



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE COMUNICAÇÃO E EXPRESSÃO – CCE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA – PPGL

Bianca Franchini da Silva

**RELATOS DE SEGUNDA-FEIRA: OS DISCURSOS SOBRE AS/DAS MULHERES
CISGÊNERO E O DISPOSITIVO MICROPROTÉTICO DIU**

Florianópolis
2021

Bianca Franchini da Silva

**RELATOS DE SEGUNDA-FEIRA: OS DISCURSOS SOBRE AS/DAS MULHERES
CISGÊNERO E O DISPOSITIVO MICROPROTÉTICO DIU**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Linguística da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do título de Mestra em
Linguística.

Orientador: Prof. Dr. Atilio Butturi Junior

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Bianca Franchini da
Relatos de segunda-feira : os discursos sobre as/das
mulheres cisgênero e o dispositivo microprotético DIU /
Bianca Franchini da Silva ; orientador, Atilio Butturi
Junior, 2021.
326 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Comunicação e Expressão, Programa de Pós
Graduação em Linguística, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Linguística. 2. Biopolítica. 3. Dispositivo
Intrauterino DIU. 4. Tecnobiodiscursos. 5. Saúde
Reprodutiva das Mulheres. I. Junior, Atilio Butturi. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Linguística. III. Título.

Bianca Franchini da Silva

Relatos de segunda-feira: os discursos sobre as/das mulheres cisgênero e o dispositivo microprotético DIU

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Cristine Gorski Severo, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Miriam Pillar Grossi, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestra em Linguística.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL)

Prof. Atilio Butturi Junior, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2021.

Dedico estas páginas escritas às lutas de mulheres que transgridem e que se reconstroem.

AGRADECIMENTOS

Embora esta seção de agradecimentos esteja enquadrada à estrutura densa de gênero textual acadêmico e eu esteja alçada aos limites que as palavras me impõem, desfruto da oportunidade deste espaço para aproximá-lo mais de minha subjetividade e narrar a gratidão que tenho às pessoas que atravessam minha existência e que me transformam em cada miudeza. Se ao lado dos prazeres e dos desafios que sustentaram a presente pesquisa estive acompanhada de angústias, de introspecção, de pesares e de inseguranças, principalmente daquelas de uma emergência pandêmica intempestivamente piorada por um governo genocida, fui agraciada, acariciada e fortalecida pelas pessoas que menciono aqui.

As primeiras palavras de agradecimento se direcionam para aquele que, em grandiosidade, provoca em mim a mais pura admiração: Atilio. Você é pujante, é vibrante – digno dos elogios mais enérgicos! Meus agradecimentos a você são diários! Obrigada por tantos elogios (dos quais rio à toa, em deslumbramento, só de me lembrar – são inacreditáveis ainda). Todo o processo desta pesquisa ficou mais bonito na companhia de sua orientação, de suas palavras, de suas leituras, de sua amizade. Se termino esta pesquisa com satisfação é por enxergar nela a sua presença. E eu nem cogitaria um doutorado sem você. Avante!

Por quem eu brado amor e as mais profundas e lindas emoções, dedico palavras despreziosas que não chegam nem perto de alcançar tamanha gratidão: à minha mãe, Grácia, que é batalhadora (de nós), que é graciosa e esplêndida e por quem cultivo todo tipo de ternura; ao meu pai, João, que é meu grude, meu artista e com quem aprendi o mais enfático significado de carinho; à minha irmã, melhor amiga e parceira de militâncias, Grazielle, que é intensa, que é quatro estações em um dia e que me renova de ponta a ponta; e, ao meu irmão, João Gabriel, que admiro tanto (que chega a formar as memoráveis “pocinhas” em meus olhos só de pensar). Obrigada por serem parte do que é mais íntimo de mim!

Agradeço, ainda, àqueles com quem compartilho momentos fraternais, de amor descomedido, que me inunda de serenidade: à bela Gabriela, que se tornou uma paixão, não só para a Grá, mas para mim também, que é compreensiva, amável e que calcula as palavras certas para me abrandar; ao humilde Júlio, que é dono de um coração enorme, que sempre se preocupa comigo e que ama satisfazer o prazer culinário de cada um (sorte a minha!); à bailarina Mariza, que é meiga e que aprecia as sutilezas das flores comigo; ao grande Igor, que é parceiro de boas risadas e que vai pagar muitos almoços para a família toda!

Sou grata ao meu parceiro de batalhas e travessias diárias, meu amor, meu bem, de toques sutis, com quem desbravarei horizontes: Yuri. Obrigada por cada instante de ouvido ao peito, ecoando o pulsar calmo de um coração tão bom; pelos incentivos que tanto me sustentam; pelas risadas tão gostosas; por, entre dias e noites saturados de estudos e de trabalhos, cada refeição ter sido um banquete. Você é doce. Você pratica desconstruções. Eu escreveria páginas para te celebrar!

Meus agradecimentos se destinam, ainda, às pessoas que eu tenho o privilégio de chamar de amigas e que me fazem cada dia mais feliz: Kimberli Sabino, que é um dos brindes do mestrado e com quem construo porvires deleitosos; Marina Dias, que compartilhou mais esta pesquisa e etapa comigo, de mãos dadas, de forma amável, respeitosa e leve; Dandara Monteiro, que se entrelaçou a mim, que me inunda de ternura e de confiança; João Júlio, que está comigo todos os dias, entre memes, desabafos e tramas que abrem sorrisos e que desafogam suspiros; Marina Degani, que é sereia de mim, que me enfeitiça a admirá-la, entre cantos e palavras certas; Débora Duarte, que é minha paixão e de quem guardo os abraços que me envolvem e que me preenchem de aconchego; e Dilciomar Junior, que será sempre meu melhor vizinho, não somente de porta, ao dividir comigo a vida penosa dos tempos em *cortiço*, mas vizinho de sinergias, que são nutridas de amabilidades, de planos e de compreensões.

Dirijo modestas palavras de gratidão e de admiração às professoras que compuseram a banca de qualificação desta pesquisa (e que aceitaram continuar na defesa), Cristine Gorski Severo e Miriam Pillar Grossi, por se dedicarem e contribuírem com apontamentos e com questionamentos na presente dissertação e por serem mulheres e pesquisadoras tão potentes com as quais estou tendo a honra de criar laços de aprendizagem e de afeto.

Tenho meus agradecimentos voltados, também, às pessoas integrantes dos grupos de pesquisa dos quais, honrosamente, faço parte: o *Estudos do Campo Discursivo* e o *Laboratório Interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão em sexualidades – AFRODITE*. Agradeço-as não somente por proporcionarem discussões socialmente urgentes, mas também por todo afeto transmitido virtualmente.

Digo *obrigada*, ainda, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de pesquisa concedida a mim, proporcionando-me a materialização de uma das maneiras pelas quais luto e me transformo: a pesquisa.

Minha gratidão, ainda, aos participantes que se voluntariaram para a presente pesquisa. Registro minha felicidade por ter conhecido mulheres deslumbrantes, em suas singularidades, com as quais criei bonitas ligações.

As novas tecnologias reprodutivas, as possibilidades de transgredir categorias e fronteiras sexuais, as articulações corpo-máquina a cada dia desestabilizam antigas certezas; implodem noções tradicionais de tempo, de espaço, de ‘realidade’; subvertem as formas de gerar, de nascer, de crescer, de amar e de morrer.

(LOURO, 2019)

RESUMO

De modo transdisciplinar, estimado pelos estudos do campo discursivo e pela Linguística Aplicada (LA) Contemporânea e fundamentada sob a mirada arqueogenealógica foucaultiana, esta pesquisa objetiva analisar os discursos produzidos sobre as/das mulheres cisgênero que inseriram (ou que pretendem inserir ou que tentaram e não conseguiram) o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre, especificamente. Para isso, metodologicamente, duas vias de análise, que se encontram e se deslocam, são traçadas. A primeira via percorre os discursos documentados das políticas públicas de saúde para mulheres (sobretudo, nacionais e, por vezes, municipais – de Florianópolis), de 1920 a 2019, que se direcionam para os direitos reprodutivos e as contracepções. Essas políticas são problematizadas enquanto dispositivos ambíguos que, ora podem ser positivadas pela visibilidade que dão às mulheres e a seus direitos, ora podem ser lidas como discursos médicos-científicos-jurídicos que respondem a estratégias de uma governamentalidade biopolítica e que produzem modos normativos de subjetivação. São considerados, ainda nessa via de análise, os deslocamentos discursivos das lutas feministas e de demais movimentos sociais e o açambarcamento de dispositivos (da pílula anticoncepcional, da sexualidade, de gênero, da maternidade e, também, do DIU). A segunda via, a partir de entrevistas semiestruturadas, analisa os discursos dos protagonistas da relação médico-enfermeiro-paciente. Como ponto de partida dessa via, o Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC), do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi selecionado, entendendo-o como um *microespaço*, e o *corpus* que compõe essa via é formado por um médico ginecologista-obstetra, por uma técnica em enfermagem e por 13 mulheres autodeclaradas cisgênero. Com as análises empreendidas e com as regularidades discursivas apontadas, defende-se o funcionamento do dispositivo *microprotético* DIU, que, em agonística, está alçado a efeitos de *liberdade*, de *natureza* e de *empoderamento* às mulheres que aderem a ele, ao mesmo tempo que produz, nelas, processos de objetivação e de subjetivação, os quais, na interface tecno-orgânica da era farmacopornográfica, engendram tecnocorpos e biocódigos de gênero, ambos efeitos tecnobiodiscursivos.

Palavras-chave: Biopolítica. Dispositivos. Tecnobiodiscursos. Saúde Reprodutiva das Mulheres. Dispositivo Intrauterino DIU.

ABSTRACT

In a transdisciplinary approach, modeled both by studies of the discursive field and Contemporary Applied Linguistics (AL) and based on the Foucaultian archaeo-genealogical perspective, this research aims to analyze the discourses produced about cisgender women who have had IUD insertion (as well as who either intend to have it done or who have tried it and failed) the copper Intrauterine Device (IUD) specifically. To this end, methodologically, two different approaches, which meet and move, are traced. The first route runs through the documented discourses of public health policies for women (mainly national and sometimes municipal – in Florianópolis), from 1920 to 2019, which address reproductive rights and contraception. These policies are problematized as ambiguous devices that, at times, can be positive by the visibility they give to women and their rights, and at times can be read as a medical-scientific-legal discourse that responds to strategies of biopolitical governmentality and that produces normative modes of subjectivation. Also considered in this approach are the discursive shifts of the feminist revolution and other social movements, as well as the hoarding of devices (the contraceptive pill, sexuality, gender, maternity, and also the IUD). The second approach, based on semi-structured interviews, analyzes the speeches of the protagonists of the doctor-nurse-patient relationship. As a starting point for this approach, the University Community Health Care Service (SASC), of the University Hospital (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), was selected, understanding it as a micro space, formed by a gynecologist-obstetrician, a nursing technician and 13 self-declared cisgender women. With the analyzes undertaken and the discursive regularities pointed out, the functioning of the IUD microprosthetic device is endorsed, which, in agonistic terms, emphasizes freedom, nature, and empowerment of women who adhere to it, while producing, in them, processes of objectification and subjectivation, which, in the techno-organic interface of the pharmacopornographic era, engender technobodies and gender bio codes, both technobiodiscursive effects.

Keywords: Biopolitics. Devices. Technobiodiscourses. Women's Reproductive Health. Intrauterine IUD Device.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A embalagem de Siblisma.	20
Figura 2 – Pôster – variedade de DIUs.	57
Figura 3 – Radiografias – úteros com alça C de Lippes.	58
Figura 4 – Martha Suplicy no quadro <i>Comportamento Sexual</i> – Programa TV MULHER.	64
Figura 5 – Livro <i>Dispositivo Intra-Uterino: aspetos éticos, médicos e jurídicos</i> – capa e contracapa.	83
Figura 6 – Página virtual da Prefeitura de Florianópolis – “SAÚDE DA MULHER”.	100
Figura 7 – Página virtual da Associação Nacional Pró-vida e Pró-família (PROVIDAFAMÍLIA).	116
Figura 8 – Estruturação Assistencial – HU/UFSC/EBSERH.	136
Figura 9 – Fachada HU – entrada lateral.	138
Figura 10 – Entrada lateral HU.	138
Figura 11 – Corredor principal – ao fundo, com porta aberta: o SASC.	139
Figura 12 – Porta azul – onde ficava o SASC.	140
Figura 13 – Carteira de Identificação do HU.	141
Figura 14 – Guichês do HU.	141
Figura 15 – Primeira publicação – chamada para entrevista – <i>Facebook</i>	147
Figura 16 – Segunda publicação – chamada para entrevista – <i>Instagram</i>	148
Figura 17 – Enquete para datas das entrevistas.	152

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Entrevistadas e participação na roda de conversa.	150
Quadro 2 – Entrevistadas e participação na roda de conversa.	151
Quadro 3 – Datas, entrevistadas, duração das entrevistas.	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAHU – Associação dos Amigos do HU
AISM – Atenção Integral à Saúde da Mulher
AMB – Articulação Mulher Brasileira
ACRJ – *Asian Communities for Reproductive Justice*
BEMFAM – Sociedade Civil Brasileira de Bem-Estar Familiar
CEPARH – Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos
CNPM – Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CMPPM – Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres
CPAIME – Centro de Pesquisas e Atendimento Integrada à Mulher e à Criança
CPMI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DIMED – Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos
DIU – Dispositivo Intrauterino
DOU – Diário Oficial da União
CCE – Centro de Comunicação e Expressão
CEAP – Centro de Articulação de Populações Marginalizadas
CIAM – Central de Incentivo ao Aleitamento Materno
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DNCr – Departamento Nacional da Criança
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA – Estados Unidos da América
FDA – *Food and Drug Administration*

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GAP – Grupos de Assessoria e Participação
GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa
GRID – *Gay-Related Immune Deficiency*
HE – Hospital de Ensino
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
LA – Linguística Aplicada
LAI – Lei de Acesso à Informação
LARC – *Long-Acting Reversible Contraception*
MES – Ministério da Educação e Saúde
MMFDH – Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MNU – Movimento Negro Unificado
MP – Medida Provisória
MUNIC – Pesquisa de Informações Básicas Municipais
NTC – Nova Tecnologia Contraceptiva
ONG – Organização Não Governamental
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAA – Programa de Ações Afirmativas
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PL – Projeto de Lei
PMPM – Plano Municipal de Políticas para as Mulheres
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PPA – Plano Plurianual

PPFA – *Planned Parenthood Federation of America*
PPGAR – Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PROVIDAFAMÍLIA – Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família
PSMI – Programa de Assistência Materno-Infantil
RedeSaúde – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAAD – Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades
SASC – Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária
SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM – Tensão Pré-Menstrual
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
Unicamp – Universidade de Campinas
UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	DELINEANDO A ARQUEOGENEALOGIA DOS DISCURSOS DO CORPO, DA SEXUALIDADE E DA CONTRACEPÇÃO DAS MULHERES.....	29
2.1	A MATERNIDADE COMO QUESTÃO DO ESTADO E O PRIMEIRO FEMINISMO NO BRASIL.....	33
2.2	A CONTRACEPÇÃO E SUA IRRUPÇÃO DISCURSIVA	48
2.3	SISTEMA ÚNICO, POLÍTICAS CENTRADAS E DISCURSOS DE GÊNERO .	76
3	A MATERIALIZAÇÃO DO DISPOSITIVO MICROPROTÉTICO DIU	123
3.1	HU/UFSC/EBSERH E SASC	131
3.1.1	O microespaço SASC	137
3.2	O TRAJETO EM PROJETO E OS DESLOCAMENTOS	143
3.3	O OLHAR DO OUTRO	153
3.3.1	“[...] o negócio sempre acaba no médico”	155
3.3.2	“[...] relatos de segunda-feira”	185
3.4	A CORPORALIDADE DO/COM O DISPOSITIVO MICROPROTÉTICO DIU	202
3.4.1	<i>Ser mulher</i> e os biocódigos de gênero.....	210
3.4.2	A resistência ao controle microfísico da pílula e o desejo pelo dispositivo <i>liberógeno</i> DIU	219
3.4.3	Um dispositivo pouco “familiar”	244
3.4.4	A proliferação do discurso clínico	253
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	263
	REFERÊNCIAS	269
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	288
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO	295
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ENTREVISTAS – MÉDICO E TÉCNICA EM ENFERMEGEM	296

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RODA DE CONVERSA – ENTREVISTADAS SASC	301
ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RODA DE CONVERSA – ENTREVISTADAS FORA DO SASC.....	305
ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENTREVISTA – ENTREVISTADAS DO SASC	309
ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENTREVISTA – ENTREVISTADAS FORA DO SASC.....	313
APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – MÉDICO	317
APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – TÉCNICA EM ENFERMAGEM.....	320
APÊNDICE C – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – MULHERES.....	323

1 INTRODUÇÃO

*um útero é do tamanho de um punho
 num útero cabem cadeiras
 todos os médicos couberam num útero
 o que não é pouco
 uma pessoa já coube num útero
 não cabe num punho
 quero dizer, cabe
 se a mão estiver aberta
 o que não implica gênero
 degeneração ou generosidade
 ter alguém na palma da mão
 conhecer como a palma da mão
 conhecer os dois, um sobre a outra
 quem pode dizer que conhece alguém
 quem pode dizer que conhece a degeneração
 quem pode dizer que conhece a generosidade
 só alguém que sentiu tudo isso
 no osso, o que é uma maneira de dizer
 a não ser que esteja reumático
 ou o osso esteja exposto [...]*

*quem pode dizer tenho um útero (o médico)
 quem pode dizer que funciona (o médico)
 i midici
 o medo de que não funcione
 para que serve um útero quando não se faz filhos
 para quê
 [...]*

(FREITAS, 2017, p. 59)

Tento fugir, no início desta dissertação – ainda que com forças alçadas ao meu corpo –, de qualquer hesitação para escrever sobre mim. Tenho consciência da incompletude do meu narrar. Sei que os limites de narrar a mim mesma estão sublinhados pela encenação e pela repetição de uma *ação performativa* (BUTLER, 2017). “Desse modo, a história que conto de mim mesma, destacando o ‘eu’ que sou e inserindo-o nas sequências relevantes de uma coisa chamada ‘minha vida’, deixa de relatar a mim mesma no momento em que apareço” (BUTLER, 2017, p. 89, grifos da autora). A incompletude de relatar a mim mesma se resume à minha permanência em uma *estrutura de interpelação* (BUTLER, 2017) – em que sou interpelada e interpelante – e, ainda, em que sou atravessada pela linguagem e ancorada às relações e aos compartilhamentos com o(s) outro(s) e aos dispositivos de saber-poder, resultando na exposição de discursos – em uma *posição de sujeito* (FOUCAULT, 1992 [1969]) – de uma subjetividade performática e de um corpo sempre enquadrado.

