



SAÚDE É SÓ PARA A MULHER MÃE: AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM QUESTÃO

Marcia Cristina Gonçalves de Oliveira Frassão¹

A morte materna traz consigo perda, orfandade, desagregação da família e facilita o (des) caminho para a violência.²

Durante um longo período da história da família, a maternagem foi pensada como intrinsecamente relacionada à maternidade, como função feminina por excelência, concernente à natureza da mulher, atrelado à capacidade de dar a luz e amamentar. Através de revisões históricas seguindo os estudos de ARIÈS (1981), BADINTER (1980), CHODOROW (1990), DONZELOT (1986), a exaltação do amor materno é fato relativamente recente, mito construído através dos discursos filosóficos, médicos, políticos a partir do século XVIII.

Na história observamos a desvalorização dada à maternidade em toda a Idade Média, com ênfase no poder paterno. A partir do século XVIII e principalmente no século XIX a devoção e a presença vigilante da mãe surgem como valores essenciais. Há uma valorização da mulher mãe, a rainha do lar, dotada de poder desde que não transcendesse o domínio doméstico. O médico, com a ajuda da mãe, garante seu prestígio e legitima um saber, masculino, que por sua vez dá um “lugar” para a mulher de status de mãe, nutriz, protetora e cuidadora do corpo infantil, mas que precisa de monitoramento, médico, masculino.

Aqui neste momento da história, onde a mulher é convocada a ser mãe, considero necessária a discussão do paradigma que “fertilidade é coisa do feminino”, para depois tecermos algumas considerações sobre a política de saúde para efetivar práticas de controle sobre o corpo da mulher mãe. HÉRITIER (2004) antropóloga, traz para a discussão a queda do número de crianças, por mulheres, no mundo inteiro desde 1950, mesmo que, na Europa, cerca da metade das mulheres, não têm ainda acesso aos métodos contraceptivos eficazes. E quando elas tiverem acesso a esses métodos? Podemos dizer então que o controle da procriação está nas mãos das mulheres? Sendo dada a mulher a possibilidade da fecundidade, esta última dever ser manobrada, controlada, fundamentada nos discursos políticos, médicos, isto é discursos masculinos.

¹ Professora do Departamento de Psicologia e pesquisadora do Núcleo de Estudos de Gênero da Universidade Federal do Paraná. mfrassao@yahoo.com.br

² NASCIMENTO, Dênis José (et al) co-autores RÉC, Alvaro. (et al). *Protocolo de emergências e urgências em obstetrícia das maternidades vinculadas ao Programa Mãe-Curitiba*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.



Como estratégias do Estado, tornaram-se objetos de intervenção e estudo o corpo, a sexualidade e a reprodução, o trabalho de MARTINS (2004)³ traz a discussão desse corpo feminino fixado num campo de discussão política, científica, identificando os marcos que orientam os elementos ideológicos desses discursos, a obstetrícia, a ginecologia, os médicos de senhoras. Nesta perspectiva encontramos também o trabalho de ORLANDI (1985)⁴ que discute os programas oficiais materno infantis, fundamentando suas discussões nas instituições legitimadas em sua ação ideológica no trabalho com mulheres/mães e seus filhos: a puericultura, os consultórios de pediatria, as maternidades, programas de aleitamento, no processo de conservação do corpo da criança, através dos cuidados maternos. A ordem médica tomando a família como instância de medicalização, que conforme COSTA (1989) se acreditava que os cuidados na infância eram determinantes de suas qualidades corporais e morais quando adulto, sua virtualidade.

Da mesma forma, a metáfora materna surge nas discussões feministas como uma das formas mais evidentes de medir o progresso nas discussões da biologia e o corpo feminino, pois a maternidade passa a ser vista como um dos pilares da dominação patriarcal e marca da identidade feminina. Como sugere Braidotti (1997) para situar como o corpo aqui é percebido:

O “corpo” é, mais exatamente, para ser pensado como ponto de interseção, como a interface entre o biológico e o social, ou seja, entre o campo sociopolítico da microfísica do poder e a dimensão subjetiva... Essa visão implica que o sujeito está sujeito a seu próprio inconsciente; o conceito mobilizador de “desejo” é precisamente aquilo que reinstaura o ser para os muitos “outros” que constituem a realidade “externa” dele.⁵

Numa perspectiva de discussão de análise de categoria gênero SCOTT (1994)⁶ afirma que gênero, seguindo orientação de Foucault, seria o saber produzido pelas culturas e sociedades, firmadas na relações sociais. Os significados são criados a partir de forças, numa teia de relações de poder onde somos capturados. Aqui há uma vinculação entre saber e poder, onde as hierarquias de gênero são construídas e legitimadas ao longo do tempo e em contextos diversos.

