health in public policies in Florianópolis, Santa Catarina, notably Axis 3 - Women's health, sexual rights and reproductive rights - of the I Municipal Plan of Policies for Women, implemented in 2012. Furthermore, it discusses governmentalization, biopolitics and the effects of health policies on the individual and population bodies. It is observed that, among the analyzed statements, the problematization of women's health falls, almost exclusively, on issues related to conception, obstetric care and reproductive planning. We conclude that although the notion of gender is mentioned and contributes to the formulation of practices that ensure the right of women to dispose of their own bodies - as an example, we take the inclusion of contraceptive methods in the document - and can be seen as a gesture of resistance that produces ruptures, the plan is still anchored in a perspective in which the concept of gender is linked to that of sex, in a binary perspective - female / male -, which erases the differences within the countryside.

**KEYWORDS:** Biopolitics. Women's health. Policies for Women.

## 1 INTRODUÇÃO

Neste texto, busco uma reflexão inicial sobre políticas públicas de saúde - enquanto práticas concretas de governamentalidade - voltadas para as mulheres em Florianópolis/SC e que são marcadas por discursos que dizem respeito à saúde integral da mulher, visto que os corpos femininos têm-se constituído como territórios de governo das biopolíticas da saúde contemporâneas (Meyer, 2009). Busco, portanto, discutir os discursos das políticas públicas de saúde para mulheres a partir da instauração do I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres de Florianópolis (SC) – doravante I PMPM - em 2012.

Apoio-me nesse documento para elaborar uma espécie de abordagem discursivo/antropológica do Estado a partir dos conceitos foucaultianos de governamentalidade e biopolítica, uma vez que em *O Nascimento da biopolítica* (Foucault, 2008 b, p. 4-5), Foucault apresenta a opção metodológica adotada em seus empreendimentos: em vez de partir dos universais (soberanos, Estado, sociedade

civil), “[...] para deles deduzir fenômenos concretos [...], partir dessas práticas concretas e, de certo modo, passar os universais pela grade dessas práticas”. Dessa forma, entenderei as políticas municipais de saúde da mulher enquanto discursos<sup>1</sup>, uma vez que

[...] a saúde da mulher torna-se um discurso na medida em que existe dentro de uma ordem discursiva, ocupa uma posição estratégica, figura com certo status, permite dizer o que é da ordem do verdadeiro e do falso e, mais do que isso, se apresenta hoje como uma forma de produção de sujeitos. Nessa lógica, falar em saúde da mulher é falar de um tipo de experiência em que verdade, política e subjetividade estão em jogo. (De Fátima Guareschi, 2008, p. 13)

Assim, entendidas como discursos que incidem sobre a vida de mulheres e determinam não apenas o seu modo de viver, como também a experiência que fazem de si mesmas (De Fátima Guareschi, 2008), inicio o texto com um quadro geral das políticas públicas de saúde do Brasil, embora não me ocupe de traçar um histórico dessas políticas consolidadas desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde. Ressalto que as políticas públicas são definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade e são consolidadas em conjuntos de diretrizes as quais explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas de interesse público (Ferraz; Kraiczuk, 2010). Nesse escopo, as políticas públicas de saúde “[...] têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo” (Ferraz; Kraiczuk, 2010, p. 70).

A questão da saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais durante o século XX. Essa incorporação, no entanto, era limitada e tinha como foco principal as demandas relativas à gravidez e ao parto. Assim, os programas de saúde elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 baseavam-se apenas na especificidade biológica da mulher e no seu papel social de mãe, responsável pela educação e cuidado com os filhos e demais familiares

A partir dos anos 1980, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), inaugurou-se outra perspectiva nacional referente à saúde da mulher. Nessa direção, o PAISM deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde com ações dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional (De Medeiros; De Fátima Guareschi, 2009).

No entanto, como apontaram Paz e Salvaro (2011) no decorrer do processo de instauração de políticas para as mulheres, dificuldades e lacunas na atenção à saúde da população foram observadas e, a partir de tais dificuldades, verificou-se a necessidade de elaboração de uma política de saúde da mulher que contemplasse “[...] a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher.” (Brasil, 2003 apud Paz; Salvaro, 2011). Assim, a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* foi elaborada em parceria com setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro, o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

A partir da criação Política Nacional, é que documentos de âmbito municipal foram possíveis, como o I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres de Florianópolis, elaborado décadas após as primeiras políticas de saúde das mulheres brasileiras.

Apresentado brevemente o cenário de emergência do I PMPM, objeto de estudo deste texto, passo a descrever o trajeto da argumentação que pretendo percorrer: a primeira seção se ocupará de definir o que se entende por governamentalidade e gestão biopolítica da população. Por sua vez, a segunda seção será o espaço para a apresentação sucinta das políticas públicas de saúde da mulher em âmbito nacional. Em seguida, apresento o I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres de Florianópolis (SC) (doravante PMPM) e exploro alguns trechos do Eixo temático 3 - *Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos*, que servem de base para as análises tecidas nesse espaço, seguidas das *Considerações Finais*.

<sup>1</sup> Foucault (2017, p. 131) entende o discurso como um conjunto de enunciados que se apoiam em um mesmo sistema de formação. Dessa forma, nesse texto, entendo os discursos do I PMPM como discurso constituído historicamente.

Antes de explorar os conceitos foucaultianos com os quais pretendo trabalhar, cabe ressaltar que as análises tecidas nesse texto não devem ser lidas como um posicionamento em favor ou contra as políticas e práticas mencionadas no I PMPM; não se trata de buscar um juízo de valor sobre elas. O objetivo deste ensaio é apenas colocar em escrutínio um documento e problematizá-lo a partir do quadro conceitual foucaultiano.

## 2 A GOVERNAMENTALIDADE E A GESTÃO BIOPOLÍTICA DA POPULAÇÃO

Se as políticas públicas podem “[...] conformar o modo que indivíduos constroem a si mesmos como sujeitos” (Shore; Wright, 1997, p. 4), neste texto, elas serão interpretadas como os discursos das práticas da biopolítica e da governamentalidade, na tentativa de verificar o modo como atingem e configuram as formas de objetivação/subjetivação de mulheres.