Vou à minha memória em busca das pistas para o objeto desta pesquisa, o corpo tecnobiodiscursivo das mulheres e sua relação com os métodos contraceptivos. É no jogo enunciativo da memória – e da produção subjetiva e genérica que ela sustenta – que me lanço ao dia em que conheci, por assim dizer, minha menarca. Foi em um final de semana, no ano de

2006, com 13 anos de idade, que, em meio a desconforto na coluna e uma pressão na parte abaixo do umbigo, mais uma marca de subjetivação surgiu. A partir desse dia, passei a experimentar extensões de sensações e de sentimentos, mas imbuídos a uma imagem que hibridiza fragilidade e força. Passei a ter a convivência, por vários dias de um único mês, com as instabilidades e com os desconhecimentos do meu próprio corpo. Além das dores de cabeça (que, na época, sempre as associava à minha visão e ao excesso de leituras – meu aliado), passei, também, a ter a companhia da afamada dor das cólicas menstruais. Ser acometida por elas era o bastante para me impedir de qualquer outra atividade. Confinava-me em casa e buscava, diante de tanta algia, a qualquer custo, o conforto – por vezes, dopando-me.

Fazendo parte desse novo regime, mesmo que não fosse o meu desejo, nessa conjectural transição entre *infância*, *adolescência* e *maior idade*, o meu corpo passou a ser mais encoberto. Não que eu tivesse total discernimento, mas tenho a lembrança de que me causava estranhamento e incômodo o ocultamento ao qual meu corpo estava fadado, não somente aos homens da minha família ou às relações em outras esferas sociais, mas de mim mesma. Dentre tantas manifestações desse encobrimento, uma que posso elucidar são as blusas amarradas à cintura que eram parte do novo visual para esconder o sangue e, de quebra, para me esconder dos olhares insistentes e estratégicos masculinos – normalmente, acrescidos aos gestos, aos toques e às verbalizações.

Somada a essa negação de não querer sentir e de não querer ver/ser vista, não queria me abster em saber como as pessoas conviviam (aparentemente) bem com tudo isso. Assim, de mãos dadas à minha mãe, fui ao encontro da *minha* primeira médica ginecologista-obstetra. Aprendi que minhas cólicas menstruais seriam rescindidas com o uso do anticoncepcional, e, em 2008, passei a acordar e a fazer essa ingestão. Era o ritual matinal de desligar o despertador, espreguiçar, sentar-me na cama, e o copo de água, na mesa de cabeceira, era finalizado com um gole banhado de hormônio sintético. As cólicas menstruais não me visitavam e não me controlavam mais. Via-me desfilar sobre dias faceiros! Não pela bem-aventurada anticoncepção (nos primeiros anos), mas por me proporcionar míseros três dias de sangramentos, com calendário infalível de um “suposto ciclo menstrual” e por me fazer carregar o orgulho de ser parte de um decoro de tabu menstrual. Além disso, sob a corrente de discursos da síndrome de tensão pré-menstrual (TPM), acreditava piamente não ser acometida por essa famigerada. Ganhar peso também não foi uma reação que se manifestou em mim, apesar de amigas explanarem esse amedrontamento. Fazendo parte do *kit*, alentava-me saber que, pelos relatos médicos, eu estava *protegida contra os cânceres uterinos, ovarianos e entéricos*.

Após um ano de uso, mais ou menos, em ocasiões dispersas, era dominada por fortes cólicas e por distensão/aumento do volume abdominal. Eram irremediáveis dores, conduzindo-me, sempre, a emergências hospitalares, sendo, muitas vezes, carregada nos braços por quem me levasse. Foram dias, noites e madrugadas em diferentes hospitais, sendo apalpada, apertada, examinada, quase revirada, e nada. Minha urina alertava a existência de algum desequilíbrio, mas nenhum outro exame confirmava qualquer causa. Por duas vezes, quase retiraram meu apêndice, mas, de última hora, impediram. Em uma das minhas idas à emergência, nas meditações nos corredores hospitalares, eu estava a uma parede de distância de uma mulher, com seus trinta e poucos anos, que acabara de sofrer um acidente vascular encefálico. As conversas dos médicos e das enfermeiras ressoavam por entre as frestas: a mulher estava ali porque fazia uso de anticoncepcional há mais de dez anos. Minutos depois, fiquei sabendo de mais uma vítima com o mesmo perfil da primeira. Saí de mais uma maratona de exames, sem respostas, mas com um novo alerta cicatrizado em mim.

Como se não bastassem essas dores desconhecidas, durante anos, mesmo que sendo uma praticante ávida e deleitosa de atividades físicas, de diferentes tipos (musculação, Yoga, ciclismo, corrida, enfim), mais um mal se despertava. Ao caminhar, a começar pelas articulações, minhas pernas doíam e se avermelhavam até o ponto de me deixar sem ar. Somente me sentando, levantando-as e respirando fundo, conseguia retomar as atividades. Isso me incomodava muito. Não podia ser “normal”, com pouco mais de vinte anos de idade, eu ter esse tipo de dor. Comecei a estudar, minuciosamente, iniciando pela possibilidade de má circulação sanguínea. Tanto as buscas quanto as redes sociais orientaram-me a um foco de investigação: o uso da pílula anticoncepcional. Uma das páginas de que me recordo ter visto foi a *Vítimas de anticoncepcionais. Unidas a favor da Vida*, com publicações e com comentários de narrativas pessoais com os quais me identifiquei. Nessas leituras, as dores na cabeça, no abdômen e nas pernas se associaram ao consumo de compostos hormonais. Como um relâmpago de informações, estive diante de uma lucidez que me mostrava o quão submerso o meu corpo foi assentado. Vi-me na presença de mais um esclarecimento: nas pausas de quatro dias da pílula Siblisma (combinação dos hormônios etinilestradiol e de gestodeno – conforme Figura 1), com 24 comprimidos, como uma espécie de abstinência, o pulsar e o latejar da minha cabeça controlavam todos os sentidos do meu corpo, e este investia forças com o único propósito de tentar expulsar, a qualquer custo e em qualquer saída, o que engendrava o meu mal.

Figura 1 – A embalagem de Sibluma.



Fonte: Costa (2017).

A cada reinício, a caixa de Sibluma era aberta também com uma automatização das minhas ações. Além da cartela de comprimidos, resguardada em mais uma embalagem que eu tratava de abrir com os dentes, uma folha com adesivos dos dias da semana compunha os apetrechos do medicamento. Descolar e colar, de acordo com o primeiro dia de ingestão, era o início da administração desse consumo. Cada dia, uma pílula. O adesivo não me deixava esquecer. Já estava desgostosa dessa autovigilância diária, de engolir o que me controlava, de programar as minhas ações, de ter uma *biocamuflagem* do meu ciclo e de ser uma *tecnomulher* produzida *farmacopornograficamente* (PRECIADO, 2018).

A partir de 2012, já na UFSC, uma série de deslocamentos foram acontecendo, sobretudo na minha relação com outras mulheres, de diferentes cursos universitários; além de exprimirem seus depoimentos (repletos de outras marcas subjetivas), aconselhavam-me a buscar diferentes métodos contraceptivos. Com elas e com as (suas e de outras mulheres) redes sociais, fiquei exposta a outro mundo de discursos e a outras práticas corporais. Contudo, por estar em um relacionamento – que eu relacionava aos discursos heterocisnormativos da normalidade e da “seriedade” – e pelos enunciados de segurança que vinculavam porcentagem baixa de gravidez e uso da pílula, eu permanecia cingida à pílula.

Nesse entremeio, conheci um método que aparecia, nos discursos, como mais eficaz: o Dispositivo Intrauterino (DIU).

Em 2015, fui em busca da profissional na qual eu detinha confiança e quem me alentava. Como em uma colisão, fui desmotivada pela minha ginecologista, similarmente às outras vezes em que a procurei, com o discurso de que o anticoncepcional não poderia estar associado às minhas mazelas, e que eu era afortunada por ter *um ciclo regular*, por ter a *pele boa*, por não ter *cólicas menstruais*, por *não ter escapes* e por *não engravidar*. Por isso, também, não precisaria fazer a troca para o DIU. Contudo, carregada de questionamentos, confortável com minhas leituras e motivada ao enfrentamento, como em um interrogatório, a própria médica confessou que usava o DIU há anos. À mercê da injunção biomédica, porém, busquei outros(as) profissionais.

Tendo em mãos a carteirinha do Sistema Único de Saúde (SUS) e sendo universitária, conheci o Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC) e a possibilidade de fazer a inserção do DIU nesse local. Atingi um ponto que meu caso foi colocado como sendo de caráter emergencial, e, após oito anos ingerindo a mesma pílula, em 27 de abril de 2016, abandonei-a e fiz a inserção do DIU no Hospital Universitário (HU) da UFSC, sendo acompanhada, anterior e posteriormente, pelo médico ginecologista-obstetra do SASC. Não demorou muito para perceber um corpo diferenciado: libido e prazeres que eu definitivamente não havia experimentado anteriormente.

Em uma de minhas idas ao acompanhamento, em meados de 2018, contudo, instigou-me o cartaz no mural da recepção que anunciava: “O SASC não faz mais a inserção do DIU”. Como isso poderia ser possível? Pois, desde 2001, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – tendo como base o artigo primeiro da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar (BRASIL, 1996) – estabelece que o SUS deve garantir à população, como métodos contraceptivos, as pílulas anticoncepcionais regulares, as pílulas do dia seguinte, os anticoncepcionais injetáveis, o diafragma, o DIU de cobre e os preservativos masculino e feminino.

Na informalidade da relação que construí com meu médico, descobri que uma das causas dessa renúncia à inserção seria motivada pelos discursos construídos, na relação médico(a)-enfermeiro(a)-paciente, sobre as mulheres que optavam por essa contracepção. Um exemplo desses discursos: a promiscuidade. Atrelado à minha trajetória, foi dessa maneira, que o interesse pelo objeto desta pesquisa se construiu, com os seguintes questionamentos: *Quais são as verdades sobre as relações entre o corpo das mulheres, a anticoncepção e os direitos*

reprodutivos que estavam e que estão em jogo? Por que as informações disponíveis para as mulheres sobre anticoncepção são restritas? Por que as mulheres não conhecem outros métodos de contraceção, para além da pílula anticoncepcional? Se conhecem, por que têm dificuldade ou são impedidas de fazer suas próprias escolhas?

Volto-me aos discursos contemporâneos, para os quais há uma polivalência tática (FOUCAULT, 2017 [1976]) nessa modalidade de governo dos corpos das mulheres: se, por um lado, o anticoncepcional é considerado uma pílula que dá liberdade às mulheres, por outro lado, essa liberdade acabou impondo a elas, através da medicalização do corpo e de outras marcas de sujeição, a inserção num *dispositivo* de controle do *corpo feminino* (LEAL; BAKKER, 2017). Um dispositivo de controle microfísico, ainda, que está materializado na forma de um *panóptico ingerível* (PRECIADO, 2018).

Diante do controle, ainda aparecem outros discursos nesse regime de enunciados. Também polivalentes, eles recorrem à mitologia da natureza. De um lado, estabelecem uma luta cujo resultado seria um corpo livre de pílula anticoncepcional, um corpo “natural”, sem qualquer tipo de hormônios sintéticos. De outro, incorrem em um problema, qual seja, o de minorar a produção tecnológica dos gêneros. É nesse espaço, constitutivamente ambíguo, que aparece o DIU.

Nessa série de discursos e silenciamentos, os discursos estatísticos enunciam que, de acordo com o documento *Fecundidade e dinâmica da população brasileira*, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/ONU) – de dezembro de 2018, com dados de 1986, de 1996, de 2006 e de 2013¹ – o acesso aos métodos contraceptivos no Brasil, ainda que tenha aumentado, é deficiente. Além disso, mesmo que muitos deles estejam disponíveis, a esterilização feminina e a pílula anticoncepcional são os dois predominantes, naquela última data (UNFPA, 2018). Os “[...] injetáveis e hormonais (6,7%) representavam, portanto, mais de 50% do uso de contraceção no país” (UNFPA, 2018, p. 34). Esses discursos sustentam, também, que isso seria um indicativo de um “[...] provável problema na seleção dos métodos, visto que tratam-se de mulheres de distintos contextos sociais e regionais, idades e número de filhos nascidos vivos, além de serem métodos basicamente femininos” (UNFPA, 2018, p. 34). Mas, em relação ao uso de DIU, ainda que evidencie um aumento, de 1986 a 2013, o número neste último ano é muito baixo, de 1,8 % (UNFPA, 2018), podendo ser explicado por diferentes vias, mas com prevalência “[...] à carência de acesso a médicos ou a programas de planejamento

¹ Dados levantados a partir: do BEMFAM, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986 e 1996; do Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006; e do IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013.

reprodutivo, uma vez que é necessária intervenção médica para sua colocação e acompanhamento” (UNFPA, 2018, p. 34).

Após diversos países aprovarem e apoiarem o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), revelando que a saúde reprodutiva, os direitos individuais e o empoderamento das mulheres são pontos cruciais para que o desenvolvimento sustentável seja garantido (ONU Brasil, 2019), a UNFPA publicou, em abril de 2019, o Relatório *Situação da População Mundial 2019*. Nele, destaca que, desde sua fundação, em 1969, a UNFPA tem desvelado ganhos notáveis em saúde e em direitos sexuais e reprodutivos, mas que ainda há um vasto percurso a ser percorrido até que todas as pessoas possam se servir de seus direitos e de suas liberdades de decisão (UNFPA, 2019). Ou seja, há um número abundante de mulheres (mais de 200 milhões delas) que não têm acesso a informações sobre os contraceptivos modernos, muito menos aos serviços de saúde a esse respeito. A ideia é que os países redobrem esforços para atingir o que chamou de “três zeros”: zero necessidades de contracepção não atendidas; zero mortes maternas evitáveis; e zero violências ou práticas nocivas contra mulheres e meninas (UNFPA, 2019).

Como se observa, é o corpo e a subjetividade das mulheres que estão em disputa. No Brasil, ela se avoluma com o acontecimento da ascensão neopetencostal e da Nova Direita e se materializa em um esforço de mudar políticas públicas e de *pregar* valores morais, religiosos e conservadores. Com o início de um governo nesses moldes, em 2019, a Medida Provisória (MP) nº 870, de 01 de janeiro de 2019 – Convertida na Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019 (BRASIL, 2019c, 2019d) – é assinada pelo então presidente, e, nela, o que antes era *Ministério dos Direitos Humanos* passa a ser denominado *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*, aos comandos da Ministra Damares Alves. Interessa essa MP segundo as novas estratégias que respondem à urgência histórica em que a célula familiar é novamente valorizada, sendo ela o cerne (com eixos marido-mulher e pais-filhos) e o cristal do *dispositivo da sexualidade* (FOUCAULT, 2017 [1976]).

A produção da sexualidade é garantida pela família, sendo atravessada pelas dimensões jurídicas, médicas, econômicas e religiosas, investindo-se na produção de subjetividades de seus integrantes. E são as mulheres, nessa aliança, que são subjetivadas à garantia da salvação social, da firmeza da instituição familiar e da saúde dos filhos (FOUCAULT, 2017 [1976]). É nessa esteira de deslocamento que se defendeu, para o carnaval de 2020, a abstinência sexual para adolescentes como método de *preservação sexual* (DINIZ; CARINO, 2020), para evitar a gravidez na adolescência/a maternidade precoce. Se Debora

Diniz e Giselle Carino (2020), por um lado, anotam o binarismo de gênero sendo (re)materializado, por outro lado, descrevem o assentamento – no caminho das *fake news* e da “da novilíngua bolsonarista” (DINIZ; CARINO, 2020) – do “método de preservação sexual” pela abstinência como valor moral e religioso travestido de categoria científica – a qual é supervalorizada pelo imperialismo estadunidense. A ineficácia da abstinência como política pública tem “[...] uma série de dimensões da vida adolescente [que] caminham juntas: maiores taxas de gravidez adolescente, maiores riscos de adoecimento por infecções sexualmente transmissíveis, maiores taxas de aborto, maior abandono escolar e aumento da pobreza” (DINIZ; CARINO, 2020). Acrescento, em meio a esses discursos, que os *três zeros* da política da UNFPA são imergidos e que as políticas públicas nacionais de saúde, específicas para mulheres² e sua contracepção, são capturadas por essa robustez neopetencostal de alterá-las/anulá-las.