É nesse campo de dados históricos e concepção de modernidade sobre o corpo mulher/mãe que proponho discutir os programas da prefeitura do município de Curitiba que trabalham com a saúde da mulher, mais especificamente os programas: atenção ao pré-natal, parto e puerpério, através do Programa Mãe-Curitibana; o programa de Planejamento Familiar e Risco reprodutivo; prevenção do câncer de colo uterino e mama através do Programa Viva Mulher; e atenção à mulher

³ MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do Feminino: A Medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2004.

⁴ ORLANDI, Orlando. *Teoria e Prática do Amor à Criança. Introdução à Pediatria Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

⁵ BRAIDOTTI, Rose. A política da diferença In: BRENNAN, Teresa. (org.) *Para além do falo. Uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher*. Tradução Alice Xavier. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997, p.134.

⁶ SCOTT, Joan. Preface a *gender and politics of history*. *Cadernos Pagu*, nº 3, Campinas/SP, 1994.



vítima de violência, através do Programa Mulher de Verdade. Este último programa foi implantado a partir da promulgação da Lei Maria da Penha de 2006, que demarca um momento de investimento na saúde da mulher, porém não na lógica do corpo e maternidade como os outros, porém toda uma “maquinaria médica” de investigação e peritagem sobre o corpo da mulher vítima de violência. Desta forma este trabalho se fundamenta na discussão dos outros três programas que se intercambiam e localizam a discussão proposta: a mulher/mãe nas políticas de saúde.

As políticas públicas de saúde:

Os últimos dados do IPEA⁷, apresentados no Seminário Estadual 4º Relatório Nacional dos ODMs, realizado no mês de junho de 2010 na cidade de Curitiba, apresenta que o grande desafio do Brasil, bem como do Estado do Paraná é a diminuição da mortalidade materna. Neste mesmo relatório os dados que são apresentados sobre o Estado do Paraná apresentam uma redução da mortalidade materna no período entre 1990 e 2008 de 54,6% de 105 para 47,7 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. Esses dados são apresentados numa matéria publicada pelo jornal Gazeta do Povo⁸, com o tema: *Morte materna é preocupante*, onde os responsáveis pelo monitoramento dos dados no Estado do Paraná, Orbis⁹, apontam que a subnotificação da morte da mulher durante a gravidez, o parto e pós-parto é um dos principais entraves para a melhoria das intervenções do Estado no combate das causas de morte materna. Da mesma forma apontam que os indicadores crescentes de mães adolescentes e a preferência pela cesariana, favorecem o alto índice de morte entre as adolescentes e que a modalidade cesariana expõe a mãe e o bebê a mais riscos de lesões acidentais, reações à anestesia, infecções e óbitos do que o parto normal.

Implantado em março de 1999, o programa Mãe-Curitiba (BOJA JIMENES, 2005) tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, garantia de acesso ao parto, consulta puerperal precoce, pontos que objetivam a detecção de possíveis complicações durante a gestação e o estímulo ao aleitamento materno. O paradigma da humanização se apresenta como um dos eixos que norteiam a filosofia de entendimento do programa, tomando como justificativa desse processo de humanização seu componente natural e que visa minimizar riscos e sofrimentos às mães e seus bebês. Essa preocupação com a mortalidade materna e a saúde do bebê, já discutidas pelos autores

⁷ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- pesquisa sobre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs)-2010. Dentre os objetivos estão: acabar com a fome e a miséria; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre os sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças.

⁸ Gazeta do Povo- Curitiba, domingo, 13 de junho de 2010, p. 11.

⁹ Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade.



referendados anteriormente, fundamentada na preservação do corpo da criança e nas relações afetivas entre mães e filhos, são ampliadas para as intervenções nas relações sexuais entre marido e mulher, como no caso dos programas de planejamento familiar.

Inclui no programa a lógica de “etapas” a ser percorrida pela mulher constituído pelo pré-natal, o parto, assistência ao recém-nascido, puerpério e planejamento familiar. Esta última etapa é constituída de aconselhamentos, orientações e métodos de anticoncepção. Fazem parte desse processo atores que para além da própria mulher e seu bebê, encontramos transcritos atuações dos médicos (ginecologistas, obstetras e pediatras), enfermeiros/as, bem como agentes comunitários em saúde (ACS), sendo este último, em sua maioria a figura da mulher, que tem como função o monitoramento das gestantes, prestando orientação fora do ambiente de saúde.