De acordo com Castro (2012), quer se trate da medicina, do exercício do poder soberano do Estado, da guerra ou da economia, uma tese geral domina a análise foucaultiana do biopoder: o controle da sociedade sobre os indivíduos se efetua no corpo e com o corpo. Para o autor, na modernidade, a vida biológica dos homens não é somente um dado que se possa reprimir, reclamar para si, mas um objeto a ser produzido e administrado, alvo da biologização, da normalização biológica.

Nessa esteira, Fassin (2006) afirma que a biopolítica é - literalmente - uma política de vida, isto é, uma política que tem a vida como objeto. No entanto, para o autor, antes de ser uma política da/de sujeitos, a biopolítica tornou-se uma política populacional, que mede e regula, constrói e produz comunidades humanas através de programas de mortalidade e planejamento familiar, regras de higiene e controle de fluxos migratórios. As categorias de biopolítica e biopoder foucaultianas tentam, pois, dar conta da normalização biológica da espécie humana e conduziram Foucault à problemática da governamentalidade, noção fundamental nesse texto, pois contribui sobremaneira para problematizar os modos pelos quais se constituem, no âmbito do Estado moderno, novos mecanismos de vigilância, controle e intervenção do Estado sobre a vida das populações.

Descrevamos então o problema da governamentalidade. Foucault (2008) ensina que entre os séculos XVI e XVIII a Europa passava por um processo de assunção das “artes de governo”. Teria sido o problema da população um dos responsáveis pelo que o francês chama de “desbloqueio” da problemática do governo. Ela permite não apenas a modificação do foco – a família passa a ser lida a partir da população –, mas exige que todas as ações tenham por fim a vida da população. Para Foucault (2008), a Economia Política passaria a existir justamente como um dispositivo<sup>2</sup> de saber-poder cujos saberes e cálculos estariam voltados para essa população. Uma governamentalização do Estado, portanto, que atende aos desígnios da biopolítica, entendida como um conjunto de discursos, estratégias e práticas que se voltam tanto para a *corpo individual*, em formas disciplinares, quanto para a *corpo social*, em forma de regulamentação da população (Foucault, 2010).

A junção entre uma anatomopolítica do corpo individual e de uma biopolítica da espécie (Foucault, 2010) exige a modificação das técnicas e dos objetos do poder-saber. Conforme Foucault, a governamentalização do Estado estaria intimamente relacionada à desqualificação da morte, expulsa dos limites do poder. Se o poder soberano era caracterizado por sua capacidade de fazer morrer, o Estado biopolítico e suas técnicas de governo reúnem dispositivos de segurança, cuja função é fazer viver.

No interior dessas modificações, a saúde e a doença vão ter seus sentidos recompostos. Todavia, o problema da morte permanecerá em aberto: como permanecer excluindo tirando a vida numa sociedade em que a morte aparece como um limite? Para Foucault (2010), a resposta reside nos racismos de Estado, na produção de certas formas de subjetividade “matáveis”: anormais, perigosos, degenerados. Em nome da segurança da população, novas tecnologias de manutenção da saúde e da expulsão – “[...] a morte política,

<sup>2</sup> É na entrevista concedida à revista *Ornicar*, em julho de 1977, que Foucault apresenta as principais características do que seria o dispositivo: um conjunto heterogêneo que engloba o discursivo e o não discursivo (as instituições, as leis, as organizações arquitetônicas). Nas palavras dele, “[...] O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sustentadas por eles. Em As Palavras e as Coisas, querendo fazer uma história da epistémè, permanecia em um impasse. Agora, gostaria de mostrar que o que chamo de dispositivo é algo muito mais geral que compreende a epistémè. Ou melhor, que a epistémè é um dispositivo especificamente discursivo, diferentemente do dispositivo, que é discursivo e não discursivo, seus elementos sendo muito mais heterogêneos. (Foucault, 2017d, p. 367-368).

a expulsão, a rejeição, etc” (Foucault, 2010, p. 216) – da vida “biologicamente inferior”. O que Foucault (2010, p. 215) chama de “cesura biológica”, no interior dos dispositivos biopolíticos de governo, é o que se entende pelo racismo e pelo adensamento da problemática da raça nos séculos XVIII e XIX: “A raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização”.

Assim, Foucault defende que a biopolítica seja uma questão de governamentalidade, a qual, no âmbito da razão liberal, se articularam saberes e técnicas totalizantes e, ao mesmo tempo, de penetração em práticas cotidianas (Volkart, 2019).

A formação do biopoder torna possível a reintrodução das noções de raça e de guerra de raça com um novo sentido, especificamente biológico, que determinará a aparição do racismo moderno, biológico e de estado, em outras palavras, o direito soberano de poder matar justifica-se e passa a ser exercido biologicamente (Castro, 2012). Dessa perspectiva, Caponi (2004) assinala que, pela primeira vez na história, o biológico ingressa no registro da política: a vida passa a entrar no espaço do controle de saber e da intervenção do poder. O sujeito, na qualidade de sujeito de direitos, passa a ocupar um segundo plano em relação à preocupação política por maximizar o vigor e a saúde das populações. Para Caponi (2004, p. 449)

[...] Os estudos e as estratégias eugênicas são as que melhor definem as características dessa biopolítica da população que, ao mesmo tempo em que se propõe o melhoramento da raça e da espécie, parece precisar do controle e da submissão de corpos sem direito que se configuram como simples vida nua, vida que se mantém nas margens, vida que pode ser submetida e aniquilada.

A autora ainda argumenta que uma característica do biopoder é a importância crescente da norma sobre a lei. A ideia de que é preciso definir e redefinir o normal em contraposição àquilo que se lhe opõe, a figura dos anormais, incorporada logo à categoria de degeneração que se inscreve nas margens do jurídico.

Já as leituras contemporâneas da biopolítica discutem suas potências, na forma da ambiguidade que lhe constitui, do cuidado da população e da otimização da vida, por meio do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade e da medicalização. Didier Fassin (2006, 2010), por exemplo, propõe uma ampliação do estudo acerca da biopolítica, não nos moldes foucaultianos, já que Foucault estaria mais interessado nas práticas sociais que são exercidas sobre os corpos e populações e têm influência no curso das vidas individuais e histórias coletivas, produzindo sujeitos e não no governo da vida em si, mas adicionando aos dois ramos do estudo da biopolítica de Foucault - o poder e o sujeito - um terceiro termo: a vida. Essas pesquisas envolveriam uma orientação que ele denomina de moral, no sentido de não definir normas e valores, delimitando o bem e o mal, o justo e o injusto, a verdade e a mentira, mas para examinar como constituem, em um determinado contexto histórico e geográfico, essas normas e valores (Fassin, 2006).