Diante dessa rede de práticas, tomadas como condição de emergência, o meu objetivo é analisar os discursos produzidos sobre as mulheres cisgênero que fazem (ou que pretendem fazer ou que tentaram fazer e não conseguiram) o uso especificamente do DIU de cobre, inclusive os discursos produzidos por elas. Essa análise, pensando-se na produção das mulheres, de seus direitos reprodutivos, de suas contracepções e de *suas liberdades*, está fundamentada, basicamente, nos conceitos foucaultianos de discurso, de biopolítica, governamentalidade e de dispositivo – este último conceito dialogado com o filósofo italiano Agamben (2014 [2005]) – e articulada aos estudos feministas e aos estudos de gênero. Aqui, parto de Margaret A. McLaren, em *Foucault, Feminismo e Subjetividade* (2016), para pensar essa aproximação dos conceitos foucaultianos (como, por exemplo, os discursos normativos, as relações de poder/resistências e de sujeito constituído, a noção de corpo) com os feminismos (ainda que a autora examine mais as feministas norte-americanas), e desfruto, também, da companhia de Teresa de Lauretis, em *A tecnologia do gênero* (1994), de Judith Butler, em *Problemas de Gênero* (2010), para conciliar os estudos feitos por Foucault para pensar os estudos de gênero,

² Às políticas públicas, farei o uso da palavra “mulheres”, no plural (quando forem direcionadas a estas), no decorrer desta dissertação. Apesar de muitas dessas políticas (e de estudos feitos sobre elas) utilizarem o singular (“mulher”), neste texto, colocarei em suspenso essa universalização, como uma forma de tentar abraçar as múltiplas identidades de mulheres. Assim como Louro (2019, p. 13), considero que somos sujeitos de identidades sociais múltiplas, transitórias e contingentes e, ainda, que “[...] identidades sexuais e de gênero (como todas as identidades sociais) têm o caráter fragmentado, instável, histórico e plural [...]”. Com isso dito, estou em conformidade com Butler (1998) que, deixando de utilizar a categoria “mulher”, usa “mulheres” com a pressuposição de que, assim, permite-se um lugar aberto e possível de ressignificações. Contudo, tenho consciência de que esse uso não quebra os discursos totalizantes com os quais as políticas públicas de saúde, em sua maioria, foram formuladas e não deixa de estar imbricado à binaridade de gênero (excluindo corpos considerados aquém às normas). Friso, nesta nota, a especificidade desse uso para as políticas públicas, mas, em outros pontos, também adiro ao uso do plural.

e de Paul Preciado, em *Testo Junkie* (2018), para problematizar a biopolítica do corpo na era farmacopornográfica.

De modo transdisciplinar³, no campo dos estudos do discurso, esta pesquisa está em confluência com uma linguagem que é problematizadora, que tem papéis social e político relevantes. Ou seja, a potência da presente pesquisa está na forma de pensar as dimensões da prática e do acontecimento, na maneira de “[...] interrogar a linguagem, não na direção a que ela remete, mas na dimensão que a produz” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 136), na ordem do campo dos saberes. Uma linguagem, ainda, que se configura como um dispositivo que produz subjetividades e formas de resistência e que está imersa na perspectiva da biopolítica e do biopoder foucaultianos.

Metodologicamente, organizo esta pesquisa em torno de duas partes de análise. **A primeira parte, de análise dos discursos documentados**, que se detém às políticas públicas de saúde voltadas para mulheres em âmbito nacional e municipal, publicadas entre os anos de 1920 a 2019, atendo-me aos direitos reprodutivos e aos métodos contraceptivos, com o intuito de averiguar essas políticas como dispositivos de saber/poder que produzem mulheres e suas sexualidades, através da caracterização desses sujeitos e da imposição de verdades a eles. **A segunda parte, de análise de entrevistas, a partir da pesquisa de campo**, que se detém a efetuar, além da observação dos participantes, entrevistas semiestruturadas com os protagonistas da relação médico(a)-enfermeiro(a)-paciente – atentando-se ao Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC), do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Darei passagem à voz a esses protagonistas, descrevendo: (i) os discursos do olhar médico sobre o outro/o paciente; (ii) os discursos de cuidado e de olhar clínico da enfermagem; e (iii) os discursos que emergem das narrativas de mulheres cisgênero⁴ que inseriram (ou que pretendem inserir ou que tentaram, mas não conseguiram inserir) o DIU de cobre.

³ A Linguística Aplicada Contemporânea é transdisciplinar e não se limita a uma disciplina, mas sim é considerada uma área de estudo e de produção de conhecimento que busca criar inteligibilidades sobre o que é contemporâneo com base nas (e com as) vozes que se encontram-na à margem; ou, como uma LA “transgressiva” (PENNYCOOK, 2006), que, vislumbrando a práxis em movimento e encarregando-se de uma abordagem mutável para questões da linguagem em contextos múltiplos, perscruta, de um lado, “[...] a urgência e as realidades do embate político”, e, de outro lado, “[...] a necessidade de questionar sempre [...] próprias pressuposições assim como as dos outros” (PENNYCOOK, 2006, p. 60).

⁴ Conforme está detalhado na subseção 3.2 desta dissertação, que descreve o trajeto realizado nesta pesquisa, o projeto inicial visava analisar os discursos não somente das mulheres cisgênero, mas também dos sujeitos que se autodeclararam homens transexuais. Em virtude de alguns contratemplos, para esta pesquisa, optei por fazer entrevistas somente com as mulheres cis, mas aponto: já há um projeto em andamento, também de minha autoria, para pesquisa com sujeitos trans sobre os discursos de saúde reprodutiva destes.

Foram traçadas algumas hipóteses iniciais para essas duas vias (que se encontram e que se deslocam mutuamente). Na primeira das duas vias, as políticas públicas de saúde das mulheres podem ser lidas como dispositivos ambíguos: que, por um lado, dão visibilidade às mulheres, são conquistas de direitos sociais sobre o próprio corpo, são garantias ao cuidado de suas saúde e referem-se, também, à construção de estratégias concretas para a promoção do cuidado de si; e que, por outro, são discursos médicos-científicos-jurídicos produzidos segundo estratégias de governo das populações pela vida (a governamentalidade biopolítica), são formas de produção de subjetivação que remetem a estigmas, a discursos moralizantes que circunscrevem suas práticas e que são construídas sob a remanência da perspectivas binária e heteronormativa e que exigem das mulheres um espaço de obediência e de confissão. Quanto à pesquisa de campo, a hipótese foi de um tensionamento e da produção de deslocamentos: os discursos dos(as) médicos(as) e enfermeiros(as) não se apoiam somente nas normas às quais estão vinculados, sendo estas as políticas públicas, mas fazem parte desse dispositivo ambíguo; por sua vez, os discursos das narrativas dos sujeitos que se autodeclarem mulheres cisgênero que inserem (ou que pretendem inserir ou que tentam mas não conseguem inserir) o DIU de cobre indicam movimentos de saída de outros dispositivos (como o anticoncepcional) para adesão ao *dispositivo* DIU. Este dispositivo que, se é um meio de *liberdade* às mulheres, tanto em relação às suas emancipações quanto no que diz respeito ao uso de hormônios, é também produtor de objetivações e subjetivações. Ou seja, aqui penso nessa polivalência tática, conforme Foucault (2008 [1979], p. 93, grifos do autor), no “[...] equívoco de todos esses dispositivos que poderíamos chamar de ‘liberógenos’*, de todos esses dispositivos destinados a produzir a liberdade e que, eventualmente, podem vir a produzir exatamente o inverso”. É na hipótese da polivalência tática dos discursos, que operam tanto de forma a promover a sujeição desses sujeitos e de criar identidades pouco maleáveis quanto de forma a provocar práticas de liberdade e de resistência, que me inscrevo.

Takeshita (2012), em *The Global Biopolitics of the IUD - How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies*, a partir, também, da exploração dos estudos biopolíticos de Foucault, defende que o DIU é uma *tecnologia politicamente versátil*, uma vez que esse método, segundo ela, faz muito mais do transformar o corpo material em um organismo temporariamente estéril, mas sim que: essa tecnologia é resultado (produto) de atividades discursivas e científicas que se acumularam em torno desse método nas últimas cinco décadas. Esse método sofreu reformulações tanto materiais quanto discursivas, visando a diferentes finalidades: se, de um lado, configura-se como uma tecnologia de controle de fertilidade de longa duração e reversível, mas tendo a possibilidade de causar desconforto, ter

efeitos colaterais debilitantes e provocar doenças graves e ameaças à vida; de outro lado, há o investimento de diversos grupos (Estado, indústria farmacêutica, organizações religiosas, ativistas feministas e não feministas) com diferentes discursos e práticas que atribuem significados díspares a essa intervenção tecnológica no corpo (TAKESHITA, 2012). A esse segundo ponto, a autora argumenta como as diferentes usuárias do DIU foram construídas e tecidas na rede biopolítica dele, envolvendo marcadores de raça, classe, nacionalidade, idade, número de filhos e práticas sociais (atribuindo às mulheres vários discursos de administração do corpo). De modo complementar às análises empreendidas pela autora, na presente pesquisa, tendo como base foucaultiana o conceito de dispositivo (e dialogando com escritos de Agamben) e a biopolítica agentiva de Paul Preciado (2018), de uma era farmacopornográfica, defendo que o DIU funciona como dispositivo *microprotético* DIU.

Sustentando-me pela análise genealógica, à medida que a investigação sobre o poder não se limita ao Estado (não havendo, pois, sinonímia), a escolha do SASC⁵, além de estar vinculada à minha trajetória, justifica-se por ser um espaço de nível micro. A *microfísica do poder*, denominada por Foucault (2016 [1977]), é esse deslocamento em que poder se materializa ao atingir a realidade concreta dos indivíduos – seus corpos – e se localiza no nível do corpo social (e não sobre ele) (MACHADO, 2016). O poder opera (e impera) em redes. Assim, enxergo o SASC como um *microespaço*, investigando seus “[...] procedimentos técnicos de poder que realizam um controle detalhado, minucioso do corpo – gestos atitudes, comportamentos, hábitos, discursos” (MACHADO, 2016, p. 14). Mais uma vez, a dicotomia de uma situação central (os deslocamentos da ordem estatal-familiar) para uma situação periférica (os discursos e as práticas que encontrei no campo)

[...] visa distinguir as grandes transformações do sistema estatal, as mudanças de regime político no nível dos mecanismos gerais e dos efeitos de conjunto e a mecânica do poder que se expande por toda a sociedade, assumindo as formas mais regionais e concretas, investindo em *instituições, tomando corpo em técnicas de dominação* (MACHADO, 2016, p. 14, grifos meus).

De modo a colocar em detalhes, em relação à segmentação deste texto, enquanto que, nesta primeira seção, fiz uma breve introdução da presente pesquisa, a segunda seção será destinada a delinear, de modo sucinto, os conceitos de discurso, de poder, de dispositivo, de

⁵ Como também é discorrido na subseção 3.2 do presente texto, o projeto inicial desta pesquisa sofreu uma pequena alteração: foram incluídas outras mulheres cisgênero que se interessaram em participar das entrevistas, que não fizeram a inserção do DIU no SASC ou que nem tiveram contato com este local. Contudo, prezei manter, ao menos, o recorte de serem (ou terem sido) estudantes universitárias da UFSC, de nível seja de graduação, de mestrado, seja de doutorado.

biopolítica e de governamentalidade, sob a égide da arqueogenealogia foucaultiana, para pensar o corpo, a sexualidade e a contracepção das mulheres, na primeira parte desta pesquisa que é a análise discursiva das políticas públicas. Assim, ainda nessa seção, na primeira subseção, proponho-me a descrever uma memória documental das políticas a partir do final do XIX, em que o sanitarismo e o higienismo, enquanto políticas de nação, recaem sobre as mulheres e atravessam um dispositivo da maternidade⁶ (ZIMERMANN, 2017). Essa descrição é permeada por outros deslocamentos, como o feminismo de *primeira onda*. Em outra subseção, destino-me a anotar a memória do anticoncepcional, a partir de 1960, e sua atuação enquanto dispositivo e panóptico ingerível e a rede discursiva atrelada aos métodos contraceptivos (incluindo o DIU), às políticas públicas e aos discursos feministas. A terceira subseção é para: continuar com o levantamento *monumental* das políticas públicas até o ano de 2019 e, com as políticas, entender o DIU de cobre enquanto *controle microprotético e biopolítico*. Na terceira seção, reservo o espaço para a segunda via de análise desta pesquisa (amarrada à primeira), em que analiso os enunciados das narrativas dos protagonistas da relação médico(a)-enfermeiro(a)-paciente (alguns, fazendo parte do *microespaço SASC*) a respeito do DIU de cobre e das mulheres que fazem (ou que desejam fazer ou que tentaram, mas não conseguiram fazer) o seu uso. Nas suas subseções, o seguinte caminho foi traçado: a descrição de pontos fundamentais para a construção e consolidação dos Hospitais Universitários (HUs) e, em especial, do que está inserido na UFSC, para, na sequência, retratar o microespaço SASC, a partir da minha aproximação; a apresentação do trajeto que foi estipulado inicialmente e que, ademais, sofreu deslocamentos; e o delineamento narrativo das entrevistas realizadas, apontando para possíveis regularidades que sustentam o funcionamento do dispositivo *microprotético* DIU.

Acrescento que as análises que compõem esta pesquisa constam no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, nº 25498519.7.0000.0121, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, no dia 26 de novembro de 2019, constante no Anexo A deste texto. Além disso, esta pesquisa se articula aos Grupos de Pesquisas dos quais faço parte: *Grupo de Estudos no Campo Discursivo e Laboratório Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão em sexualidades* (AFRODITE), ambos da UFSC e financiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

⁶ Falarei mais a respeito deste dispositivo no decorrer desta dissertação.

2 DELINEANDO A ARQUEOGENEALOGIA DOS DISCURSOS DO CORPO, DA SEXUALIDADE E DA CONTRACEPÇÃO DAS MULHERES

Como já especificado, esta pesquisa se destina a percorrer duas vias: a primeira etapa que compreende a análise dos discursos das políticas públicas de saúde para mulheres em âmbitos nacional e municipal, publicadas entre os anos de 1920 a 2019; e a segunda etapa que envolve a análise dos discursos de entrevistas semiestruturadas. Ao partir, primeiramente, dos documentos de políticas públicas de saúde para as mulheres, a perspectiva arqueogenealógica foucaultiana será adotada para compreender as relações que podem ser estabelecidas entre os discursos, em suas descontinuidades (atrelados ao enunciado – com suas regras de formação –, à dispersão da função enunciativa, às formações discursivas e às práticas discursivas), e a relação dessas políticas com a gestão biopolítica dessa população.

Volto meu olhar, de início, para a descontinuidade a que se propõe a análise foucaultiana de arquivo. Ou seja, com o anseio de ter uma posição nova sobre o documento, a análise documental se dará pela transformação dos “documentos” em “monumentos”. Foucault (2016 [1969], p. 08, grifos do autor), em *A arqueologia do saber*, explica que, por um lado, a história, “[...] em sua forma tradicional, se dispunha a memorizar os *monumentos* do passado, transformá-los em *documentos* e fazer falarem estes rastros que, por si mesmos, raramente são verbais”, ou seja, verificando o documento como uma “matéria inerte”, interpretando-o com inícios e com fins ou atribuindo-lhe valores expressivos e conteúdos empíricos. Por outro lado, a história mudou sua posição, para, trabalhando-o em seu interior e elaborando-o, mexer com o documento: “[...] ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, delimita elementos, define unidades, descreve relações” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 07-08).

Desse modo, intentando não mais analisar os documentos como uma linguagem de uma única voz, restituindo-os à dispersão e considerando-os em suas descontinuidades, encarregando-se de encontrar ordens e configurações do saber e, assim, fazer, com elas, experiências críticas e análises, Foucault (2016 [1969]), em sua positividade, propõe-se a, arqueologicamente, efetuar um projeto de uma “*descrição dos acontecimentos discursivos*” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 32, grifos do autor), ou seja, a análise dos discursos. Assim, descrever acontecimentos discursivos parte-se de uma unidade fundamental, sendo esta, para a arqueologia, o enunciado, ou seja, a unidade elementar do discurso. Resumidamente, isso seria a proposta de Foucault, “[...] uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades

possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 105).

Para interrogar as regras de formação dos enunciados, Foucault (2016 [1969], p. 96) conduz seus dizeres de acordo com a tarefa a que se dispôs a fazer que é “[...] ver se é mesmo do enunciado que se trata na análise das formações discursivas”. As formações discursivas pretendem “[...] deslindar o conjunto das relações tanto entre os elementos intradiscursivos quanto os exteriores ao discursivo” (BUTTURI JUNIOR, 2008, p. 147), já que é, no “plano do discurso” (FOUCAULT, 2016 [1969]), que tudo acontece. É a partir desse olhar na dispersão, que faz o trajeto entre o enunciado e a formação discursiva, que se pode colocar em prática a positividade em relação ao discurso. “Analisar uma formação discursiva é, pois, tratar um conjunto de performances verbais, no nível dos enunciados e da forma de positividade de que as caracteriza; ou, mais sucintamente, é definir o tipo de positividade de um discurso” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 153). O discurso é, além de ser constituído por um número limitado de enunciados, “[...] múltiplo como acontecimento e reiterável como materialidade estabilizável; disperso na complexidade do feixe de objetos, enunciações, conceitos e estratégias de que é constitutivo” (BUTTURI JUNIOR, 2008, p. 147); e é, “[...] de parte a parte, histórico – fragmento de história, unidade e descontinuidade de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade, e não de seu surgimento abrupto em meio às complicitades do tempo” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 142). Desse modo, as concepções arqueológicas são fundamentais para refletir sobre como ocorre a produção e a construção dos saberes registrados na história no que se refere à natureza do corpo para reforçar as mulheres, suas sexualidades e suas, neste caso, contracepções.