O investimento na visão de “risco” é discutido por SILVA (2009) quando a noção de governamento¹⁰ opera no gerenciamento da família moderna, através de práticas de saúde, na tentativa de evitar uma série de riscos, direcionando para uma economia estatal, e que neste trabalho podemos demarcar a atuação junto às mulheres que apresentam elevado risco de complicações e probabilidade de óbitos durante a gravidez e parto. BUJES (2002) na discussão do conceito governamento de Foucault ressalta o conjunto de práticas, rotinas e de rituais institucionais, que “quando orientado por alguns princípios ou metas e balizado por um processo de reflexão, torna tais atividades governamentais, como nos explicou Foucault, pois o conecta com vários procedimentos e aparatos cuja finalidade é a de garantir que elas obtenham certos efeitos”. (BUJES, 2002, p. 79).

O programa Planejamento Familiar (BOZA JIMENEZ, 2005) é descrito como tendo eixo principal reduzir a gravidez indesejada ou de risco, diminuir o número de abortos provocados e melhorar a assistência às gestantes em geral e na população de risco reprodutivo. Um componente importante no programa é a caracterização de quem é a mulher de “risco reprodutivo” descrito nas seguintes categorias: 1- idade acima de 35 anos e menor de 16 anos; 2- escolaridade menor de 4º série do ensino fundamental; 3- antecedentes obstétricos desfavoráveis como aborto, mortes fetais e neonatais; 4- recém nascidos com baixo peso ao nascer, pré eclampsia, malformação congênita, trabalho de parto prematuro; 5- doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças renais e cardiopatias; 6- uso/abuso de drogas; 7- obesidade e desnutrição. Na lógica do “risco reprodutivo” o programa dá a possibilidade para a mulher que optar pela esterilização cirúrgica o encaminhamento aos serviços especializados para confirmação do risco e posterior realização do procedimento.

¹⁰ Conceito desenvolvido por Foucault, Michel. A governamentalidade. In: _____. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993, p. 277-293.



As formas modernas de racionalidade política construindo as tarefas dos governantes na supervisão e maximização das forças da sociedade permite formular e justificar a representação ideal da realidade, ou seja, do sujeito moderno. BUJES (2002), fazendo referência ao conceito de governamentalidade de Foucault, e utilizando a discussão de ROSE (1996) descreve.

A governamentalidade é tomada, por Foucault (1993), como um conjunto formado por instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas. Ela é composta por arranjos técnicos (notações, computações, avaliações, etc.), por uma conjugação de forças (legais, arquiteturas, financeiras, etc) e pela utilização de instrumentos (levantamentos, pesquisas, sistemas de treinamento, etc) que possibilitam a diferentes autoridades levar a efeito programas de governo que têm por finalidade regular não só as decisões, mas as ações individuais, grupais ou institucionais.¹¹

As instituições e os programas que atendem a mulher na lógica da saúde, fundamentadas em programas de prevenção e saúde reprodutiva, numa inscrição e captura do sujeito no jogo da cidadania, utilizam microtecnologias de constituição das subjetividades da mulher/mãe.

O programa Viva Mulher implantado em 1997 nas Unidades Básicas de Saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, realizam a promoção da saúde e prevenção, a “captação” das mulheres, a coleta do exame Papanicolau, a orientação para a realização do auto exame das mamas e a realização anual do exame clínico das mamas e outros meios diagnósticos.¹²

Aqui podemos tensionar os estudos das partes do corpo da mulher eleitas como representantes da mulher reprodutiva, a mãe. As questões das diferenças sexuais no discurso científico aparecem no trabalho de Schiebinger (1994), onde a historiadora demarca o gênero enquanto categoria social e analítica para o entendimento da organização da natureza e seus engendramentos políticos, principalmente considerando a mulher e as discussões das igualdades e diferenças. A ciência não cria o discurso da diferença, ela seleciona determinadas diferenças entre os seres humanos, plantas e animais. O discurso de gênero, enquanto embate político é o que cria o sexo. Os naturalistas, em suas classificações das plantas usam os conceitos sexuais, masculino e feminino, e suas hierarquias. O termo mamífero é pinçado pela autora, que num trabalho de rastreamento histórico cultural das representações do seio e sua importância política na naturalização da amamentação e conseqüentemente da maternidade, nos possibilita a compreensão de como o discurso científico, pautado nesta perspectiva, ainda ecoa em práticas atuais de políticas de saúde da mulher. O corpo da mulher é dissecado, catalogado, classificado, ele é diferente, está mais próximo da natureza. O corpo feminino passa a ser objeto de estudo, o século XVIII e XIX é invadido por artigos sobre a diferença sexual e os debates políticos aí se intensificam. .