Por sua vez, Butler (2016) faz notar a relação entre a biopolítica e a precariedade de gênero, que relaciona a ontologia ao corpo. A filósofa norte-americana interroga a produção normativa das ontologias, cujo resultado é uma separação entre espécies de vida e modalidades de sujeito: “há ‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas.” (Butler, 2016, p.17). Apontando que o reconhecimento é uma prática normativa, Butler (2016) descreve a condição contingente e precária dos sujeitos no mundo e, a partir daí, advoga a respeito da produção de diferenças no interior da contingência: há vidas, generificadas e racializadas, sobre as quais incide uma maximização da precariedade como estratégia de governo e de violência.

Se entendemos os dispositivos de governo biopolíticos e suas estratégias racializantes e polivalentes, cabe, então, descrever o funcionamento dos discursos das políticas públicas de saúde da mulher que emergem no Brasil.

### 3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES NO BRASIL

Da perspectiva da governamentalidade que adoto, as políticas de saúde têm se mostrado intrinsecamente relacionadas ao contínuo médico-jurídico descrito por Foucault (2008b), estabelecido na rede de saberes e práticas que tanto prescrevem o cuidado com o

corpo biológico quanto engendram modalidades de captura desse corpo sob o viés político, jurídico e social. A medicina, dessa perspectiva, passa a fazer parte de um saber ampliado, moral e, no limite, autoritário, não restrito à suposta objetividade da doença e do doente: “A saúde é o objeto de uma verdadeira luta política” (Foucault, 2010, p.170). Da ordem da biopolítica, as políticas públicas atuam e produzem efeitos no corpo individual e no corpo populacional e as respostas que dão oferecem tanto a possibilidade de controle quanto de eficácia no enfrentamento de vários problemas da ordem do governo.

Isso posto, nessa seção, busco apresentar um apanhado sobre as principais políticas nacionais de saúde para as mulheres, a partir da década de 80, uma vez que, como aponta De Souza Phillipi (2010, p. 125)

O Movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, surge com força através dos movimentos sociais e dos movimentos feministas reivindicando a saúde da mulher sem fragmentação e não reducionista, denunciando as desigualdades nas condições de vida e nas relações de gênero, apontando as dificuldades associadas à sexualidade e à saúde reprodutiva, anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis - DST/Aids e ainda a sobrecarga do trabalho feminino. Essas desigualdades e condições de vida se refletem na saúde da mulher.

Sublinho, no entanto, que os deslocamentos e transformações apresentados não são pensados como progressos ou melhorias, mas como discursos que podem ser ditos, tem emergência em determinadas épocas, como aponta Foucault (2017).

Segundo Farah (2004), desde o final dos anos 1970, ocorreram importantes transformações nas relações entre Estado e sociedade no Brasil, sob impacto de dois condicionantes principais: a democratização e a crise fiscal. As mudanças que se processaram a partir de então, foram construídas com a participação de diversos atores e, podem ser marcadas por dois momentos: a democratização dos processos decisórios e dos resultados das políticas públicas, reivindicando-se a ampliação do leque de atores envolvidos nas decisões, e a inclusão de novos segmentos da população brasileira entre os beneficiários das políticas públicas.

No Brasil, a política de saúde pública do está consolidada, desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade. Dessa forma, o SUS é o produto da luta do movimento da reforma sanitária brasileiro e estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs. O desafio colocado ao SUS, portanto, era de que a política de saúde se construísse e se implementasse na perspectiva do acesso universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las (Ferraz; Kraicyk, 2010).

Se a questão do gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, então a política de saúde construída no âmbito do SUS deveria reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero (Ferraz; Kraicyk, 2010). Na década de 1980, percebe-se que as propostas priorizadas tinham como objetivo a descentralização e a participação da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas públicas e, nesse momento, as mulheres e a problemática de gênero já estavam presentes na agenda. Sob impacto do movimento feminista e dos movimentos sociais urbanos de temas específicos à vivência das mulheres, foram implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero: políticas públicas que reconhecem a diferença de gênero e, com base nesse reconhecimento, implementam ações diferenciadas para mulheres. (Farah, 2004). De acordo com Farah (2004) a mobilização de mulheres foi o fator desencadeante à instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, primeiro programa de assistência à saúde da mulher do país.

De Medeiros e De Fátima Guareschi (2009) apontam que o PAISM foi resultado da convergência de interesses e concepções do movimento sanitário e do movimento feminista, irradiando-se dentro da rede de serviços de saúde como um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher. Para as autoras (2009, p. 39), “[...] o documento representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde”.

O plano ampliaria a concepção até então hegemônica de “saúde da mulher”, restrita à atenção ao pré-natal e ao parto e construiu uma proposta de atenção à saúde que tomasse as mulheres na sua condição de cidadãs, portadoras de múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deveria responder (Ferraz; Kraiczuk, 2010).

Um dos aspectos destacados por De Medeiros e De Fátima Guareschi (2009) como um salto de qualidade das políticas de saúde da mulher no país foi a inclusão da contracepção nos documentos, a partir do entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, atendendo-se, assim, a questões referentes aos direitos reprodutivos. Sob essa perspectiva, o PAISM romperia com o enfoque central dos programas de saúde materno infantil anteriores, que visavam intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social, com enfoque nos direitos reprodutivos das mulheres.

Além de considerar aspectos relativos à dimensão “procriativa”, a proposta de assistência integral à saúde da mulher anunciada pelo PAISM incluía “ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.” (Brasil, 1984 apud Brasil, 2004, p.17).