Em *A ordem do discurso*, sua aula inaugural de 02 de dezembro de 1970, um de seus cursos ministrados no *Collège de France* que ainda não foram publicados em sua totalidade, Foucault (2014 [1970]) revela que o discurso não é algo que manifesta ou que oculta pura e simplesmente o desejo, mas é, “[...] também, aquilo que é *o objeto do desejo*; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, *o poder* do qual queremos nos apoderar” (FOUCAULT, 2014 [1970], p. 10, grifos meus). Resumidamente, Foucault (2014 [1970]) coloca como hipótese que, em toda sociedade, a produção de discursos é “[...] controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (FOUCAULT, 2014 [1970], p. 08-09). Nessa sua fala, partindo-se para a chamada genealogia, pretende trabalhar a existência e as transformações dos

saberes “[...] situando-os como peça de relações de poder ou incluindo-os em um *dispositivo político*” (MACHADO, 2016, p. 11-12, grifos meus), ou seja, Foucault volta-se para a discussão de que o poder é o instrumento responsável pela produção de saberes. Nessa genealogia, é possível observar de que maneira alguns enunciados emergem, e outros não, analisando quais os jogos que operam e permitem que determinados enunciados apareçam.

No que se refere às relações de poder, existe uma rede que une todos os sistemas responsáveis pela produção dos discursos, a qual Foucault, em *Microfísica do Poder* (2007 [1976]), chama de *dispositivo*, este que, explicado por Agamben (2014 [2005], p. 32), a partir de Foucault, é formado por “[...] uma série de práticas e de mecanismos (ao mesmo tempo lingüísticos e não-lingüísticos, jurídicos, técnicos e militares) com o objetivo de fazer frente a uma urgência e de obter um efeito”. Assim, os dispositivos envolvendo, por consequência, uma subjetivação, “[...] visam através de uma série de práticas e de discursos, de saberes e de exercícios, a criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua ‘liberdade’ enquanto sujeitos no processo mesmo do seu assujeitamento” (AGAMBEN, 2014 [2005], p. 46-47, grifos do autor).

Assim, entre os séculos XVI e XVIII, Foucault (2008 [1979]) descreve que há o surgimento de uma série de dispositivos para ser feita a racionalização dos problemas colocados à prática governamental de fenômenos próprios à população, ou seja, a saúde, a higiene e a natalidade, por exemplo (TONELLI, 2004). Com o surgimento da biopolítica (como uma forma de governamentalidade), há um conjunto de discursos, de práticas e de estratégias dirigidos tanto para o corpo individual, em formas disciplinares, quanto para o corpo social, em forma de regulamentação da população (FOUCAULT, 2018 [1976]).

Os discursos das políticas públicas de saúde das mulheres são lidos, então, como práticas de governamentalidade biopolítica, uma vez que, como expressam Medeiros e Guareschi (2009), forjam certas práticas na área da saúde, pois demarcam e articulam campos e posições de sujeitos. Quanto à governamentalidade, esta mostra, nesta pesquisa, que as políticas de saúde: (i) são intrinsecamente ligadas a relações políticas, jurídicas e sociais (FOUCAULT, 2008 [1979]); e (ii), a partir de a polivalência tática, prescrevem cuidados com o corpo biológico, criam modalidades que capturam o corpo, atuando e produzindo efeitos tanto no corpo individual quanto no corpo populacional. Além disso, produzem uma cisão nas formas de subjetividade em relação aos enunciados de risco e de perigo que, como se verá, são um dos vértices de inteligibilidade das mulheres e da promiscuidade, objetos desta dissertação.

A descrição das possibilidades de acontecimento dos discursos das políticas públicas de saúde das mulheres a partir dos anos 1920 até 2019, tanto nacionais quanto municipais, demanda a descrição das condições de emergência, sendo, por isso, preciso salientar que, entre os discursos, há consideráveis deslocamentos históricos em funcionamento. Especialmente fazendo remissão aos direitos reprodutivos e à contracepção, é preciso fazer uma retomada da noção de saúde reprodutiva em políticas públicas com recortes de gênero, analisando-as enquanto técnicas biopolíticas e responsáveis pela produção de subjetividade. Para essa análise, considero os deslocamentos discursivos das lutas dos movimentos feministas e de outros movimentos sociais.

A partir de Margaret A. McLaren, em *Foucault, Feminismo e Subjetividade* (2016), os estudos feministas (categorizados por ela como liberal, radical, marxista, socialista, multicultural, global e pós-moderno), aqui, serão aproximados aos conceitos foucaultianos (e vice-versa) – ainda que as teóricas feministas que a autora disponha sejam (somente) norte-americanas. A autora propõe-se a demonstrar, ao longo de seus escritos, que “[...] a obra de Foucault fornece importantes recursos teóricos para o feminismo” (MCLAREN, 2016, p. 31), havendo, assim, possíveis contribuições das reflexões foucaultianas para os feminismos, ainda que, também, existam tensionamentos entre ambos.

McLaren (2016), além de outras discussões foucaultianas caras às questões políticas – como sobre os discursos normativos, da questão da identidade e de saber-poder (que também serão difundidas na presente pesquisa) – trabalha, primeiramente, com a subjetividade corporificada. Após notar que as críticas e os embates feministas a ele têm sido direcionados somente ao seu trabalho genealógico, a autora faz uma breve retomada do que chamou de três fases do trabalho foucaultiano (arqueológico, genealógico e ético), mas já sublinhando que é na fase ética, nos volumes II e III da *História da Sexualidade*, que ele dá mais atenção à subjetividade. Ela articula que Foucault estava interessado em relacionar as três fases e que, mesmo usufruindo de diferentes métodos, a subjetividade estava presente em seus trabalhos. Assim, de modo a retomá-las (MCLAREN, 2016, p. 15-16, grifos meus):

Suas obras *arqueológicas* desafiam o sujeito do humanismo. Ele mostra que o sujeito racional unificado não pode ser pressuposto, mas que, ao contrário, essa ideia de subjetividade é resultado de práticas linguísticas e formações discursivas particulares. Suas obras *genealógicas* desenvolvem sua noção de poder em relação a subjetividade. Ele articula o modo como o poder opera sobre os indivíduos através de regras sociais, práticas e instituições, e em suas obras *éticas* sua preocupação com a subjetividade a bastante explícita: nelas Ele está preocupado com ativa autoconstituição do eu.

A fala inicial da autora expõe, portanto, que as obras de Foucault “[...] não podem ser vistas como descontinuidades ou inconsistentes” (MCLAREN, 2016, p. 16). Por isso, descreve,

em seu livro, que essa primeira ligação entre as transformações de si e sociais teorizadas por Foucault, a partir da subjetividade e das instituições e das normas, pode ser importante para as feministas contemporâneas. Em conformidade com esses discursos de McLaren, atribuo a esta pesquisa a confluência com essas colocações da autora, para pensar na produção de discursos sobre as mulheres – e as relações possíveis entre Foucault e a discussão sobre os gêneros – que constituem objetivações e subjetivações de relações de saber/poder/resistência.

Para as subseções, retomo, na primeira delas, a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde do final do século XIX, os discursos de uma *primeira onda* do feminismo, fim do século XIX até metade do século XX, em que, enquanto há uma resistência de luta pelo direito ao voto, há, de um lado e em efervescência, uma positivação da “natureza feminina” relacionada à maternidade, determinando-se pelo casamento, pela família e pelo seu papel de dona de casa – refletindo-se nas políticas públicas –, e, de outro lado, a resistência a essa natureza. Nas próximas subseções, continuo a fazer essa análise monumental das políticas públicas dos anos que esta pesquisa se encarregou de verificar somada a algumas memórias discursivas de cada regime enunciativo descrito.

Para iniciar a primeira subseção, utilizo-me das palavras de Foucault (2017 [1976], p. 165, grifos meus) para mostrar que os dispositivos de poder se articulam aos corpos, de maneira direta, não se apagando o corpo, mas tratando-se de

[...] fazê-lo aparecer numa análise em que o biológico e o histórico não constituam sequência, como no evolucionismo dos antigos sociólogos, mas se liguem de acordo com uma complexidade crescente à medida que se desenvolvam *as tecnologias modernas de poder que tomam como alvo a vida*.

2.1 A MATERNIDADE COMO QUESTÃO DO ESTADO E O PRIMEIRO FEMINISMO NO BRASIL

Se a memória discursiva sempre se encontra em um campo de estabilização (ou seja, que não está estabilizada) e se inscreve no tempo por meio dos monumentos (FOUCAULT, 2016 [1969]), nesta subseção, anoto uma memória documental das políticas públicas e de uma discussão sobre os direitos das mulheres, um primeiro feminismo⁷ no Brasil – e de outros

⁷ Não tendo a pretensão de abarcar as variadas, múltiplas e fragmentadas manifestações do movimento feminista, tenho o interesse de traçar, aqui, um quadro em que estejam presentes algumas tendências do feminismo de *primeira onda*, visando às suas repercussões nas políticas de saúde destinadas às mulheres. É válido ressaltar que reivindicações das mulheres em relação às desigualdades sofridas já aconteciam anteriormente a esse período.

deslocamentos –, para verificar a materialidade das políticas públicas desse período. Nos dois casos, o que tento oferecer não se ocupa de explicar o discurso para fazer dele um *referente* (FOUCAULT, 2016 [1969]) de uma história. Não faço questionamentos às verdades, mas sim pretendo estabelecer “a regularidade dos enunciados” (FOUCAULT, 2016 [1969]) do sistema que é o arquivo.

Início a discussão com o acontecimento do feminismo no Brasil. Os “primórdios do movimento” (PINTO, 2003, p. 10) contemplam o final do século XIX e o início do século XX, especificamente até 1932, data que ficou conhecida pelo direito de votar que as mulheres brasileiras conquistaram. Enquanto que na Europa e nos Estados Unidos ocorriam lutas por direitos políticos – através das conhecidas sufragistas –, no Brasil, a luta por direitos desse mesmo aspecto ficou associada à Bertha Lutz. Das três vertentes mais visíveis do período, essa se popularizou como sendo a mais forte e organizada (um verdadeiro movimento de alcance nacional), sendo a segunda vertente, “feminismo difuso” e a terceira, “malcomportada”, sinalizadas pela autora (PINTO, 2003). Para essas militantes, o foco seria a mulher como sujeito portador de direitos. Essa, aliás, é a vertente que a autora denominou de face “bem-comportada” do movimento, pois, “[...] sem mexer na posição dos homens, as mulheres lutavam para serem incluídas como cidadãs” (PINTO, 2003, p. 15).

Sexualidade, prostituição e emancipação sexual, no Brasil, não se configuravam como temas prioritários de discussão para o feminismo (HAHNER, 2003), uma vez que, somadas à Bertha Lutz, essas mulheres preferiam discutir sobre direitos políticos e legais ou questões econômicas e educacionais. Seria o voto, para Bertha e outras sufragistas, o meio de ação para as mulheres terem o progresso político como cidadãs e participação política direta e legitimada. Seria ele o instrumento de suas liberdades sociais, não tendo fim em si próprio, mas conduzindo-as para o progresso feminino.

Das três citadas, a segunda vertente, “feminismo difuso” (PINTO, 2003, p.15), é expressada pelas múltiplas manifestações em âmbito jornalístico, com publicações na imprensa feminista alternativa, provocando a circulação de ideias expressivas e sendo uma vertente representada por mulheres cultas, professoras, escritoras e jornalistas. Sua marca foi, sobretudo, defender educação para mulheres e a emancipação delas. Mulheres editando jornais, a partir de 1850, apregoavam as conquistas das mulheres nos Estados Unidos e na Europa, oportunizando a leitura e a conscientização das brasileiras sobre a cadência do feminismo no exterior (MOTT, 2001).

Pinto (2010, p. 15) salienta que outras mulheres já lutavam pelo direito ao voto no século XIX, porém de forma individual.

Dentre importantes jornais, como *O Sexo Feminino* (fundado em 1873, em Minas Gerais, por Francisca Senhorinha Motta Diniz) e o *Pela Mulher* (de 1898, fundado em Bagé, Rio Grande do Sul, por Andradina de Oliveira), o denominado *A Família*, de 1888 a 1897, publicado em São Paulo e editado por Josephina Álvares de Azevedo, arrojou-se em convocar (em um editorial no ano de 1982) as mulheres para lutarem por seus direitos (MOTT, 2001). As mulheres brasileiras, nesse período, diferentemente das feministas de outros países (Estados Unidos, Inglaterra, França e Alemanha) por raras vezes se reuniram para entonarem suas vontades de luta. “Dentre os poucos lugares de encontro e discussão devem ser lembradas as agremiações literárias, as reuniões internas dos jornais e revistas femininas, sociedades abolicionistas e associações de caridade” (MOTT, 2001, p. 208). É nesse ponto que o “difuso” (PINTO, 2003) faz valer sua atribuição.

É a face “malcomportada” (PINTO, 2003) que retrata a terceira vertente do feminismo anarquista (posteriormente, Partido Comunista). Constituída por mulheres trabalhadoras, intelectuais e militantes do movimento de esquerda, seu enfoque central se deu para denunciar a exploração do trabalho, já que era uma realidade distante das elites feministas, e a efervescência disso pode ser comprovada, segundo Pinto (2003, p.33), “[...] não só pelas greves, mas também pela existência de uma imprensa anarquista muito ativa, na qual a presença da mulher como colaboradora era uma constante”. Uma das importantes líderes intelectuais anarquistas brasileiras foi Luci Fabbri e, diferentemente das sufragistas, ela e suas companheiras apontavam, sem receio e sem medo, a opressão masculina existente⁸. Maria Lacerda de Moura é mais uma figura anarquista que não se pode deixar de apontar. Além de professora e autora de muitos livros, marcou-se como feminista radical, sobretudo, por defender, abertamente, a educação sexual, o amor livre, a sexualidade, o prazer e o corpo das mulheres, a maternidade de forma consciente, o divórcio e a virgindade requerida (PINTO, 2003; RAGO, 2012). O feminismo radical precisava ser mais do que pregavam as sufragistas, precisava, para Maria Lacerda de Moura, confrontar o capitalismo (enfrentando seu visível opressor – o homem), pois este seria o causador da condição das mulheres.

No que tange às políticas públicas e ao governo biopolítico, nesses mesmos anos 20, médicos e educadores defendiam a educação sexual nas escolas, mas com o intuito não de “[...]”

⁸ É nesse período que a criação de um manifesto desabrocha discursos que sublinham o reconhecimento da desigualdade, “[...] da especificidade da opressão, isto é, que os oprimidos não são oprimidos da mesma forma” (PINTO, 2003, p. 35). Um manifesto que revelava nada mais que “[...] ser mulher, ser negro ou pertencer a qualquer outra minoria traz uma carga a mais em relação a ser homem e ser branco” (PINTO, 2003, p. 35).

perturbar os papéis tradicionais dos gêneros”⁹ (HAHNER, 2003, p. 270), mas de garantir a saúde da prole com a redução das incidentes neuroses femininas e com o impedimento da perversão moral¹⁰ (HAHNER, 2003). Sob a presidência de Epiáfio Pessoa, a implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado pela Lei nº 3.987, de 8 de janeiro de 1920, e regulamentado pelo Decreto 14.354, de 15 de setembro de 1920, configura-se como um deslocamento da saúde pública para uma política nacional, de questão social (SANTOS; SIMOURA; SOGAME, 2018), sendo a higiene pública a principal preocupação. Por isso, o fortalecimento do sanitarismo era baseado na convergência entre a saúde, a educação e a nação, em diferentes esferas/instituições, como descreve o primeiro ponto do Art. 1º da referida lei (BRASIL, 1920b):

[...] os serviços de hygiene no Districto Federal que deverão abranger a prophylaxia geral e especifica das doenças transmissiveis, a execução de providencias de natureza, aggressiva ou defensiva, as que tiverem por fim a hygiene domiciliaria, a policia sanitaria das habitações privadas e collectivas, das fabricas, das officinas, dos collegios, dos estabelecimentos commerciaes e industriaes, dos hospitaes, casas de saude, maternidade, matadouros, mercados, logares ou logradouros publicos, hotéis, restaurantes e a fiscalização dos generos alimentícios; [...].

Foi, a partir dela, que, com a política sanitária de Carlos Chagas na Primeira República, destacou-se que a elevada mortalidade infantil estava ligada à precariedade das condições sanitárias, sendo este um problema para a construção da nação (FREIRE, 2006). Assim, com o DNSP, instalaram-se, dentre outros, os serviços de assistência hospitalar, de higiene infantil e assistência à infância (BRASIL, 1920a). A seção de assistência hospitalar do decreto (BRASIL, 1920a) cita três pontos, que, além de mencionarem a responsabilidade de dirigir e de administrar hospitais com medidas de profilaxia como visionamento, deveriam receber maior atenção à fiscalização de hospitais, de casas de saúde, de hospícios, de maternidades, de asilos, e de outros estabelecimentos (tanto públicos quanto privados). Por sua vez, nesse mesmo decreto, a seção de higiene infantil e de assistência à infância descreve pontos de fiscalização: de vários setores (como dos locais de assistência à infância, de escolas, de creches ou de quaisquer estabelecimentos infantis); de propagandas de alimentos e de ensino à higiene para crianças; e de domicílios (BRASIL, 1920a). Sobre as mulheres, por sinal, nesta seção, cita-se a

⁹ Uma figura, dentre raras mulheres que tiveram a mesma pretensão na época, Ercília Nogueira Cobra, denunciava o padrão moralista vigente. Suas palavras eram a favor da liberdade sexual e da disposição, pelas mulheres, do direito ao prazer sexual, assim como os homens detinham. Seus livros *Virgindade anti-higiênica* (1924) e *Virgindade inútil* (1927) são exemplos de seus ataques às convenções destinadas às mulheres para que estas permanecessem virgens, alegando ser a atividade sexual uma prática natural dos seres humanos (NOSTRANE, 2018; HAHNER, 2003).