¹¹ BUJES, Maria Isabel Edelweiss. *Infância e maquinarias*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p.80.

¹² CAMPOS, Elaine Aparecida Bernardi (et al) Programa Viva Mulher em Curitiba. Controle do câncer de mama e colo do útero. Curitiba, 2002.



Considerando os ideários da maternidade no final do século XVIII e início do século XIX, o útero, o ventre, a pélvis, peças fundamentais para fixar a mulher como o sexo perfeito para a procriação, amamentação, inferior ao homem, que é razão.

As discussões das diferenças sexuais firmadas nas identidades heterossexuais e suas práticas, bem como o Estado nesse movimento de iguais, não consideram as diferenças. Como pensar as políticas de saúde e o atendimento às mulheres homossexuais? Na literatura¹³ aparece a discussão sobre a evidência de fatores de risco de câncer de mama entre as mulheres homossexuais, bem como maior consumo de álcool, sobrepeso, nuliparidade(nunca engravidou) e baixa frequência de exames preventivos. Há evidências nesses estudos de que haja um menor número de realização de exames papanicolau na população de mulheres homossexuais comparada às heterossexuais. Outro dado que aparece com evidência é de que os profissionais de saúde solicitam menos a realização dos exames e que a população homossexual feminina procura os serviços quando surgem sérios problemas. Os dados que aparecem no Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas (2006, p.26) apontam que a não procura dos serviços de saúde situam a: “discriminação, despreparo dos profissionais para lidar com esses grupos, as dificuldades das mulheres com a questão de sua homossexualidade ou bissexualidade e a negação do risco”. Com relação a maternidade as mulheres lésbicas optam pela maternidade através do uso de tecnologias reprodutivas, com perfil fundamentada em mulheres brancas, classe média e com nível superior de escolaridade.

No Brasil¹⁴ os dados demonstram que a proporção de mulheres que fazem sexo com mulheres, que não acessaram serviços ginecológicos anualmente variou de 13% a 70%, e 3% a 7 % nunca receberam esse tipo de atendimento. Com relação às mulheres homossexuais que acessaram os serviços de saúde, metade não revelou sua orientação sexual, e dentre as que revelaram mais da metade relatam reações negativas, discriminatórias ou de surpresa por parte dos profissionais de saúde. Das que não revelaram sua orientação sexual o encaminhamento dos atendimentos percorreram a lógica da orientação heterossexual, sendo que algumas mulheres saíram com receitas de contraceptivos, indicação de preservativo masculino, encaminhamento para realização de teste de gravidez, com hipótese de diagnóstico associado à gravidez, porém praticando sexo exclusivamente com mulheres.

¹³ FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. Rede feminista de saúde. Rede Nacional feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Dossiê: Saúde das mulheres lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte, 2006.

¹⁴ BRASIL. Coordenação Nacional de DST-AIDS. In: Rede feminista de saúde. Rede Nacional feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Dossiê: Saúde das mulheres lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte, 2006.



As metodologias e a compreensão do que sejam os direitos sexuais e reprodutivos se apresentam como direitos reprodutivos heterossexuais, fazendo referência direta ao planejamento familiar, aos riscos e a necessidade de controle do Estado sobre as práticas sexuais que por ventura se apresentem “desviantes”.

O conceito de governamentalidade proposto por Foucault e que aqui está sendo discutido junto às práticas de saúde da mulher, nos faz pensar que não estamos falando de sujeitos que se subjetivam, mas de práticas que conduzem, enquadram, num amplo campo no interior do qual se articulam os fins e os meios adequados para governar.

Nesse cenário de políticas públicas de saúde onde a mulher é vista como capaz de gerir o seu sexo para evitar as doenças, os riscos, controlar as taxas de natalidade e planejar sua família, ela é convidada a manter constante vigilância sobre si mesma com o objetivo de identificar, tomar atitudes preventivas do que pode aparecer como “desvio” nas práticas sexuais. Ao gerir o sexo das mulheres através das práticas de saúde, não deixando sair da lógica que ela é mulher/mãe, se produz sujeitos autogovernáveis, participando da ordem social. Porém a capacidade de ser regulador de sua vida sexual, de evitar o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, de negociar o sexo seguro com o parceiro permite aos sujeitos interrogar-se sobre sua própria conduta, cuidar de si próprio.