De Fátima Guareschi (2008) aponta que o PAISM teve emergência como o primeiro programa de saúde pública para mulheres que trouxe consigo “uma divisão importante de opiniões: como algo que permite a legitimação do direito de escolha das mulheres em relação à vivência da sua sexualidade (direitos reprodutivos) e também como fonte de dúvidas quanto ao seu uso para o controle de natalidade”. A autora também argumenta que o PAISM materializa o movimento social no qual estava inserido – o feminismo

[...] ele não apenas acontece em função do movimento social, mas também passa a descrever o objeto mulher como o próprio feminismo – além de propor o sujeito do feminismo [...] Isso quer dizer que as práticas em saúde não são uma benesse social, mas uma formação histórica que precisa responder a uma urgência: é uma estratégia política que precisa dar conta das necessidades do sujeito do movimento feminista e do mundo do trabalho e que produz uma racionalidade naquele tempo-espaço. Nesse caso, a saúde é um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas que se constituem em certa formação histórica. (De Fátima Guareschi, 2008, p. 58)

Em 2004, vinte e um anos após a consolidação do PAISM, o ministério da saúde transforma o programa em uma política de saúde<sup>3</sup>, Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher (PNAISM) e as práticas de saúde passam a ser orientadas pelos dois documentos. De acordo com o documento, a PNAISM, refletiria o compromisso do governo com

[...] a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

Para De Fátima Guareschi (2008, p. 43), nesse momento, é possível perceber que a saúde da mulher serve para esquadrihar o campo da saúde e torná-lo um campo de especialidade: “Não se trata mais de uma higiene social coletiva, mas de uma higiene especialista; é para os grupos que as políticas em saúde se voltam. A saúde da mulher cria, no campo da saúde, múltiplas formas de objetivação, ou seja, cria os grupos/identidades”. Nos objetivos do documento vemos esses grupos em formação: as mães, as mulheres que abortam, as mulheres que vivem com hiv, as mulheres portadoras de doenças crônicas. A PNAISM propõe que as questões de gênero

<sup>3</sup> Segundo Bernardes (2005, *apud* De Fátima Guareschi, 2008, p. 24), “[...] a diferença entre política e programa diz respeito a uma forma epistemológica e uma forma substantiva. As políticas são diretrizes do sistema de saúde, enquanto que os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes. Neste nosso caso, o programa é anterior à conformação do Sistema Único de Saúde, e as diretrizes que ele operacionaliza estariam ligadas ao movimento de instituição desse campo de saúde da mulher e do próprio SUS”.

devem ser determinantes da saúde na formulação das políticas públicas, no entanto como já apontou a autora, a ideia de subjetividade aparece ainda relacionada a um sujeito universal, essencializado e uno, reafirmando identidades biologicistas.

Além disso, é fundamental entender que a perspectiva de gênero passa a figurar como constituinte de uma política de saúde para mulheres que, ao mesmo tempo em que demarca e identifica quem são essas mulheres, ajuda a conferir identidade de cidadã e captura-as (De Fátima Guareschi, 2008).

Em 2004, também emerge o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres<sup>4</sup> (PNPM), com 199 ações, distribuídas em 26 prioridades, que foram definidas a partir dos debates estabelecidos na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Embora o plano não seja específico no que tange à saúde da mulher, suas ações foram traçadas a partir de 4 linhas de atuação, consideradas na época como as mais importantes e urgentes para garantir o direito a uma vida melhor e mais digna para todas as mulheres. São elas: *Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania, Educação inclusiva e não sexista, Saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento à violência contra as mulheres*. Assim, como se percebe, a questão da saúde permanece vigente no documento.

O texto de apresentação do documento mostra como as políticas públicas instauradas pelo Plano tem o intuito de criar uma ampla rede de defesa das mulheres alijadas de seus direitos:

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) vai beneficiar você, mulher, sua família e sua comunidade. Para que ele se torne realidade e mude, de fato, a vida de todas as mulheres, é necessário que os Governos Federal, Estaduais e Municipais trabalhem em conjunto e, também, que a sociedade seja parceira em sua execução. Para tanto, é preciso que mecanismos institucionais de defesa dos direitos da mulher sejam criados ou fortalecidos em todo o país. E mais: que todas estejam representadas - mulheres índias, negras, lésbicas, idosas, jovens mulheres, com deficiência, ciganas, profissionais do sexo, rurais, urbanas, entre outras - e participem, ativamente, em suas localidades. (Brasil, 2004, p. 20)

Ainda em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a primeira mobilização entre gestores e sociedade civil organizada apoiada pelas 27 unidades federadas. A proposta, premiada pela ONU como modelo de mobilização em saúde, tem como princípios o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação dos gestores e organizações sociais (De Souza Phillipi, 2010).

Em 2007, foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e, em 2008, a segunda versão do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. No II PNPM, as áreas de atuação são expandidas em 11 grandes áreas, incluindo outras seis áreas que seriam somadas às do primeiro plano: *Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, inclusão social, soberania e segurança alimentar; Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; Cultura, comunicação e mídia não-discriminatórias; Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia; e Enfrentamento às desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas*.

Uma vez que o I PMPM emerge a partir da instauração em âmbito nacional do I PNPM e do II PNPM, passo, na próxima seção, a descrever o primeiro plano da cidade de Florianópolis e também a tecer as análises propostas neste ensaio.

#### 4 O PLANO MUNICIPAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES E O EIXO 3 – SAÚDE

Antes de voltar a atenção aos enunciados presentes no eixo 3 do I PMPM, e também aos enunciados da área estruturante que diz respeito a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento da feminização da aids, gostaria de apresentar o documento

<sup>4</sup> Ao contrário das Políticas, os planos têm caráter mais perene e são sujeitos a modificações mais frequentes.

elaborado pela Coordenadoria Municipal de Políticas para as Mulheres<sup>5</sup> em conjunto com entidades civis<sup>6</sup>. O I PMPM, implementado em 2012, foi elaborado a partir dos onze eixos temáticos extraídos do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), e é resultado de atividades realizadas em diversas etapas.

A primeira dessas atividades foi a construção do *Plano Municipal pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher*, em 2009. Fruto do debate realizado pela Câmara Técnica da Coordenadoria Municipal de Políticas para as mulheres, esse plano contemplava um dos onze eixos do II PNPM e, posteriormente, passou a ser um dos eixos do I PMPM – *Eixo temático 4, Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres*.

Em 2010, com o intuito de contribuir com as discussões da Câmara Técnica e garantir maior participação popular, foi realizado o I Seminário Municipal de Políticas para as Mulheres, que reuniu mais de 250 participantes entre estudantes, profissionais da rede de atendimento, movimentos sociais e comunidade em geral. Nesse evento, foram discutidos 10 dos 11 eixos estruturantes do II PNPM, pois, no ano anterior, a coordenadoria já havia discutido o eixo temático *Enfrentamento a todas as formas de violência contra as mulheres* (Florianópolis, 2010).