¹⁰ Mais adiante, neste texto, ainda falarei um pouco sobre o controle da histeria das mulheres ou do chamado “gênero nervoso”.

regulamentação de seus trabalhos em fábricas durante seus períodos gestacionais e menciona o exame delas, quando lactantes, em habitações coletivas ou “nos domicílios pobres” (BRASIL, 1920a).

Aliás, abro um (longo) parênteses para descrever que esses enunciados já se materializavam – ainda que sob um regime de materialização distinto – desde as últimas décadas do século XIX. Relembro: “[...] a materialidade do enunciado não é definida pelo espaço ocupado ou pela data de formulação, mas por um *status* de coisa ou de objeto, jamais definido, mas modificável, relativo e sempre suscetível de ser novamente posto em questão [...]” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 125). Ao final desse século, o acontecimento discursivo guardava uma polivalência tática, em que: (i) “[...] a higiene como limpeza, ocupa um lugar central em todas essas exortações morais sobre a saúde”, como requisito para ter boa saúde, para trabalhar e produzir mais, é o que Foucault (2010 [1974], p. 168-169), em *Crise da medicina ou crise da antimedicina* expõe; (ii) a moralidade em torno da prática corporal e da sexualidade higienizadas (FOUCAULT, 2010 [1974]); e (iii) a higiene como eugenia e racismo de Estado para a responsabilidade de reconstruir a nação (SILVA, 2017; FOUCAULT, 2017 [1976]).

Ao segundo desses pontos, acrescento que, no século XVIII, houve o que Foucault (2017 [1976], p. 113) chamou de “[...] quatro conjuntos estratégicos, que desenvolveram dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo” e, dentre eles, estaria a *histerização do corpo da mulher*¹¹, estando intrínseca às mulheres a patologia, qualificada pelo discurso médico. A “nau das insensatas” (SWAIN, 2013, p. 225) abriga as mulheres, construindo-as socialmente como portadoras de desequilíbrios, perturbações, alienações, indisposições, instabilidades, excitações em excesso, enfim, corpos que, quanto mais têm seus espaços interiores penetráveis, segundo Foucault (2014 [1972]), mais têm histeria com frequência. A preocupação com a sexualidade se estendeu ao longo do século XIX, estando a mulher histérica dentre um dos objetos privilegiados do saber (FOUCAULT, 2017 [1976]), reforçando-se os enunciados de que o corpo das mulheres seria habitado por um animal, sendo este o provocador

¹¹ Coloco aqui a citação do que Foucault (2017 [1976], p. 113, grifos do autor) diz ser a histerização do corpo da mulher. Seria o “[...] tríptico processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a ‘mulher nervosa’, constitui a forma mais visível desta histerização”.

dos distúrbios delas (RAGO, 2013), assimilados às doenças mentais, à loucura¹². “O espaço em que ela [a histeria] afirmou suas dimensões é de outra natureza: é o do corpo na coerência de seus valores orgânicos e de seus valores morais” (FOUCAULT, 2014 [1972], p. 283). Foi legitimada a inferioridade das mulheres nos aspectos físico, mental e moral (RAGO, 2013). Swain (2013) diz ter havido nesse século o internamento geral das mulheres no Ocidente, sem quaisquer muros, uma internação: na exclusão do espaço público e dos direitos cívicos (principalmente, a entrada no mercado de trabalho); e na reclusão individual no espaço privado, em domesticidade. Àquelas que fossem perversas¹³ – estendendo-se, também, às que abandonavam os cuidados do lar e da família e que rejeitavam a maternidade –, restava a higienização. Os discursos da psiquiatria científica desse século, “[...] visavam instituir a figura da mulher casta, passiva e dessexualizada” e “[...] procuravam sinalizar o lugar da mulher normal e os comportamentos que lhe seriam adequados e aceitos” (RAGO, 2013, p. 239), uma vez que “[...] seus corpos abrigam a desordem e exigem, por conseguinte, o controle¹⁴” (SWAIN, 2013, p. 231).

No terceiro desses pontos, continuo que, de acordo com Freire (2006), um Brasil moderno pregava – com “[...] o fim do escravismo, a consolidação e a instalação de um novo

¹² Hipócrates e Platão foram alguns dos que enunciaram, anteriormente, a histeria ligada ao útero, sendo este um animal causador dos mal-estares das mulheres e das carências destas por relações sexuais; e, ainda, um animal faminto de/pela procriação (FOUCAULT, 2014 [1972]; RAGO, 2013). Aproveito essa nota para apontar que o acontecimento discursivo de caça às bruxas (FEDERICI, 2017), nos séculos XIV e XV, principalmente na França e na Itália e, ainda, na Alemanha, na Suíça, na Inglaterra, na Escócia e na Suécia, esteve associado às mulheres que sofriam alucinações, que eram perturbadas emocionalmente, que eram frustradas nos relacionamentos e que tinham perversões e fantasias sexuais. Todas essas, de acordo com a Igreja, eram ameaças, já que em seus corpos abrigavam o demônio e espíritos malignos. Nessas caças, foram linchadas, queimadas, enforcadas, torturadas e, muitas vezes, estupradas (FEDERICI, 2017). De modo a disseminar o terror contra as mulheres, essas execuções eram importantes eventos públicos que todos os membros da comunidade deveriam presenciar, inclusive e especialmente as filhas dessas mulheres consideradas bruxas (FEDERICI, 2017). É possível fazer notar, a partir do pensamento de Foucault (2014 [1975], 2017 [1976]), que se a caça às bruxas pode ser lida como uma tortura soberana, um suplício público e, ainda, uma técnica do catolicismo; a histerização do corpo das mulheres, por sua vez, demonstra a disciplinarização desses corpos, a partir do lugar de normalidade das ciências humanas. A nova tecnologia do sexo, tendo como um de seus domínios as “doenças dos nervos”, “[...] basicamente, vai se ordenar, a partir desse momento, em torno da instituição médica, da exigência de normalidade e, ao invés da questão da morte e do castigo eterno, do problema da vida e da doença” (FOUCAULT, 2017 [1976], p. 127). Anoto ainda que *Malleus Maleficarum*, a gramática usada na Inquisição, além de condenar a sexualidade das mulheres, as práticas sexuais não reprodutivas (masturbação e sodomia), perseguia aquelas que faziam experimentação com substâncias psicoativas (PRECIADO, 2018). Assim, as bruxas das feitiçarias/das magias serão comentadas ao fim desta subseção, quando começarei a abordar sobre os métodos contraceptivos e a questão do *pharmakon* (PRECIADO, 2018).

¹³ As mulheres perversas têm um rol estendido, segundo Rago (2013, p. 243), abrangendo: as prostitutas, “[...] as lésbicas, de cabelos curtos, invejam os homens, pois gostariam de ter pênis; as solteironas, as feministas, as escritoras, as negras [...]”.

¹⁴ O controle dessas mulheres também se incidia na carne, com a prática de compressão dos ovários ou envoltimentos destes em gelo, além da cauterização do clitóris. Esta última, aliás, estava ligada à negação da masturbação e a gestão do prazer das mulheres. Ou seja, no fim do século XIX, “[...] as grandes operações cirúrgicas tiveram as meninas por objeto. Eram verdadeiros suplícios: a cauterização clitoriana com ferro em brasa era, senão corrente, ao menos relativamente frequente na época” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 392-393).

regime político” (FREIRE, 2006, p. 14) – a construção de uma nova sociedade. Era o nacionalismo da república desejando adotar os padrões europeus de civilização e negar qualquer herança ao colonialismo e à escravidão (FREIRE, 2006), aos moldes de um evolucionismo, positivismo e darwinismo social (SILVA, 2017).

Tanto o programa de eugenia quanto a medicina das perversões foram – o que Foucault (2017 [1976], p. 128) denominou de tecnologia do sexo – as grandes inovações desse século XIX. O projeto médico (e também político) era: “[...] organizar uma gestão estatal dos casamentos, nascimentos e sobrevivências [...] [em que] o sexo e a fecundidade devem ser administrados”. A modernidade que atravessava esses enunciados está situada no nível da vida (não apenas enquanto objeto, mas sujeita a estratégias políticas) (FOUCAULT, 2017 [1976]); abriga, também, como solução para os problemas sociais e como impulso para o progresso da nação, a proteção de mães e de filhos. É o conjunto perversão-hereditariedade-degenerescência que faz de toda essa prática da tecnologia do sexo um racismo de Estado (FOUCAULT, 2017 [1976]). Freire (2006) explica, ainda, que Moncorvo Filho foi o responsável por importar a puericultura para o Brasil, ao final do século XIX, a qual tem o discurso que intervém na prática do controle do corpo social (transformando crenças, costumes, valores e atitudes). Seria, pois, a representação da higiene da infância, conforme descreve (FILHO *apud* FREIRE 2006, p. 12):

De hoje em diante ficais sabendo que a higiene é a parte da medicina que cuida da saúde das pessoas, estabelecendo as regras do modo de viver com cuidados imprescindíveis, sobre habitação, a alimentação, o vestir, o dormir, a educação etc. Por aí já podeis compreender bem o que se chama higiene infantil higiene das crianças: - são todos os cuidados já ditos porém prestados às crianças desde a hora do nascimento até a puberdade, que se chama à época dos 11 ao 15 anos.

Fecho parênteses para retornar e notar que os discursos higienistas, em sua profusão biopolítica, têm seus efeitos sobre os sujeitos também com a organização do movimento sanitaria, a partir de 1910. Essa saturação do higienismo (FREIRE, 2006) recaíra, como já descrevi, não somente à assistência materno-infantil, mas se refletia nas “[...] proposições a respeito da *educação das mães*, com vistas à *educação e moral das crianças*” (FREIRE, 2006, p. 14-15, grifos meus). Ou seja, por um lado, os discursos médicos difundiam a importância de as mulheres estabelecerem em seus lares a profilaxia antibacteriana, sendo, pois, as responsáveis pela saúde e pelo bem-estar de todos os membros da família, acrescentando, aos seus papéis de donas de casa, o controle da higiene, sobretudo das crianças (MATOS; MORAES, 2007). E, por outro lado, era a moral cívica da família que sustentava essa responsabilidade, uma vez que seria o lar o responsável pela formação inicial da educação de

caráter nacional das crianças e da educação e do controle das condutas física, moral, sexual e intelectual de cada um dos seus membros.

É a família a preciosidade do dispositivo da sexualidade (FOUCAULT, 2017 [1976]). Nele, ela não pode ser entendida como estrutura formada pelo social, pelo econômico e pelo político do (dispositivo) da aliança que ignore e que exclua a sexualidade, mas sim como uma estrutura que fixa a sexualidade e que se constitui dela. Assim, a família tem sua função de garantia da produção de uma sexualidade, atravessando-se por novas táticas de poderes. “A família é o permutador da sexualidade com a aliança: transporta a lei e a dimensão do jurídico para o dispositivo da sexualidade; e a economia do prazer e a intensidade das sensações para o regime da aliança” (FOUCAULT, 2017 [1976], p. 118). Com o aparecimento das tecnologias médicas do sexo, no século XIX, a família problematizou não somente a sexualidade de crianças e de adolescentes, mas, no dispositivo da sexualidade, a mulher foi a personagem em que mais se investiu. Seriam as mulheres, com a medicalização dos seus corpos e dos seus sexos, em virtude de suas histerias, àquelas ligadas à responsabilidade “[...] no que diz respeito à *saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade*” (FOUCAULT, 2017 [1976], p. 159, grifos meus).

Com a reforma de Chagas, assim, a atenção às mulheres era determinada, estrategicamente, pela proteção à infância, conduzindo à montagem do programa de proteção da saúde materno-infantil (NAGAHAMA, 2005; SANTOS; SIMOURA; SOGAME, 2018). Não obstante, os discursos que circulavam por entre as revistas destinadas às mulheres, durante essa década de 1920, de acordo com a pesquisa de Maria Martha de Luna Freire (2006; 2008), funcionavam como mediação entre cultura e política, cumprindo a difusão discursiva para alçar a construção de identidades e de papéis sociais. Dando atenção especificamente às revistas femininas *Vida Doméstica* (1920-1963) e *Revista Feminina* (1914-1936), que circulavam no Rio de Janeiro e em São Paulo, Freire (2006, 2008) aponta que os escritos discursivizavam o papel das mulheres integrava o movimento modernizador, associado à normalização da maternidade e sua intrínseca relação com o gênero. Mas o moderno implicava o investimento e a incorporação de novos conhecimentos ao exercício da maternidade, como exemplo: “‘A mulher ... precisa de cultura intelectual e moral que o papel de mãe lhe impõe ... É exatamente pelo seu destino superior que deve ser mais cuidada a educação cultural e disciplina moral das mulheres’ (Revista Feminina, n.171, ago. 1928)” (FREIRE, 2008, p. 159). As leitoras pareciam ser a favor, adeptas da ideia de educação para mulher voltada para a função maternal (FREIRE, 2008). A mãe moderna passou a usar e a fazer ciência, pois, aliada aos princípios da higiene infantil de médicos higienistas que se legitimavam como puericultores, foi redefinida por mais

papéis e configurações sociais femininos (FREIRE, 2008). Ou seja, passou a ter a “missão nobre” de pôr em prática a puericultura.

Na série discursiva do feminismo: não obstante, havia, também, um discurso de perturbação da ordem social. Os desejos e as atividades feministas¹⁵ eram considerados ameaças aos tradicionais papéis de gênero, e as chamadas antifeministas atacavam “[...] o que consideravam ser uma onda perigosa de desorganização social e uma crescente ameaça à autoridade masculina” (HAHNER, 2003, p. 317). Violências, zombarias e humilhações de antifeministas mostraram-se enérgicas, pois ajudaram “[...] a manter o feminismo dentro dos *limites aceitáveis*” (HAHNER, 2003, p. 320, grifos meus): não intentavam ser reflexo das violentas e agressivas sufragistas inglesas e continuavam a glorificar a maternidade, a família e a moral religiosa¹⁶, afirmando que “[...] as mulheres podiam ser feministas mantendo-se femininas” (HAHNER, 2003, p. 321).

Essas ponderações revelam, segundo Hahner (2003, p. 367), que a conquista do voto, nos anos 30, demonstrou que, mesmo que isso pudesse ameaçar alguns aspectos das relações de gênero, essa obtenção “[...] só elevaria o papel das mulheres enquanto mães”, ou seja, “[...] nunca, para as mulheres (ao contrário dos homens), as questões familiares deixariam de estar acima de todas as outras” (HAHNER, 2003, p.368). O desejo delas estava distante de revolucionar sociedade ou de reestruturar família, mas essa conquista ajudava a alçar seus níveis de consciência (sobretudo das mulheres das camadas médias) em relação aos seus problemas nas transformações do mundo, além de, claro, legitimar outras atividades para além das domésticas.

“Articulistas, médicos, educadores, feministas, juristas e políticos, todos concordavam quanto à relevância da maternidade como o principal papel social das mulheres e, ao mesmo tempo, sua própria essência, devendo, portanto, ser amparada e protegida” (FREIRE, 2008, p.

¹⁵ As feministas eram acusadas de anarquistas e de desejarem provocar inversões sociais. Além disso, outras antifeministas alegavam não ser inferiores aos homens, mas sim diferentes deles, valorizando que as mulheres desfrutavam de uma superioridade moral no confinamento do lar (HAHNER, 2003). Aliás, isso não se limitava à contra-argumentação, pois as mulheres que se colocavam a favor dos protestos feministas e que tinham a ousadia de assumir papéis masculinos eram afetadas pela hostilidade verbal (sendo retratadas como mulheres horrorosas e histéricas, sofrendo humilhações e escárnio) e pelas agressões físicas.

¹⁶ A Igreja Católica Romana, por sinal, exercia forte influência sobre as feministas, as quais, com suas poucas exceções – como é o caso da Zéia Pinto Rezende e Carmem Portinho –, evitavam quaisquer conflitos com a igreja, já que muitas delas eram católicas praticantes, não assumindo, assim, qualquer posição anticlerical (diferentemente das ideias radicais do feminismo europeu) (HAHNER, 2003). Zéia Pinho Rezende, uma advogada que via a Igreja como uma instituição que se mostrava adversária aos direitos das mulheres, e Carmem Portinho, que alegava ser a religião católica contrária a tudo que pudesse dar liberdade às mulheres (HAHNER, 2003).

157). Para Zimmermann (2017), essa formação discursiva opera alicerçada ao *dispositivo da maternidade*. Adoto, pois, a concepção de dispositivo da maternidade como atravessada pela produção do dispositivo de gênero, este que, segundo De Lauretis (1994), é chamado de “tecnologia de gênero”. No interior dessa tecnologia, as representações do sujeito-mulher não são permanentes (BUTLER, 2019) e estão apoiadas à normalização binária (BUTLER, 2019; PRECIADO, 2017). Na tecnologia de gênero, os discursos de maternidade sustentam uma memória discursiva (religiosa, moral, biológica, enfim) que atrelam às mulheres (ao feminino – termo também fruto do dispositivo de gênero) a destinação social de serem mães. É o que Scavone (2001), por exemplo, relembra: a partir do determinismo biológico, foram fixados às mulheres discursos de instinto natural da maternidade. Resumidamente, entendo o dispositivo da maternidade como aquele que açambarca discursos e prática de produção de uma identidade e de uma normalidade às mulheres, submetendo-as a uma lei da verdade (ZIMERMANN, 2017). Com isso dito, os discursos e as práticas funcionavam, no regime enunciativo descrito até aqui, em uma ambiguidade desperta desse dispositivo: se, por um lado, este cumpria seu papel de “natureza feminina” das mulheres, que as confinava ao conforto do lar (negando-as de qualquer intervenção intelectual, política, econômica, social, sexual, entre outras), por outro lado, esse dispositivo alavancava discursos de possibilidade de transposição da natureza maternal das mulheres para profissões e para participação política.