Seguindo as discussões das feministas pós estruturalistas FLAX (1992) sugere que as feministas precisam desconstruir os significados que se dá a biologia/sexo/gênero/natureza. As diferenciações anatômicas do homem e da mulher é um fato descritivo, e que o corpo da mulher está sendo discutido através de discursos ocidentais masculinos, a questão é que, há muitos outros aspectos de nossa corporificação que são interessantes de serem estudadas, como a morte, os bebês, mas ainda estudamos as diferenças firmadas no sexo, na reprodução. Porém ela alerta que não podemos negar nossa anatomia e nossos sentimentos com relação a outras experiências corporificadas, tanto do homem como da mulher, dor, envelhecimento, prazeres não-sexuais entram nessa investida. Apesar de vivermos numa sociedade em que os homens têm mais poder do que as mulheres:

...deveríamos evitar ver as mulheres /nós mesmas como seres totalmente inocentes e passivos. Tal visão nos impede de constatar quais as áreas da vida em que as mulheres têm tido uma participação, em que estamos menos sujeitas à vontade do(s) outro (s), e em que algumas de nós têm e exercem poder sobre os outros (por exemplo, os privilégios diferenciais de raça, classe, preferência sexual, idade ou localização no sistema mundial).¹⁵

¹⁵ FLAX, Jane. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque. *Pós-modernismo e Política*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992, p. 248.



Essas discussões são atualizadas por Deleuze (2006) onde o autor coloca que as diferenças são discutidas como identidades, e isso parece um problema. Deleuze propõe uma filosofia baseada na diferença e não na identidade, e acrescenta que a filosofia da diferença tem por meta tirar a diferença do jugo da representação, lugar que a coloca como negação, deixar de vê-la como monstro, investindo numa filosofia das multiplicidades.

Discutir os programas de saúde da mulher no município de Curitiba não objetiva tomar posicionamentos a favor ou contra, pois eles foram tomados na análise dos discursos firmados nos protocolos que são publicados pela Secretária Municipal da Saúde, mas sim a partir de um recorte de como as práticas tidas como naturais sobre a mulher/mãe ainda se evidenciam apesar dos movimentos de tensionamento dessas verdades. Colocá-las sob suspeita na sua eficácia, seria a intenção maior, pois se acredita no sujeito transgressor desse movimento de forças na teia das relações humanas.

Bibliografia

- ARIÈS, Phillipe. *História Social da Criança e da Família*. 2 ed. Rio de Janeiro: Koogan S.A., 1981.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BRAIDOTTI, Rosi. A política da diferença In: BRENNAN, Teresa. (org.) *Para além do falo. Uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher*. Tradução Alice Xavier. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1997.
- BOZA JIMENEZ, E.G; KRADJDEN, M. L; SCHIOLZ UHLIG, R. F. (et al.) *Planejamento Familiar*. 3º Ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.
- _____. *Pré Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém Nascido*. 3º Ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.
- BUJES, Maria Isabel Edelweiss. *Infância e maquinarias*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- CAMPOS, Elaine Aparecida Bernardi (et al) Programa Viva Mulher em Curitiba. Controle do câncer de mama e colo do útero. Curitiba, 2002.
- CHODOROW, Nancy. *Psicanálise da Maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1990.
- COSTA, Jurandir Freire. *A ordem médica e norma familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.
- DELEUZE, Gilles. *Diferença e Repetição*. Trad. Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2006.



DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. Rede Nacional Feminista de Saúde de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Dossiê: Saúde das mulheres lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte, 2006.

FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. In: _____. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993, p. 277-293.

FLAX, Jane. Pós-modernismo e relações de gênero na teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque. *Pós-modernismo e Política*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992, p. 217-250.

HÉRITIER, Françoise. Janos de Duas Faces: Implicações conceituais da fertilidade feminina. In: Rial, C.S.M.; Toneli, M. J. F. *Genealogias do silêncio: feminismo e gênero*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2004.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

NASCIMENTO, Dênis José (et al) co-autores RÉC, Alvaro. (et al). *Protocolo de emergências e urgências em obstetrícia das maternidades vinculadas ao Programa Mãe-Curitiba*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

ORLANDI, Orlando. *Teoria e Prática do Amor à Criança*. Introdução à Pediatria Social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ROSE, Nikolas. Governing “advanced” liberal democracies. In: BARRY, Andrew; OSBORNE, Thomas; ROSE, Nikolas (ed.) *Foucault and political reason*. Chicago: The University of Chicago Press, 1996. P. 37-64.

SCHIEBINGER, Londa. Nature’s body. Sexual politics the making of modern science. Londres: Pandora, 1994.

SCOTT, Joan W. Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*, nº3, Campinas/SP, 1994.

SILVA, Mara Marisa. Gerenciamento da família: inclusão de todos numa política da saúde. In: LOPES, Maura Corcini; Hattge, Morgana Domênica (orgs.). *Inclusão Escolar*. Conjunto de práticas que governam. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p.89-105.