Assim, o Seminário fornecera subsídios para elaboração do I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres e, ainda, enfatizou a importância de maior participação popular na construção de um instrumento de efetivação dos direitos das mulheres do município. Outra fase importante na elaboração do I PMPM foi a III Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, realizada em 2011, na qual discutiram-se os 11 eixos que integram o I PMPM.

Segundo o documento, a elaboração do I PMPM *foi um marco histórico no que se refere às políticas públicas para as mulheres de Florianópolis, pois ele apresentava-se como precioso instrumento de implementação e implantação de ações e serviços, elencando prioridades e definindo propostas para os anos de 2012 e 2013*. Assim, a elaboração do I PMPM, nasceu

[...] do anseio, do compromisso e do empenho da sociedade civil organizada, dos gestores municipais e dos conselhos de direitos na efetivação de políticas públicas específicas, muitas vezes negadas às mulheres, em função das dimensões estruturais e estruturantes que a desigualdades de gênero tem na configuração da sociedade brasileira. (Florianópolis, 2010, p. 15).

O I PMPM é composto de onze eixos estruturantes e seus respectivos planos de ação para os anos de 2012 e 2013<sup>7</sup>. Os eixos temáticos são: *1. Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social, 2. Educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não homofóbica e não lesbofóbica, 3. Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, 4. Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres, 5. Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão, 6. Desenvolvimento sustentável no meio rural, cidade e floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar, 7. Direito à terra, moradia digna e infraestrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais, 8. Cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias, 9. Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia - Diálogos e perspectivas, 10. Enfrentamento*

<sup>5</sup> A Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres se trata de um órgão vinculado diretamente ao Gabinete do Prefeito e foi criada por intermédio da Lei n. 7625, de 5 de maio de 2008. O órgão tem como objetivo principal assessorar, assistir, apoiar, articular e acompanhar ações, programas e projetos direcionados à mulher e trabalha com toda a rede de atendimento do município, assessorando tanto a esfera governamental como a não governamental, no que diz respeito à saúde, segurança, emprego, salário, moradia, educação, agricultura, raça, etnia, comunicação, participação política; movimentos sociais, grupos de mulheres e/ou lideranças de bairros, fóruns de mulheres, organizações não governamentais, instituições públicas, privadas, estaduais, nacionais e estrangeiras envolvidas com o assunto mulher. Além disso, a Coordenadoria visa desenvolver ações de combate aos mecanismos de subordinação e exclusão que sustentam a sociedade, objetivando também a promoção da cidadania feminina e da igualdade entre os gêneros.

<sup>6</sup> No Documento não há referência de quais seriam as entidades civis que participaram da elaboração do Plano. No entanto, como já abordaram Autores (2018), na análise dos I e II *Planos Municipais de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros – LGBT*, a autoria de políticas públicas que leva em consideração a participação da sociedade civil tem caráter estratégico na enunciação de uma política de saúde menos estigmatizante para as populações as quais se dirigem.

<sup>7</sup> Em 2021, A Câmara Técnica de Elaboração, Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Políticas para as Mulheres realizou a atualização do Plano Municipal de Políticas para as Mulheres (PMPM). O documento atualizado não foi alvo de estudo, que se delineou antes de sua publicação. Entretanto, é necessário que se façam novos estudos, comparativos, das versões do Plano Municipal. De acordo com o novo documento, essa atualização foi necessária uma vez que a pandemia da Covid-19 teve “[...] impactos sobre as diferentes populações de mulheres, o agravamento da crise social, econômica, política, ideológica e cultural, de assimetrias no acesso à informação que tiveram implicações no aumento da violência doméstica e nos feminicídios”.

das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas e 11. Monitoramento e avaliação do Plano.

Como ponto de partida para as análises que teço nesse texto, tomo o objetivo geral do Eixo temático Saúde e posteriormente discuto às especificidades de gênero que ainda são sutis, como se verá. Começo então pelo objetivo geral, que trata de

I. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, sendo resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça/etnia, geração e orientação sexual. (Florianópolis, 2010, p. 29)

Nesse ponto, já é possível articular a elaboração desse Plano à biopolítica. Segundo Michel Foucault, na passagem do século XVIII para o XIX, quando o indivíduo e a espécie entraram nas estratégias e nos cálculos do poder político, a vida biológica e a saúde da nação tornaram-se alvos fundamentais de um poder sobre a vida, num processo denominado de “estatização do biológico” (Ortega, 2004). A biopolítica analisada por Foucault enfatizava especialmente as noções de sexualidade, raça e degenerescência, cujo objetivo era a otimização da qualidade biológica das populações. No objetivo geral do I PMPM, a vida biológica das mulheres em todas as fases do seu ciclo é açambarcada por serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, com o intuito de regular a vida e estabelecer uma população que necessita sempre do cuidado consigo mesma, sustentando um trabalho de responsabilização contínuo, pelo qual uma pedagogia deve ser instaurada como forma de contenção dos danos que os indivíduos, quando fracassam no cuidado de si, podem oferecer a seus corpos e ao corpo biopolítico (Dardot, Laval, 2016).

Quando se refere às especificidades de gênero, o documento ainda é bastante tímido ao se referir às mulheres trans. Mulher, neste I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres, ainda não parece ser objeto de tensionamento efetivo, figurando apenas como uma espécie de epifenômeno do transversal do Eixo 9 – Enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia: Diálogos e perspectivas (Florianópolis, 2010, p.76). Além disso, nenhuma das prioridades do eixo Saúde diz respeito à mulher transexual.

Ainda, convém mencionar que a Saúde da Mulher Lésbica também não é abordada no I PMPM, mas aparece em enunciações do I PMLGBT, publicado em 2012. Como já apontaram autores (2018) quando o I PMLGBT apresenta a seção *Saúde da Mulher Lésbica* aponta para padrões de risco ligados à sexualidade. À medida que os enunciados acerca da mulher lésbica são construídos, no documento, a partir dos fatores de risco (nuliparidade, consumo de álcool etc), institui-se um saber sobre quem são as mulheres lésbicas e quais são suas necessidades. É, pois, na sexualidade que encontramos os dispositivos disciplinares que tornam as experiências do gênero e da sexualidade centrais para a constituição de determinadas identidades, no caso em questão as identidades da população LGBT. No que tange à mulher lésbica ainda se evidencia outro grande mal da biopolítica, o consumo de álcool ligado aqui à sexualidade, novamente afetando os corpos não-heteronormativos de acordo com modalidades distintas de imputação do risco.