No governo de Getúlio Vargas, no período de Estado Novo (de 1930 a 1945), contudo, é criado o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, com atividades desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), intermediado pela Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, visando, mais uma vez, à normatização do atendimento ao par mãe-filho e ao combate à mortalidade infantil (BRASIL, 2011c). Nesse período, algumas políticas pró-natalistas foram: (i) o Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que, em seu Art. 16, alínea f, vedava ao médico “[...] dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica” (BRASIL, 1932); (ii) a Constituição de 1934, em seu Art. 138, que citava o amparo à maternidade e à infância e, também, o socorro às famílias numerosas (BRASIL, 1934); e (iii) a Constituição de 1937, em seu Art. 124, que citava a “família, constituída pelo casamento indissolúvel, está sob a proteção especial do Estado. As famílias numerosas serão atribuídas compensações na proporção de seus encargos” (BRASIL, 1937). Se a primeira se configurava como um meio que intentava garantir que se evitasse o aborto ou qualquer outro tipo de controle da natalidade, a segunda e a terceira – tendo, mais

uma vez, a família como o centro da grandeza nacional, como precedente ao indivíduo e como instrumento de cidadania – prezava a família nuclear numerosa.

Os objetivos eram natalistas e, novamente, étnicos, buscando-se a família ideal, aquela que reconstruísse a nação. À medida que a preocupação era não deteriorar a raça branca (ao misturá-la com outras raças) e melhorar a raça humana (CASTAÑEDA, 2003), nessa visão da eugenia, era preciso que diferentes estratégias¹⁷ fossem utilizadas, dentre elas: (i) o controle das imigrações; (ii) a valorização do matrimônio; e (iii) a esterilização. Em relação ao primeiro desses pontos, cito a Constituição de 1934, especificamente os parágrafos 6º e 7º do Art. 121 (BRASIL, 1934), que, para essa emergência, intentava controlar as práticas matrimoniais entre os imigrantes e, também, evitava a formação de ilhas étnicas ao longo do território (FONSECA, 2001 *apud* ALVES, 2006). O prestígio dado ao casamento, por sua vez, estava atrelado ao que Castañeda (2003) coloca como sendo eugenia positiva, mas o incentivo se centrava aos casamentos e às procriações de sujeitos eugenicamente competentes. Em uma eugenia negativa (CASTAÑEDA, 2003), o matrimônio só seria profícuo com a realização de exame pré-nupcial¹⁸. Essa prática, defendida pelo médico e eugenista Renato Kehl – considerado um dos grandes protagonistas da eugenia no Brasil¹⁹ – nesses anos, já havia sido anteriormente defendida pelo médico Agostinho de Souza Lima (PEIXOTO, 2016). O esforço desses eugenistas era “sanear” os casamentos, através da prevenção feita pelo exame pré-nupcial, uma vez que era preciso evitar matrimônios entre “[...] indivíduos considerados fracos, doentes, loucos ou degenerados”, pois estes “[...] implicavam supostamente a constituição de proles inúteis e prejudiciais” (PEIXOTO, 2016, p. 254)²⁰. Apesar de as palavras eugenia e exame pré-nupcial não terem sido usadas, como explica Castañeda (2003), na Constituição de 1934, o

¹⁷ Além dessas estratégias, às famílias já formadas, destinavam-se, por exemplo: projetos de complemento de renda aos casados com filhos e aos chefes de famílias numerosas que recebessem menos que uma base; e promoções de acesso a serviços públicos – de ordem federal estadual ou municipal (FONSECA, 2001 *apud* ALVES, 2006).

¹⁸ Apesar de ter havido inúmeras discussões sobre a implementação do exame pré-nupcial nas constituições citadas (de 34 e de 37) ou apesar dos projetos de lei que não vingaram e que demonstraram conflituosas discussões médicas, políticas e sociais, “[...] a questão envolvendo casamentos consanguíneos e exames pré-nupciais foi se definir somente em 19 de abril de 1941 com o decreto 3200. Nessa lei ordinária ficou permitido o casamento entre parentes de até terceiro grau, contanto que se submetessem ao o exame pré-nupcial” (CASTAÑEDA, 2003, p. 922).

¹⁹ O brasileiro Renato Kehl, de acordo com Castañeda (2003) possui, em seus preceitos e discursos, diferença, em grande parte, aos do inglês Francis Galton, este que cunhou a palavra eugenia, com pretensões de proporcionar o melhoramento biológico do humano. Para ambos, a restrição matrimonial era uma estratégia central da prática eugênica, contudo, “Galton era um determinista enquanto Kehl articulava teorias neolamarckistas com propostas deterministas” (CASTAÑEDA, 2003, p. 925).

²⁰ Alguns documentos médicos materializam discursos sobre prática de exame pré-nupcial como um método eficaz para a eugenia, a exemplo do *O exame medico pre-nupcial*, da Revista de Medicina, escrito por Paulo de Godoy (GODOY, 1927, p. 527), que, dentre outros enunciados, coloca “Ou cuidamos do problema geração e seremos uma raça de senhores, ou permitiremos a procriação aneugénica e seremos uma raça de escravos”.

Art. 145 diz: “A lei regulará a apresentação pelos nubentes de prova de sanidade física e mental, tendo em atenção as condições regionais do País” (BRASIL, 1934). Por sua vez, também proveniente de uma eugenia negativa (CASTAÑEDA, 2003) havia a esterilização – visando ao controle da reprodução humana, intentando-se o equilíbrio entre os sujeitos “normais” e “anormais”, através da “profilaxia racial” (KEHL *apud* WEGNER; SOUZA, 2013). Aos doentes, loucos, criminosos ou àqueles que apresentassem qualquer traço de degeneração, restava essa prática de degenerescência. Nas palavras de Foucault (2017 [1976], p. 128), esse “capital patológico da espécie” tinha a teoria da degenerescência como uma maneira de explicar a hereditariedade como sendo repleta de doenças diversas – “[...] orgânicas, funcionais ou psíquicas, pouco importa” (FOUCAULT, 2017 [1976], p. 128-129) – e como produtora do sujeito perverso sexual.

Além da medicina (que tem a fisiologia das mulheres como objetivo) e da demografia (com a regulação dos nascimentos), há a pedagogia que compõe os eixos para o desenvolvimento da nova tecnologia do sexo (FOUCAULT, 2017 [1976]). Na Constituição de 1934, por exemplo, o Art. 138 “Incumbe à União, aos estados e aos municípios, nos termos das legislações respectivas” (BRASIL, 1934): inciso b, “estimular a educação eugênica”; e inciso f, “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis”. A influência da campanha de eugenia, a partir de teorias pedagógicas e científicas, na educação brasileira nesses anos, foi uma ferramenta importante para a difusão das ideias eugenistas. Seria a educação, conforme aponta Castañeda (2003, p. 916), uma das maneiras (além da puericultura e da orientação pré-natal) de se fazer a eugenia preventiva, uma vez que o interesse era “[...] a divulgação e a propaganda desses preceitos com fins profiláticos”. Rocha (2011), contudo, a partir do *Boletim de Eugenia* – publicado mensalmente entre os anos de 1929 e 1933, dirigido pelo Renato Kehl –, explica que a educação seria uma ferramenta para a eugenia positiva. A partir dessa estratégia eugenista, a educação “[...] serviria para fazer transparecer as boas características, aflorar as qualidades inatas, as habilidades e aptidões não descobertas ou pouco exploradas” (ROCHA, 2011, p. 167). Rocha (2011, p. 169) descreve que, para Kehl, a educação tinha a finalidade de “[...] evitar a má formação e a ignorância por parte dos estudantes sobre orientação sexual, relações conjugais e criação dos filhos”. Nessa esteira, às meninas, seriam destinados os ensinamentos que diziam respeito ao lar e à maternidade, “[...] compreendendo a nobreza de uma maternidade sadia onde as boas características seriam transmitidas às futuras gerações”. Os saberes eugênicos, assim, fizeram parte dos saberes disciplinares da escola,

sendo, nessa instituição de reclusão disciplinar, mais um “regime de verdade” de produção da normalização dos corpos (FOUCAULT, 2014 [1975]).

As incumbências relacionadas à saúde da mãe e da criança, em 1940, pelo Getúlio Vargas, foram transferidas para o Departamento Nacional da Criança (DNCr), fundando-se, assim, o primeiro órgão com esse fim (MENEZES et al., 2014). Na busca de uma nação sadia, forte e rica, o DNCr precisaria planejar ações que não somente combatessem a mortalidade infantil, mas que melhorassem o pré-natal e que incentivasse a educação de hábitos morais e higiênicos, a contar o ensino da puericultura às mães (PEREIRA, 1999 *apud* MENEZES et al., 2014). Viera (2013) anota que as creches ficaram sob a preocupação do DNCr, passando a serem alvos de propostas higienistas. “A discussão da educação da criança de 0 a 6 anos estava restrita à esfera médica, dos sanitários e higienistas” (VIEIRA, 2013, p. 4). Ademais, seriam as creches locais nos quais a puericultura social deveria ser preconizada, já que seria o “[...] estabelecimento capaz de combater eficazmente o comércio da criadeira” (VIEIRA, 2013, p. 4). Mais uma vez, os discursos de amamentação e de mortalidade infantil perpassam as creches como sinônimos de locais em que isso poderia ser remediado (VIEIRA, 2013).

Retorno à série dos feminismos. No período que abrange 1937 a 1970, Pinto (2003) diz que houve um *refluxo* do movimento feminista, evidenciando que o movimento praticamente sumiu e que, de 1946 até o golpe militar em 1964, as lutas sociais, tanto no Brasil quanto no mundo, estavam marcadas pelo socialismo e pelo comunismo, não havendo espaço para demais lutas. Isso não significa que as mulheres não estiveram presentes nas esferas públicas, mas que os movimentos não estavam direcionados às causas específicas das condições das mulheres na sociedade (PINTO, 2003). De 1940 a 1970/80, os movimentos de mulheres ocorriam (paralelamente ao desenvolvimento do feminismo) e, além de estarem presentes no movimento de Diretas Já, atuaram em clubes de mães (com apoio da Igreja Católica), em movimentos por creches, nas marchas das “panelas vazias”, e, ainda, em reivindicações pela anistia política (PEDRO, 2013; PINTO, 2003).

No Brasil, os discursos recorrentes não diziam respeito à sexualidade feminina ou à liberdade sexual das mulheres. Contudo, nos Estados Unidos, Kinsey, contrariamente ao que se pregava desde o século XIX sobre as virtudes naturais das mulheres de terem pudor, de serem destituídas de desejo, de terem moderação, enfim, fica reconhecido por, dentre outras conclusões²¹, suas pesquisas centradas no prazer e na produção do orgasmo (com destaque para

²¹ Seus relatórios revelaram muitas conclusões, contudo, há algumas de destaque: “[...] o sexo extraconjugal, os atos homossexuais e o sexo oral são mais comuns que o suposto; [...] o pico de virilidade masculina se situa em

o feminino). Ou seja, deixa-se de lado a reprodução e a gravidez para se pensar exclusivamente na produção do orgasmo. Foi no século XX que o orgasmo feminino passou a ser uma das grandes questões do que Bozon (2004) chama de segunda sexologia, a qual abandona a questão da normalidade sexual.

No ano de 1949, Simone de Beauvoir publicava seu livro *O segundo sexo*, em que, ao questionar a invisibilidade das mulheres, fez indagações no tocante à obtenção de suas liberdade e emancipação, objetando-se a condição feminina em múltiplas dimensões, desde a política e a social até a sexual e a psicológica. Com sua marcante frase *Ninguém nasce mulher: torna-se mulher*, coloca-se em foco o gênero como construção, como sendo a mulher atribuída a uma *compulsão cultural* (BUTLER, 2019). “Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um *Outro*” (BEAUVOIR, 2009, grifo da autora). Os questionamentos sobre a libertação das mulheres, também no século XX, estendiam-se à obrigatoriedade da concepção, associando-se a inquirições sobre controle populacional e a inquietações transgressivas da ordem religiosa de sexo somente para a reprodução. Margaret Sanger, feminista, sexóloga, enfermeira, escritora e ativista do controle de natalidade no Estados Unidos (somada à Katherine Dexter McCormick) tem seu nome condicionado ao pioneirismo na chamada *hegemonia farmacopornográfica* (PRECIADO, 2018). Mas foi o biólogo Gregory Pincus, em 1951 que, após “um erro” (PRECIADO, 2018, p. 186), inventou a pílula anticoncepcional.

Antes de partir para a próxima subseção, para pensar na questão do *pharmakon* e da *farmacopornográfica*, preciso retomar, concisamente, a emergência da caça às bruxas, em que as acusações contra estas de perversão sexual e de infanticídio “[...] tinham um papel central e estavam acompanhadas pela virtual demonização das *práticas contraceptivas*”²² (FEDERICI,

torno de 17 anos, seguido de sucessivo declínio; [...] o clitóris tem extrema sensibilidade e capacidade reativa ao estímulo tátil” (SENA, 2007, p.5). Além de seus relatórios, Kinsey as reflexões sobre a polaridade heterossexual e homossexual, com a escala H-H6, “[...] composta a partir do comportamento, reações e fantasias” (SENA, 2010, pp. 7-8), variando de zero a seis, também se torna bastante famosa.

²² De modo a não me prolongar, já que esta pesquisa tem a intenção de abordar a pílula anticoncepcional relacionada ao DIU (tendo essa agonística presente mais adiante no texto), cito alguns discursos. Além das práticas demonizadas das bruxarias, a anticoncepção é milenar, tendo os registros mais antigos encontrados em papiros de 1500 A.C. – acreditando-se, ainda, que foram copiados mil anos antes disso – recomendando: uso de pessários contendo acácia, colocíntida, tâmara e, ainda, misturar fezes de crocodilo com fermento e inserir na vagina (RIDDLE, 1997). Em seu livro, *Eve's herbs: A history of contraception and abortion in the west*, Riddle (1997) defende que a contracepção era feita, principalmente, por ervas, como: a romã (usava-se a pele da semente – na Antiguidade, na Índia, na África e no Pacífico); o poejo; a artemísia e a losna; a arruda; a mirra; o zimbro; a babosa; a salsinha; a sálvia; o alecrim; o tomilho; entre outras. Muitas delas são tóxicas, podem causar danos ao embrião ou feto (teratogênicas) e muitas foram/são utilizadas no Brasil. Em *The humble little condom: A history*, Collier (2007) conta que, no Egito, na Grécia e em Roma, na Antiguidade, os preservativos eram feitos com tripas, peles e bexigas de animais, amarradas com fita de couro. Os romanos associavam sexo, também, a doenças e, portanto, usavam camisinha – levavam ovelhas para a guerra, como fonte de comida e faziam preservativos com a bexiga desses animais – para as relações com as prostitutas que seguiam o exército (COLLIER, 2007). Angus McLaren (1997 *apud* Manica, 2009), por sua vez, cita uma série de práticas

2017, p. 324, grifos meus). A magia e a feitiçaria, com o uso de ervas e de plantas medicinais em práticas ritualísticas, seja na posição de curandeiras, de parteiras, de médicas tradicionais, seja de herboristas, foram uma fonte de emprego para muitas mulheres (FEDERICI, 2017, 2019). Contudo, Federici (2017, p. 324) conta que a associação entre bruxaria, contracepção e aborto apareceu, pela primeira vez, na Bula de Inocêncio VIII, o qual se queixava assim:

[...] através de seus encantamentos, feitiços, conjurações, além de outras superstições execráveis e sortilégios, atrocidades e ofensas horrendas, [as bruxas] destroem as crias das mulheres [...] Elas impedem a procriação dos homens e a concepção das mulheres; daí que nem os maridos podem realizar o ato sexual com suas mulheres nem as mulheres podem realiza-lo com seus maridos (KORS; PETERS, 1972 *apud* FEDERICI, 2017).

A caça às bruxas, com a Inquisição, tinha a premissa de: (i) apropriar-se do corpo das mulheres, com fim reprodutivo – uma maneira de criminalizar o controle da natalidade, a serviço do aumento da população e do acúmulo da força de trabalho; (ii) acabar com o uso popular de recursos naturais (de plantas e de animais) – em um processo²³ que abrangia cercamentos (delimitação de terras) e criminalização (e privatização) de uso de plantas para fins psicoativos – incluindo aqui, além das mulheres brancas, os povos colonizados e não brancos e os feiticeiros (PRECIADO, 2018). A *farmacopornografia*, então, tem raízes no limiar do capitalismo moderno e nas modificações dos meios de produção, passando-se dos sistemas medievais do final do século XV para: as economias industriais e coloniais; a biopolítica dos Estados-nação; e a configuração dos regimes de saber-poder das ciências humanas (saber técnico e científico) (PRECIADO, 2018). Ou seja, os regimes de saber-poder da ginecologia-obstetrícia passam a ser praticadas por médicos homens, mesmo que estes não tivessem os mesmos conhecimentos e práticas que as parteiras. Além disso, sublinho que, como explica Preciado (2018), não foi a partir do século XX que as mulheres brancas tiveram participação no mercado de trabalho. Os saberes que tinham e a riqueza que produziam foram expropriados nessa emergência da economia medieval, e, com isso e a partir disso, o capitalismo moderno pôde se consolidar.

contraceptivas usadas ao longo da história: além dos pessários, preservativos e aborto, já citados, havia as duchas vaginais, o coito interrompido, a abstinência e o aleitamento prolongado.