Passo a discutir algumas das onze prioridades do Eixo temático em análise. A primeira delas trata de *Promover a atenção à saúde das mulheres no climatério*. Ao contrário do que era marcado nos trechos de Monteiro Lobato - *Dá a natureza dois momentos divinos à vida da mulher: o momento da boneca – preparatório –, e o momento dos filhos – definitivo. Depois disso, está extinta a mulher*<sup>8</sup>, e nos primeiros documentos que se dedicavam à saúde e às políticas de saúde da mulher, nos quais a ênfase recaía sobre a restrita atenção ao pré-natal e ao parto, percebe-se que a elaboração do I PMPM dá destaque a outros momentos da vida da mulher. É notável que o I PMPM ancora-se em uma perspectiva de incluir determinadas formas de ser mulher – aqui, estritamente relacionada a uma mulher entre 40 e 50 anos, que sofre de variações hormonais causadas pela transição entre a fase reprodutiva e a menopausa - não apenas quando se trata de sua adolescência e fase reprodutiva, mas toma todo seu ciclo de vida<sup>9</sup> como potencial para intervenção.

<sup>9</sup> Entendo ciclo de vida tomando como base os ensinamentos de Maluf (2009), que afirma: “ciclo de vida como a sucessão de fases de sua vida reprodutiva (adolescência, gravidez, pós-parto, menopausa etc.), reproduzindo uma concepção de pessoa e de sujeito reduzida às ‘funções’ chamadas biológicas”

Assim, aquelas que estavam “fora” do planejamento governamental<sup>10</sup>, são hoje, instruídas pelo aparelho médico e devem continuar seguindo determinadas regras e condutas expressas pelo dever de um cuidar-se. Às mulheres no climatério, devem ser ofertados o *rastreamento das patologias associadas ao início do climatério e garantia de exames necessários, inclusive a densitometria óssea* (Florianópolis, 2010), além da ampliação de parcerias com segmentos educacionais com vistas a informar e sensibilizar a mulher sobre esse período.

Ortega (2004) já apontava para essas mudanças quando se referia a biopolítica da saúde. Tratando do caso da velhice, o autor mostra como o modelo biomédico dominante define o envelhecimento apenas em termos de declínio à idade adulta, como um estado patológico, uma doença, ao mesmo tempo em que reconstrói a velhice como um estilo de vida mercadológico, que produz idosos saudáveis, joviais, produtivos e sexualmente ativos, cada vez menos legitimados a procurar os serviços de saúde. Na mesma esteira de Ortega (2004), o climatério, que já foi considerado uma doença – “Em 1960, o argumento predominante do discurso médico estava voltado à ideia de desfeminização do corpo causado pela menopausa, considerada uma doença de deficiência hormonal (Kantoviski; Vargens, 2010, p. 568) – passa a figurar nas políticas de saúde do município. O aspecto biológico de um período de vida das mulheres torna-se alvo de ingerência médica e passa por processos de medicalização, como já mostraram Kantoviski e Vargens (2010, p. 568): “Atualmente, a principal justificativa para a medicalização com o uso de TRH [Terapia de Reposição Hormonal] repousa sobre o efeito profilático, cuja ação diminuiria os riscos de incidência de diferentes patologias, além de criar expectativas de prolongar a juventude e beleza”.

A segunda prioridade do Eixo tem como referência outra parcela de mulheres, as adolescentes e trata de *Estimular a organização da atenção à saúde das mulheres jovens e adolescentes* (Florianópolis, 2010). Para que essa prioridade seja alcançada, as ações implementadas devem ser a facilitação do acesso e do atendimento das adolescentes nas unidades de saúde, a intensificação do PSE (Programa Saúde na Escola<sup>11</sup>) e a implantação da Política Municipal de Saúde do (a) Adolescente como estratégia de acesso a informação e assistência aos adolescentes.

Pretendo explorar brevemente a prioridade que trata da intensificação do PSE, inúmeras vezes repetidas no documento. Nesse ponto é possível vislumbrar a articulação entre dois setores que tendem a exercer o controle dos corpos adolescentes: a escola e as políticas de saúde. Muitas vezes alijadas das segundas, as adolescentes passariam a ser absorvidas pela primeira. A escola aparece assim como instância disciplinar primeira. Como já discutido por Louro (2007), argumento que a escola aparece no I PMPM como uma instância que realiza pedagogia da sexualidade - como é reiterado na terceira prioridade do plano: 3. *Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo, para homens e mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos* - algumas vezes reiterando identidades e práticas hegemônicas enquanto subordina, nega ou recusa outras identidades e práticas e outras vezes, disponibilizando representações divergentes, alternativas, contraditórias. Como apontou Louro (2007)

Se múltiplas instâncias sociais, entre elas a escola, exercitam uma pedagogia da sexualidade e do gênero e colocam em ação várias tecnologias de governo, esses processos prosseguem e se completam através de tecnologias de autodisciplinamento e autogoverno que os sujeitos exercem sobre si mesmos. Na constituição de mulheres e homens, ainda que nem sempre de forma evidente e consciente, há um investimento continuado e produtivo dos próprios sujeitos na determinação de suas formas de ser ou “jeitos de viver” sua sexualidade e seu gênero. A despeito de todas as oscilações, contradições e fragilidades que marcam esse investimento cultural, a sociedade busca, intencionalmente, através de múltiplas estratégias e táticas, “fixar” uma identidade masculina ou feminina “normal” e duradoura. Esse intento articula, então, as identidades de gênero “normais” a um único modelo de identidade sexual: a identidade heterossexual (Louro, 1997, 1998). Nesse processo, a escola tem uma tarefa bastante importante e difícil. Ela precisa se equilibrar sobre um fio muito tênue: de um lado, incentivar a sexualidade “normal” e, de outro, simultaneamente, contê-la. Um homem ou uma mulher “de verdade” deverão

<sup>10</sup> Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.

<sup>11</sup> O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e adultos (EJA). Entre os principais objetivos deste Programa estão a promoção da saúde e da cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde.

ser, necessariamente, heterossexuais e serão estimulados para isso. Mas a sexualidade deverá ser adiada para mais tarde, para depois da escola, para a vida adulta. É preciso manter a "inocência" e a "pureza" das crianças (e, se possível, dos adolescentes), ainda que isso implique no silenciamento e na negação da curiosidade e dos saberes infantis e juvenis sobre as identidades, as fantasias e as práticas sexuais. Aqueles e aquelas que se atrevem a expressar, de forma mais evidente, sua sexualidade são alvo imediato de redobrada vigilância, ficam "marcados" como figuras que se desviam do esperado, por adotarem atitudes ou comportamentos que não são condizentes com o espaço escolar.

Quando se trata de ISTs<sup>12</sup>, o I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres, relaciona, em apenas uma das suas onze ações de saúde, o hiv e a aids à saúde da mulher, qual seja: "5. Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina" (Florianópolis, 2010, p. 31). A questão da feminização do hiv e da aids é discutida em outro eixo temático do Plano, *Eixo 4 – Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres*, notadamente na seção 4.3.2 *Proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e enfrentamento da feminização da AIDS*.

Abro um parêntese para falar sobre as políticas de saúde que abordam o hiv, a aids e as mulheres. Ferraz e Kraiczky (2010) discutem o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST, lançado em 2007. De acordo com as autoras (2010), a política brasileira da aids contou com a participação de lideranças do movimento contra a ditadura militar, profissionais de saúde e ativistas comprometidos com os direitos humanos e com a saúde pública. Este contexto favoreceu a assunção dos referências dos direitos humanos, da cidadania, da solidariedade e da participação social como valores fundamentais desta política

O *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST* é uma construção do Ministério da Saúde, articulado à Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que define uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de DST entre as mulheres. No ano de 2009, o documento foi reapresentado à população por meio de uma consulta pública online. Nessa versão, os objetivos e as metas foram revistos e o plano trouxe um conjunto de quatro agendas afirmativas referentes a segmentos específicos da população feminina: mulheres profissionais do sexo, mulheres transexuais, mulheres vivendo com aids e mulheres lésbicas (Ferraz; Kraiczky, 2010).

Retorno à prioridade 5. Notemos que o "e", inclusivo - *Promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina*- marca tanto a feminização da epidemia (segundo as estatísticas de saúde do Brasil) como cria um efeito de multiplicidade. Dito de outro modo, é a série de ISTs que acomete as mulheres, não sendo a infecção pelo hiv uma especificidade do gênero (autores, 2018). Além disso, como já retratado por autores (2018), também no IPMPM, nota-se o silenciamento do documento em relação tanto às discussões sobre a cronicidade da vida com hiv quanto diante dos enunciados de impossibilidade de transmissão que já estavam sendo discutidos ao menos desde 2008. Assim, a mulher continua sendo considerada uma questão marginal ao "real" impulso da epidemia, embora autores como Patton (1994) chamem a atenção para o fato de que são formas particulares e específicas de moldar a categoria "mulher", a partir de em uma série de mulheres que não contavam como fundamentais para o paradigma original da aids e do hiv, que pesquisadores, formuladores de políticas, educadores e a mídia primeiro utilizaram para entender a epidemia de aids.

A questão da saúde das mulheres vivendo com hiv também não é discutida quando se trata da saúde obstétrica<sup>13</sup>, o que trato como índice do apagamento desses sujeitos e a volta de uma imagem que a mulher com hiv não pode ser mãe em função de ser um "vetor" ou "reservatório" de infecção, um risco para seus filhos ainda não nascidos, embora hoje seja sabido que as mulheres que vivem com

<sup>12</sup> Assim como Autores (2018), continuarei a usar IST ao invés de DST quando retomarmos os enunciados dos documentos. Acreditamos que, ao utilizar a nomenclatura IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis – não apenas nos filiamos às discussões contemporâneas (presentes no PMLGBT II) como colocamos em suspeição a própria discursividade da doença que o termo DST traz no bojo.

<sup>13</sup> A saúde obstétrica é discutida na Prioridade 4 do IPMPM e trata de "Promover a assistência obstétrica e ginecológica qualificada e humanizada todas as mulheres, especialmente as mulheres negras, indígenas, epiléticas, com deficiência e com sofrimento psiquiátrico. Com vistas a garantia de vinculação as maternidades, transporte seguro nas urgências e emergências obstétricas e assim como reforma e ampliação das UTIs neonatais garantindo atenção em rede como estratégia específica"

hiv podem ter filhos soronegativos para o hiv utilizando os procedimentos de prolixia da transmissão vertical do hiv – também silenciados no documento. Dessa forma, argumento com Campbell (1999, p. 3, tradução nossa) que a preocupação pública com a prevenção da aids parece ter mais a ver com a saúde de homens e crianças do que com a saúde das mulheres, mostrando como a dinâmica de gênero permeia a epidemia de aids e como os papéis e expectativas de gênero afetam a transmissão, prevenção e cuidados da doença.

Ainda no espaço desse texto, chamo a atenção para a saúde mental das mulheres. Maluf (2009) destaca que, a partir da década de 1970, e posteriormente a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de um modelo manicomial e exclusivamente psiquiátrico passou-se para o atendimento em moldes ambulatoriais disseminados, ou para a “psiquiatrização” da medicina e, como argumenta a autora, as mulheres foram “acolhidas” por esse dispositivo:

Os profissionais não apenas passam a “acolher” as pacientes sofredoras, como possuem hoje todo um dispositivo de tratamento fornecido pela política de saúde pública e pelos programas terapêuticos, cujo foco está na distribuição gratuita de medicamentos pela rede pública. Ocorre, no campo da chamada “saúde mental”, o que alguns autores têm denominado de ambulatorização do tratamento, ou psiquiatrização da medicina em geral: qualquer especialidade médica passa a receitar rotineiramente anti-depressivos e outros psico-fármacos. [...] Nessa intervenção fiscalista e biologicista, emerge um sujeito também racionalizado e individualizado, capaz de se manter na cadeia produtiva (doméstica ou do trabalho assalariado) e potencializado enquanto sujeito produtor e produtivo.

Nesse cenário, a saúde mental tem lugar no I PMPM. A sétima prioridade trata de *Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais* (Florianópolis, 2010). Entendo, no entanto que essa mobilização pode ser vista como um gesto de resistência e a adoção de uma perspectiva de gênero mais voltada para as questões debatidas pelos movimentos feministas, que tanto lutaram e lutam pela inserção de outras práticas no atendimento integral à mulher, que se ocupe com outras questões de saúde além daquelas reprodutivas, deixando as margens outras questões importantes no que tange à saúde das mulheres, como aquelas ligadas ao sofrimento psíquico.