²³ Esse processo, segundo Preciado (2018, p. 159, grifos do autor), tem seu ápice no período moderno – sobre o qual versarei na próxima subseção – “[...] com a expropriação colonial de plantas, animais, corpos e saberes; a perseguição de produtores, consumidores e traficantes de ‘drogas’; a transformação gradual dos recursos naturais em patentes farmacêuticas; e o confisco por parte das instituições jurídico-médicas de todos os experimentos que envolveram autoaplicação”.

Nesse cenário, conduzo-me a iniciar outra subseção, que reforça essa abertura de “[...] portas para a entrada dos hormônios sintéticos (e, portanto, para as técnicas de controle de natalidade governamentais e endocrinológicas) no espaço doméstico” (PRECIADO, 2018, p. 186), e que, a partir disso, leva a uma *segunda onda* do feminismo, atento aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres.

2.2 A CONTRACEPÇÃO E SUA IRRUPÇÃO DISCURSIVA

O “tornar-se” de Beauvoir passou a ser representativo do movimento de *segunda onda* do feminismo, composto por discursos difundidos entre os anos de 1960 ao final dos anos 1980. Desafiavam-se, nesse movimento, as ideias de destino natural feminino e as inexoráveis noções de papéis sociais e tradicionais conferidos às mulheres. Para isso, destacava-se o caráter cultural das definições de feminilidade. É o que Haraway (2004, p. 216, grifos da autora) coloca:

A ‘segunda onda’ da política feminista em torno dos ‘determinismos biológicos’ *versus* ‘construcionismo social’ e das bio-políticas das diferenças de sexo/gênero ocorrem no interior de campos discursivos pré-estruturados pelo paradigma de identidade de gênero, cristalizado nos anos cinquenta e sessenta. O paradigma da identidade de gênero era uma versão funcionalista e essencializante da percepção de Simone de Beauvoir nos anos quarenta, de que não se nasce mulher.

Mas o grande marco desse tecno-genérico – e que interessa ao presente estudo – acontece em 1960, quando se comercializou a primeira pílula anticoncepcional nos Estados Unidos. No Brasil, ela chegou em 1962, e seus efeitos foram imediatos. Sua prescrição transformara os cenários políticos e sociais não somente (i) pelo controle da natalidade, (ii) pela dissociação definitiva entre sexo e reprodução e (iii) pela potencialização de novas construções e invenções do feminino, mas, sobretudo, (iv) pelo controle do corpo (medicalizando-o) e pela produção de subjetivação por um *dispositivo anticoncepcional* e um *panóptico ingerível* (PRECIADO, 2018).

No Brasil, assim como outros países de terceiro mundo, os métodos contraceptivos de base hormonal, não somente a pílula, passaram a ser amplamente divulgados, com o propósito de redução da população, em políticas internacionais (PEDRO, 2003). A pílula e o DIU foram comercializados sem qualquer impedimento desde o início da década de 1960 (PEDRO, 2003). A pílula, conforme Preciado (2018, p. 187) ressalta, embora tenha sido um projeto de Gregory Pinus, foi modificada e aperfeiçoada por John Rock, “[...] para ajudar a procriação de famílias católicas brancas estéreis”. Se ambos tinham ideias conflitantes em relação às mulheres brancas e suas funções em sociedade, não discordavam de que sujeitos não brancos e desviantes

deveriam ter a reprodução de seus corpos controlada pelo Estado, com o intuito de minimizar a fome, a pobreza e as doenças e, assim, de estabilizar a economia (PRECIADO, 2018).

Aliás, para colocar a pílula no mercado, era preciso receber aprovação do US *Food and Drug Administration* (FDA); para isso, Gregory Pinus e John Rock efetuaram testes, pelo Laboratório Searle, em mulheres pacientes psiquiátricas do Hospital em Worcester, para o controle da natalidade, e, ainda, em prisioneiros de Oregon, para diminuição e, também, para controle de “tendências homossexuais” nos homens (PRECIADO, 2018). Nesse cenário, Katherine McCornick, mencionada anteriormente, investiu na pesquisa “[...] sobre a Pílula a fim de combater a transmissão hereditária de doenças mentais” (PRECIADO, 2018, p. 188-189), evitando que pessoas com esquizofrenia (considerada hereditária naquela época) tivessem filhos. Os testes realizados em Worcester e Oregon não conduziram à aprovação da FDA por não terem sido suficientes, sendo, então, a ilha Porto Rico o novo *laboratório farmacológico biopolítico* (fim dos anos 1950 e início dos 1960) dos Estados Unidos (PRECIADO, 2018). Em meio a porto-riquenhas pobres, dóceis e sem instrução, às segregações de gênero (entre privado/público e doméstico/não doméstico) e de sexualidade (lugares de família e lugares de prostituição), às mulheres negras representadas como prostitutas/trabalhadoras do sexo, às modernizações e industrialização da ilha e às elevadas doses de progesterona, Preciado (2018) enfatiza que a definição de pílula tem que ser expandida para além de um método que controla a natalidade. Em suas palavras:

[...] a Pílula era uma nova *técnica farmacodoméstica* para (re)produzir raça, uma forma de eugenia biotecnológica neocolonial para controlar a reprodução das espécies. A partir dessa perspectiva, a Pílula funciona como um elemento material-semiótico (em suas encarnações tanto como molécula quanto discurso, máquina e substância orgânica) na gramática racial e sexual hegemônica da cultura ocidental obcecada, como argumentou Donna J. Hawaray, pela contaminação da linguagem, pela pureza da raça, pela separação dos sexos e pelo controle do gênero (PRECIADO, 2018, p. 203, grifos do autor).

Nesse ponto, nos Estados Unidos, o que Preciado (2018) chamou de *molécula contraceptiva* era um *dispositivo eugênico urbano* de controle do crescimento da população não branca e da população de nações que não eram de uma economia capitalista liberal. Na França, por exemplo, no período pós-guerra, as políticas de natalidade estavam fortes, e a pílula foi colocada no mercado somente em 1967 (PEDRO, 2003). No que denominou de *primeira “geração pílula”*, Diniz (2013) argumenta que, no Brasil, para as mulheres nascidas entre os anos de 1940 e 1959, o anticoncepcional não foi particularizado como uma “conquista revolucionária”, nem atribuído à estimada liberdade sexual. O uso dessa substância para as

mulheres era associado: ao controle e ao planejamento do número de filhos, mas que não se mostrou suficiente, já que era feito de maneira errada e, também, o método falhava; e, ainda, ao perigo para a saúde, já que se tangenciava aos vários efeitos colaterais, impingindo a procura pela laqueadura, associada à sua eficácia e à sua segurança. “Essa tensão entre ‘necessidade’ e ‘risco’ acompanharia o imaginário das mulheres nas gerações seguintes” (DINIZ, 2013, p. 317, grifos da autora).

De um lado, havia o Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 – Lei de Contravenções Penais –, que, não somente restringia, mas que proibia, em seu Art. 20, “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar o aborto ou evitar a gravidez” (BRASIL, 1941). De outro lado, havia as normas sociais e morais religiosas que pregavam o pró-natalismo e a obediência aos padrões morais e conservadores da sexualidade, além das controvérsias existentes em relação ao *planejamento familiar*. Ambos se configuraram como atravessamentos discursivos desses primeiros anos que não impediram o crescimento e o desenvolvimento vertiginosos do mercado de contraceptivos de base hormonal (DIAS, 2018).

As publicações do *Gazeta da Farmácia*, primeiro jornal especializado que circulava em todo o Brasil aos(as) profissionais da farmácia (desde farmacêutico, proprietários a demais funcionários da farmácia), conforme descreve Dias (2018, p. 727, grifos meus), “[...] são *dispositivos* agenciadores de interesses e opiniões, difusores de informações e novidades, espaços articuladores de ideias e saberes”. Além de oferecer um espaço para discussões políticas e para temas de formações acadêmica e profissional, esse jornal dedicou-se, dentre tantas outras funções, a informar ao seu público as inovações científicas nas áreas médica e farmacêutica. Com o advento da pílula nos Estados Unidos, as primeiras publicações desse jornal sobre a pílula apareceram em 1961, mas ainda atravessadas por discursos de uma *era getulista* (DIAS, 2018). Ou seja, a remissão a qualquer tipo de produto anticoncepcional era ligada a discursos de negação – ecoando o que estava prescrito na Lei de Contravenções Penais já citada. Mas, agarrando-se ao discurso de inovação científica, as publicações descreviam os primeiros anos da pílula e sua larga experimentação nos Estados Unidos, expondo, aos leitores, sua fórmula, a forma de administrá-la e alguns pontos positivos: “ausência de ‘efeitos secundários androgênicos’, preservação do ‘apetite sexual’, manutenção da ‘menstruação normal’, ‘gravidez [que] volta a ocorrer normalmente’ com a sua suspensão, reações gastrointestinais nas primeiras semanas que ‘desaparecem espontaneamente’” (DIAS, 2018, p. 732, grifos da autora).

Passou a ser, nos anos seguintes, um produto associado à *modernidade*, sendo este o termo que, ligado a uma série discursiva, proporcionava credibilidade à pílula, conduzindo à

aceitabilidade e à incorporação dessa tecnologia às práticas desses(as) profissionais da farmácia (equivalendo-se a já aceitação entre os ginecologistas e obstetras) (DIAS, 2018). Essa marcação desse produto em uma transição para um novo tempo, “[...] ‘a era da supressão voluntária da fertilidade’, como anunciava A Gazeta, servindo-se da declaração do professor Robert Greenblatt, da Universidade da Georgia, nos EUA” (DIAS, 2018, p. 732, grifos da autora), fez com que as restrições legais passassem a ser um problema a ser combatido. Era preciso que o controle da natalidade fosse aderido “[...] a exemplo do que ocorre em tantos países *civilizados* (O bloqueio..., out. 1964, p. 12)” (DIAS, 2018, p. 733, grifos meus).

Nos anos consecutivos, esse jornal discursivava a eficácia da pílula e acompanhava sua progressão nas indústrias farmacêuticas, com os *aperfeiçoamentos* desse produto, e os avanços das pesquisas científicas sobre hormônios sexuais, seus efeitos, riscos e segurança. Os discursos que se perpetuavam sobre dúvidas a respeito da segurança da pílula para a saúde das mulheres, por sinal, não foram motivos para que a importância do controle da natalidade fosse cessada, e a Gazeta continuava a defender o produto (DIAS, 2018). Ou seja, enquanto que “[...] efeitos como náuseas, dores de cabeça, ganho de peso, retenção hídrica e sangramentos pequenos eram tidos como eventos temporários e de menor importância” à saúde das mulheres, outros discursos causavam controvérsias. Câncer de mama, tromboembolismo e problemas cardiovasculares causavam tensionamentos e dúvidas, mas, ainda assim, eram justificados como um “mal necessário” (DIAS, 2018, p. 734), já que evitar a gravidez (*indesejada* ou *irresponsável*) seria o maior benefício. Mais uma vez, esse se configurou como sendo mais um meio de veiculação e de propagação dos discursos eugênicos de que a contenção da natalidade seria uma maneira de evitar o crescimento populacional de comunidades socioeconomicamente de baixo desenvolvimento, difundindo-se novos defensores da pílula e propagadores de seu consumo (DIAS, 2018).

Pedro (2003) explica que as políticas antinatalistas no Brasil estiveram associadas, assim como outros países da América Latina, à Revolução de Cuba, de 1959, uma vez que, para os norte-americanos, os países latino-americanos, com seu crescimento demográfico rápido e sua pobreza, seriam “[...] fortes aliados da revolução comunista” (PEDRO, 2003, p. 242). Conter a taxa de natalidade fazia parte de campanhas presentes na América Latina desde as décadas de 1950 e de 1960 (ALVES, 2006). Com isso, o Brasil sofreu pressões políticas de organizações internacionais para aderir às políticas antinatalistas, mas, com o regime militar em trânsito, esse debate não teve consenso, já que os discursos anticontrolistas também estavam em predominância, visando à *ocupação de espaços vazios*, argumentando-se que “[...] a

soberania nacional dependia da presença de brasileiros em todas as regiões do País” (FONSECA SOBRINHO *apud* PEDRO, 2003, p. 242). Dos anos 30, de Vargas, até os anos 60, com os militares, as políticas fortaleciam vínculo entre família e reprodução. Com estes últimos, havia a política populacional expansionista e o “Brasil potência”, em que a estratégia discursiva era, além de preencher espaços vazios, não contrariar os ideais da Igreja Católica (ALVES, 2006). Além disso, às elites brasileiras, o crescimento populacional não era um problema, uma vez que isso estava associado a esse período cunhado de “milagre brasileiro”, com elevação da economia (ALVES, 2006).

A modernidade inscreve-se, como já apontado, como estratégia biopolítica e econômica, já que exige das mulheres a disciplinarização, sendo estas diretamente responsabilizadas pelos efeitos econômicos e políticos. Se os anticontrolistas se inscreviam em uma política de Estado de “fazer viver” (FOUCAULT, 2018 [1976], p. 207), os racismos de Estado se materializam nos antinatalistas, sob a condição de exercer o direito de matar/rejeitar/expulsar o que é “biologicamente inferior”, em que “[...] a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura” (FOUCAULT, 2018 [1976], p. 215). Essa “cesura biológica” é o que Foucault (2018 [1976]) frisa como racismo (da problemática de raça dos séculos XVIII e XIX), fazendo parte do poder biopolítico. Anoto ainda: esse “[...] tirar a vida, o imperativo da morte, só é admissível, no sistema de biopoder, se tende não à vitória sobre os adversários políticos, mas à eliminação do perigo biológico e ao fortalecimento, diretamente ligado a essa eliminação da própria espécie ou da raça” (FOUCAULT, 2018 [1976], p. 215).

Costa (1986) destaca que, com a fundação da Sociedade Civil Brasileira de Bem-Estar Familiar (BEMFAM), em 1965, e (nos anos seguintes) do Centro de Pesquisas e Atendimento Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC)²⁴, destinados a fornecer anticoncepcionais às comunidades, o planejamento e o controle familiar eram claros. Especificamente em relação à BEMFAM, a autora (COSTA, 1986) realça a sua atuação nos estados nordestinos, com o oferecimento de anticoncepção, mas não garantindo assistência e acompanhamento à saúde das usuárias, prescrevendo-se métodos de alta eficácia, sem efetuar avaliação clínica das individualidades de cada paciente. Além disso, Costa (1986, p. 1135) destaca que outras instituições, comprometidas com uma “ideologia controlista”, voltavam-se para a realização de pesquisas sobre reprodução, fazendo testes, em mulheres, de outros contraceptivos, como os DIUs, os anéis vaginais e os implantes de levonorgestrel, por exemplo, “[...] sem obedecer

²⁴ Ainda nesta seção, descreverei algumas pesquisas que expõem discursos do CPAIMEC.

frequentemente, às disposições éticas e legais referentes à experimentação em seres humanos”. Mais uma vez, a família e as táticas relacionadas a ela, sob a função de garantia da produção de uma sexualidade, têm a mulher como centro do planejamento. O corpo das mulheres está no vértice entre um corpo individual que é preciso disciplinar e um corpo social atingido pelas estratégias biopolíticas que visam à higiene, ao controle da descendência e da raça pura da nação.

De modo a justapor os pontos de (ii) dissociação definitiva entre sexo e reprodução e de (iii) potencialização de novas construções e invenções do feminino, a pílula se tornou símbolo discursivo de uma emancipação feminina, que abrangia desde mulher moderna, mulher saudável, mulher com ciclo “regulado” até mulher liberta sexualmente, podendo ter amor livre (sexo sem casamento) e relacionamento aberto (sem compromisso com um único parceiro). Estavam em cadência esses discursos, juntamente com o acesso à contracepção e com a interrupção voluntária da gravidez. Contudo, esse processo de feminização está associado aos hormônios enquanto “[...] ficções sexopolíticas, metáforas tecnovivas que podem ser engolidas, digeridas, absorvidas e incorporadas” (PRECIADO, 2018, p. 205). Para além de uma *performatividade* de Butler, pensando-se em uma imitação técnica da materialidade do ser vivo, Preciado (2018) revela que a pílula não seria uma representação ou uma imitação de vestimenta, mas sim um processo biológico, o ciclo menstrual. Esses hormônios são, ainda, o que Preciado (2018) chama de *artefatos farmacopornográficos* que criam organizações físicas totalmente integradas às organizações políticas, médico-legais e de Estado-nação.

Assim, em 1960, a produção das mulheres estava fadada a uma autovigilância e uma disciplina de um hormônio doméstico e portátil, ao abrigo de uma revolução da embalagem de medicamentos. O *design*, proveniente de adaptação do protótipo do engenheiro David P. Wagner, fez da embalagem da pílula um distribuidor capaz de: auxiliar a memória, no que diz respeito à espacialização do tempo “[...] o que Foucault chamou de ‘sistema anatômico- cronológico de ação’, que combina arquitetura, design e movimento corporal, transformando o usuário em uma eficiente máquina (não) reprodutora” (PRECIADO, 2018, p. 212, grifos do autor); e, também, de facilitar e de disciplinar o manuseio e a ingestão. Nesse período, a embalagem seria sinônima da pílula, que, evocando um calendário, funciona, em sua autovigilância doméstica e privada, como um *dispositivo* (PRECIADO, 2018).