É, pois, com o vislumbre de um movimento agonístico de normalização e resistência de corpos femininos que pretendo finalizar essa análise. Para isso, trago outro enunciado do I PMPM:

9. Estimular ações do Programa Saúde da Mulher para o enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnicoraciais, geracionais, das encarceradas, de orientação sexual, das mulheres com deficiências, considerando as diferentes regiões geográficas, as mulheres do campo e da floresta e em situação de rua. (Florianópolis, 2010, p. 33)

Como se percebe, a prioridade trata da saúde da mulher enfatizando aquelas que estariam ainda mais à margem do Estado e por isso mais alijadas de seus direitos à saúde. Além disso, embora ainda não contemple as especificidades de gênero, como mencionamos anteriormente, a prioridade 09 articula essa categoria a marcadores socioculturais e leva em consideração que as alteridades mencionadas produzem diferentes implicações na forma como a feminilidade e a saúde são vivenciadas. Assim, embora ainda sob a égide biopolítica, apresentada em seu caráter incontornável - ao mesmo tempo em que des-identifica os sujeitos, assume outros modos de codificá-los -, entendo que o documento também permite que os movimentos de mulheres, os movimentos feministas e suas lutas encontrem no I PMPM algumas de suas reivindicações materializadas, produzindo de rasuras nas políticas de saúde da mulher.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como evidenciei na introdução desse texto, procurei fazer notar, a partir de conceitos foucaultianos como governamentalidade e biopolítica, a ingerência do estado na regularização da saúde da mulher a partir de políticas públicas que funcionam como táticas de governo na forma de controle da população.

Para isso, analisei alguns enunciados do I PMPM de Florianópolis no eixo saúde, já que como apontou Bernardes (2011) as políticas públicas são práticas de significação, pois trazem, em si mesmas, conjuntos de sentidos que justificam as próprias estratégias de poder, na medida em que a objetivam-se determinados grupos da população através de normas de regulação.

Percebo, nas rápidas análises tecidas, que embora o IPMPM pretenda se consolidar como uma política pública embasada no conceito gênero, quando se trata da saúde, esse conceito ainda opera em uma perspectiva normativa. No entanto, afirmar que as políticas públicas – nesse ensaio, o I PMPM, estão ancoradas em uma perspectiva biopolítica, não significa que elas não sejam fundamentais e não cumpram com o intuito de assegurar direitos a sujeitos que estão nas margens da sociedade, entretanto, é importante evidenciar que aquilo que seria um mecanismo para uniformizar direitos e suportes sociais pode acabar por criar e recrudescer diferenças de acesso ao direito e aos suportes sociais, uma diferença mais marcada pelo racismo de estado do que pela alteridade dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes*, 2004.

BUTTURI JUNIOR, A.; LARA, C.A. As narrativas de si e a produção da memória na campanha O cartaz HIV Positivo. *Linguagem em (dis)curso* (on-line), Tubarão, v. 18, 2018a. p. 393-411. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1518-76322018000200393&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-76322018000200393&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 9 maio 2019.

BUTTURI JUNIOR, A.; LARA, C.A. Biopolítica, direitos humanos e resistências: uma análise comparativa das políticas públicas de saúde para a população LGBT em Florianópolis-SC. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, v. 27, 2018b. p. 645-674. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-18132018000200645&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-18132018000200645&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 9 maio 2019.

BUTLER, J. *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CAMPBELL, Carole A. *Women, families and HIV/AIDS: A sociological perspective on the epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. *Ciência & saúde coletiva*, v. 9, n. 2, 2004.

CASTRO, E. O governo da vida. *Ecopolítica*, n. 3, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/11391>. Acesso em 06 jan. 2018.

DARDOT, P; LAVAL, C. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Trad. Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo.

DE MEDEIROS, P. F.; DE FÁTIMA GUARESCHI, N. M. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estudos Feministas*, p. 31-48, 2009. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/24327577?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/24327577?seq=1#page_scan_tab_contents) Acesso em 08 set. 2018.

DE SOUZA PHILIPPI, J. M. Políticas de saúde da mulher no Brasil – história e evolução. In: RIAL, Carmen Sílvia Moraes; PEDRO, Joana Maria; AREND, Silvia Maria Fávero. *Diversidades: dimensões de gênero e sexualidade*. Editora Mulheres, 2010.

- FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos feministas*, v. 12, n. 1, p. 47, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692>. Acesso em 12 set. 2018
- FARHINETO, L. *Biopolítica em Foucault*. Florianópolis, 2007. 1v. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PFIL0074-D.pdf>. Acesso em 15 out. 2017
- FASSIN, Didier. La biopolitique n'est pas une politique de la vie. *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n° 2, 2006, p. 35-48.
- FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde –construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.
- FLORIANÓPOLIS. *I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres*. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/opm/plano-mulher-florianopolis>> 2010. Acesso em: 06 jan. 2018.
- FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 19.ed. Tradução Maria Thereza Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade* - curso no Collège de France, 1975-1976. Tradução Maria Ermantina Galvão. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- KANTOVISKI, A. L. L.; DA COSTA VARGENS, O. M. O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 567-70, 2010.
- LOURO, Guacira Lopes. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Autêntica, 2007.
- MALUF, S. W. Sofrimento, 'saúde mental' e medicamentos: regimes de subjetivação e tecnologias de gênero. In: TORNQUIST, C.S. et al. *Leituras de resistência: corpo, violência e poder. Florianópolis: Mulheres*, v. 2, p. 81-103, 2009.
- MEYER, D. Corpo, saúde e gênero: fragmentos de histórias sobre corpos e vidas maternas. In: TORNQUIST, C.S. et al. *Leituras de resistência: corpo, violência e poder. Florianópolis: Mulheres*, v. 2, p. 81-103, 2009.
- ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.8, n°14, p. 9-20, 2004.
- PATTON, C. *Last served? Gendering the HIV pandemic*. London: Taylor & Francis, 1994.
- PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. *Revista Eletrônica de Investigación y Docencia (REID)*, Número Monográfico, October, p. 121-133, 2011.
- SHORE, C. WRIGHT, S. *Anthropology of policy: Perspectives on governance and power*, New York: Routledge, 1997.



Recebido em 24/07/2023. Aceito em 20/12/2023.