Nesse aspecto, conduzindo este texto para o ponto (iv), o controle do corpo (medicalizando-o) e a produção de subjetivação são frutos de um *dispositivo anticoncepcional* o qual, segundo Leal e Bakker (2017, p. 3), “[...] acabou impingindo às mulheres novas formas

de sujeição”. Por isso, essa pílula “[...] passa a ser considerada como um ícone da medicalização do corpo, um regime de saber-poder que marca, cada vez mais, a experiência subjetiva” (LEAL; BAKKER, 2017, p. 3). O controle hormonal doméstico regula a ovulação das mulheres e, ainda, com a embalagem, produz o corpo e a mente delas como sujeitos heterossexuais reprodutivos, sexuais e modernos de um sistema disciplinar de saber e de poder (PRECIADO, 2018). Essa materialização, em embalagem, faz da pílula um *panóptico ingerível* (PRECIADO, 2018), em referimento ao *Panóptico* de Bentham, que Foucault (2014 [1975] *apud* PRECIADO, 2018) não configura como unicamente dispositivo disciplinar, mas como a *materialização* de um saber-poder disciplinar. Pelo que se pode resumir, sem o controle extremo (somente seguindo o calendário da embalagem), sem o chicote (somente a administração oral), sem a cela (somente o corpo que consome e que é modificado), sem castigos e sermões (somente as recompensas e as promessas de uma liberdade sexual), é possível pensar a pílula

[...] como um panóptico químico leve, portátil, individual com o potencial de mudar o comportamento, programar ações, regular a atividade sexual, controlar o crescimento da população e a pureza racial e redefinir a aparência sexual (refeminizando-a sinteticamente) de corpos que se autoadministram a substância-embalagem (PRECIADO, 2018, p. 220).

Essa *tecnologia biomolecular* (PRECIADO, 2018) que é engolida pelo corpo nada mais é do que o poder sendo engolido pelo corpo, em uma biopolítica de governar os corpos livres. Tudo isso, sob a pertença de um poder positivo, acontece livremente pela alcunha de alcançar a liberdade sexual, de uma *servidão maquínica* (LAZZARATO *apud* PRECIADO, 2018), de um biopoder que não está exteriorizado, mas sim que reside dentro de casa, dentro do corpo. O que é importante revelar, com esses apontamentos, é que o regime farmacopornográfico teve o seu golpe mestre ao se utilizar da “[...] retórica revolucionária e emancipatória do movimento feminista dos anos 1960 para fazer passar a gestão química e contraceptiva do corpo feminino como uma *etapa da liberação sexual*” (PRECIADO, 2018, p. 245, grifos meus).

Ainda nessa década de 1960, mais especificamente em 1962, ocorria a I Conferência Internacional sobre DIU, nos Estados Unidos, organizada por Alan Guttmacher – presidente da *Planned Parenthood Federation of America* (PPFA) (FEBRASGO, 2017). Nessa conferência, Alan Guttmacher enunciou a necessidade de articular o novo tipo de contraceptivo destinado ao que chamou de “massas não ocidentais”, pois os métodos já oferecidos a elas (como os de barreira e os orais) não estavam sendo tão eficientes quanto em mulheres ocidentais, já que estas tinham instrução e motivação suficiente (TAKESHITA, 2012). Não era possível confiar nas mulheres de países em desenvolvimento para usar os anticoncepcionais

existentes, segundo ele (TAKESHITA, 2012). Estaria o DIU, para Guttmacher, posicionado como uma maneira de controle de natalidade de uma nação. Mesmo que alguns médicos presentes na conferência acreditassem não ser sensato fazer a inserção indiscriminada em todas as mulheres, acreditando que era preciso fazer o rastreamento delas e a exclusão daquelas que tinham condições prévias para infecções (já que isso provocaria infertilidade ou outros problemas graves com o uso do DIU), Guttmacher se opôs e minimizou essas colocações. Guttmacher continuou a defender o controle de populações do Sul global, como coreana, paquistanesa ou indiana, com o uso DIU, por ser barato e por essas mulheres, depois de terem o contraceptivo inserido, não poderem mudar de ideia (TAKESHITA, 2012). Em 1969, publicou *Birth Control and Love*, em que, de acordo com Takeshita (2012), fez a descrição de como os dispositivos eram inseridos nas mulheres submissas, como peças em máquinas em linha de montagem, em Hong Kong, o que provocou críticas de acadêmicas feministas, alcunhando seus discursos e práticas como “taylorismo ginecológico”. Takeshita (2012) descreveu que os defensores do controle populacional, que tinham a intenção de controlar (diminuindo) as taxas de fertilidade no Sul global, receberam bem o DIU como método de intervenção única.

Na II Conferência Internacional sobre o DIU, em 1964, os discursos sobre a preocupação com o crescimento excessivo da população continuavam a ser destaques. Nela, John D. Rockefeller III, como descreveu Takeshita (2012), declarou perspectivas sombrias de conter o aumento da população e de manter a ordem mundial: enunciando a crença na superioridade ocidental, deu a missão, aos participantes da conferência, de usarem a ciência para fornecer mecanismos para que o Sul global adotasse práticas modernas de planejamento familiar. Rockefeller III, aliás, teve papel fundamental (fazendo doações) para o funcionamento da *Population Council*, uma instituição importante, estabelecida em 1952, para o desenvolvimento, a manutenção e a melhoria do DIU. Muitos dos DIUs desenvolvidos por essa instituição foram feitos por países comunistas, como China, a antiga União Soviética e Cuba, mas as doações de Rockefeller III tinham fins para orquestrar o controle populacional. Apesar de manter-se discreta, politicamente neutra e não propagandista, como explica Takeshita (2012), *Population Council* recebeu fundos, também, da Fundação Ford e da USAID e tornou-se o instituto mundial mais proeminente voltado para a contracepção e as políticas demográficas, principalmente no Sul global. Em 1963, grandes programas de controle de natalidade foram feitos por essa instituição em Taiwan, Coréia do Sul, Turquia e Tunísia; em 1964, expandiu seus programas para a Tailândia, Filipinas, Quênia, Honduras, Barbados,

Marrocos e Irã (TAKESHITA, 2012). Juntamente com Guttmacher, *Population Council* interessou-se demasiadamente pela contracepção intrauterina, concedendo bolsas a pesquisadores (como Jack Lippes e Lazar Margulies).

A supremacia ocidental discursivizada por esses defensores do controle populacional tem reflexos dos escritos de Thomas Malthus e a lógica racializada de gênero. Na análise de Takeshita (2012), a ciência reprodutiva herdou a lógica da ciência populacional, em que os discursos neo-malthusianos, legitimando o desenvolvimento dos anticoncepcionais, adotaram a ideia de que a família deva ser pequena, através de práticas de gestão da fertilidade, as quais sejam adotadas e implementadas pelos homens ocidentais nos corpos de suas esposas, representando a relação normativa de gênero e lógica colonial.

Voltando à I Conferência Internacional sobre DIU, Jack Lippes “[...] apresentou sua experiência com seu dispositivo, que possuía cauda única filiforme e que veio a se tornar o DIU mais empregado nos Estados Unidos e no mundo” (FEBRASGO, 2017). Foi a partir disso que “[...] começaram a surgir cada vez mais novos modelos com materiais em aço inoxidável, com fios de prata, náilon e poliuretano e em espiral” (FEBRASGO, 2017). Essa nova experiência fez com que o DIU em formato espiral de Margulies, elaborado em 1960 (EDELMAN; BERGER; KEITH, 1979), mas com dimensões maiores, “[...] caísse no esquecimento” (CHEIN; BRITO; BRITO, 2000, p. 22). Em 1967, Jaime Zipper fez o que, na época, ficou conhecida, para os estudos sobre o DIU, como uma contribuição moderna e significativa, tanto pelo novo formato em T quanto pela sua composição somada de um fio com cobre enrolada à sua haste (EDELMAN; BERGER; KEITH, 1979), sendo o cobre o responsável pela atuação espermicida (FEBRASGO, 2017). Takeshita (2012), contudo, diz que o formato de T foi elaborado por Howard Tatum, e que Jaime Zipper, ao descobrir o efeito antifertilidade do cobre embutido no útero de roedores, combinou o formato de T com um fio de cobre enrolado em torno dele. Esse foi um marco para o início de uma nova geração de desenvolvimento do DIU, entrando para a categoria de dispositivos “inertes” (EDELMAN; BERGER; KEITH, 1979), contrariamente às anticoncepções hormonais.

Na Figura 2, há um pôster do *Dittrick Medical History Center, Case Western Reserve University* (TAKESHITA, 2012, p. 45), em que estão dispostos vários DIUs, em diferentes formatos e compostos por distintos materiais, desenvolvidos desde 1920. As variedades configuram o deslocamento do *design* tentando o que “melhor se adaptaria” ao útero (TAKESHITA, 2012). Takeshita (2012) explica que, em 1960, com o plástico flexível, foi possível que pesquisadores e produtores do DIU fizessem testes, experimentando vários tamanhos, formatos e áreas de superfície, com a pretensão de encontrar um DIU que ocupasse

a cavidade uterina, sem provocar sangramento e dor, simultaneamente diminuindo a taxa de gravidez e de expulsão. Ainda nessa imagem, há DIUs que foram avaliados nos anos de 1970, formados seja por plástico, por prata, por aço inoxidável, seja por tripa de bicho-da-seda (TAKESHITA, 2012).

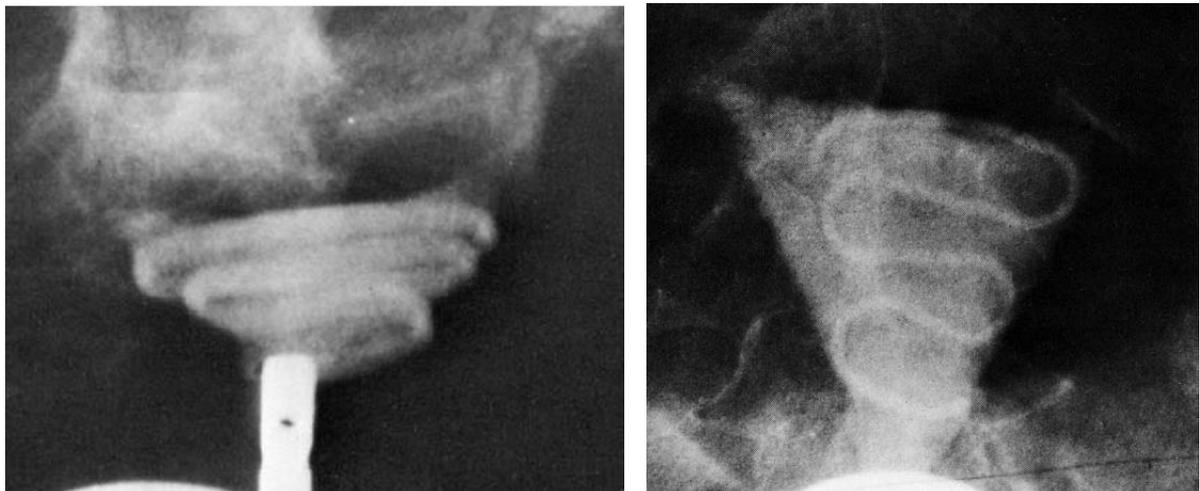
Figura 2 – Pôster – variedade de DIUs.



Fonte: Takeshita (2012).

Ainda que os estudos médicos sobre patologias uterinas fossem abundantes, na década de 1960, o funcionamento do DIU, para os pesquisadores, era um mistério (TAKESHITA, 2012). Era preciso ter estudos sobre um *útero normal* para o uso de DIU, segundo Takeshita (2012). A autora explica que, em virtude das incertezas, o útero passou a ser um território desconhecido e inexplorado que precisava ser investigado, sendo a visualização dele um aparato poderoso da ciência colonial. Como já comentado, “encher” o útero com o DIU era o mais importante, e, para poder investigar a localização do dispositivo no útero, Michael Burnhill e Charles Birnberg fizeram 70 radiografias de úteros, com seis diferentes tamanhos do DIU de arco de Birnberg inseridos neles. Tanto a visualização pela radiografia quanto o cálculo da área do útero se tornaram os conhecimentos concretos de como o DIU funcionava e de como o útero respondia. Ibrahim Kamal, contudo, foi o que elaborou um trabalho minucioso, dedicando 14 anos de estudos, tirando centenas de fotos de raios-X e publicando um livro, em 1979 – *Atlas of Hystero-graphic Studies of the “IUD- Holding Uterus”*. Na Figura 3, coloquei duas imagens de diferentes úteros, sobre os quais Kamal faz descrições (TAKESHITA, 2012).

Figura 3 – Radiografias – úteros com alça C de Lippes.



Fonte: Takeshita (2012).

Nas narrativas de Kamal, o primeiro útero (da esquerda da Figura 3) como sendo “irritável”. Por ser menor que o dispositivo, ficou repleto de manchas e provocou cólicas fortes. Em contrapartida, a outra imagem contém um útero maior, neste que Kamal diz ter o DIU ficado “solto e perdido” ou, ainda, “desorientado e deslocado”, causando sangramento indolor. Ao conseguir encontrar um dispositivo que encaixasse no útero completamente, encostando em todas as bordas, Kamal disse ter conseguido o resultado de uma “relação útero-dispositivo ideal”, sem que houvesse sangramento ou dor (TAKESHITA, 2012). Takeshita (2012) diz que, ao visualizar e descrever o efeito do DIU sobre o útero oculto, as imagens de radiografias

tornaram-se o conhecimento sobre o corpo das mulheres, para manipular a função biológica da reprodução, em convergência com a missão dos cientistas neo-malthusianos: a exploração de lugares exóticos, a fim de garantir o controle e a estabilidade destes. A articulação do corpo visível e da linguagem sobre o objeto, da medicina moderna analisada arqueologicamente por Foucault (2015 [1963]), materializa-se aqui. Além disso, Foucault (2017 [1976]) sinalizou o “casal malthusiano” como uma das quatro figuras que foi alvo de construção do saber, na preocupação com o sexo durante o século XIX.

As narrativas sobre o útero continuaram. Takeshita (2012) explica que, diante de inúmeros DIUs falhando, os desenvolvedores explicavam que o útero rejeitava o dispositivo por ser “zangado”, ou por estar “enviando uma mensagem”, ou por ser “incompetente”, ou por estar “resistindo” e “protestando”. Se Takeshita (2012), de um lado, diz ser uma revolta ou um protesto do útero à colonização e à agenda neo-malthusiana; de outro lado, há o medo dos desenvolvedores de os corpos nativos férteis ficarem fora de controle. O corpo das mulheres permanecem em associação tanto ao aparelho reprodutivo quanto às noções de instintivo e de irracional em alusão aos discursos de natureza (*versus* cultura), marcando, além da objetificação desses corpos (HARAWAY, 2004), a histerização e o assujeitamento deles (RAGO, 2013; SWAIN, 2013).

A busca pela relação corpo-tecnologia ideal não estava preocupada em satisfazer as mulheres individualmente, mas sim encontrar um dispositivo que servisse de maneira geral. Para isso, a biologização das mulheres (reduzidas à anatomia de seus úteros) e a padronização dos úteros foram discursos e práticas científicas essenciais para que as mulheres fossem consideradas como “população”, despojando-as de qualquer agência (TAKESHITA, 2012). Ainda que os úteros humanos sejam geralmente em forma de cone, como explica Takeshita (2012), variam em termos de tamanho, de largura, de estreite, de comprimento e, até mesmo, das formas triangulares. Apesar de isso se caracterizar um dilema entre os desenvolvedores, a opção foi pensar em uma dimensão que correspondesse a uma média de tamanhos. Takeshita (2012) diz que o útero padronizado configurou a normalização da relação entre corpo e tecnologia, a partir tecnociência do biopoder.

Há, ainda, uma polivalência tática suscitada: enquanto que os pesquisadores de anticoncepcionais apagam as diferenças entre as mulheres, colocando a biologia e a tecnologia como universais e aplicando essa universalidade nas mulheres, assemelhando-as fisiologicamente (TAKESHITA, 2012), há movimentos de eugenia e de controle populacional que privilegiam a fertilidade de mulheres brancas e de classe média e classe alta. Para Takeshita

(2012), o DIU pode ser pensado a partir da metáfora da difração, diante do conceito de Donna Haraway. A metodologia difrativa ilumina uma dinâmica: os desenvolvedores do DIU, ao mesmo tempo que obscurecem as diferenças entre as mulheres, constroem e apagam a agência delas.

Takeshita (2012) conta que, quando as mulheres norte-americanas conheceram o DIU em 1960, as ativistas de direitos à saúde reprodutiva endossaram, inicialmente, discursos de que esse seria um método alternativo de controle de natalidade e que poderia melhor atender às suas necessidades, principalmente quando, ao final dessa década, começaram a ser difundidas dúvidas a respeito da pílula. Posteriormente, enquanto que, na década de 1970, houve um aumento exponencial²⁵ do uso da pílula, o DIU²⁶ *Dalkon Shields*, em particular, provocou controvérsias. Desenvolvido, em 1968, por Hugh Davis, diretor da Clínica de Planejamento Familiar da Universidade Johns Hopkins, e vendido por A. H. Robins (AH Robins Company) entre janeiro de 1971 e junho de 1974 nos Estados Unidos, o *Dalkon Shield* era um dispositivo de plástico em forma de escudo, com ponta nas laterais (TAKESHITA, 2012). Davis também se utilizou das táticas visuais para propagar que o *Dalkon Shield* era um DIU “ideal” e que se acomodava nas variações uterinas. Esse era um dispositivo de formato largo e plano, com pernas de caranguejo ao longo das bordas, como explica a autora, de modo que, em formato de escudo, não migrasse para baixo do útero e fosse expelido. Além de provocar aumento de irritação e de dor, milhares de mulheres tiveram infecções, abortos sépticos e infertilidade permanente, e, a partir de estudos de terceiros, foi cinco vezes maior a taxa de gravidez com esse dispositivo, diferentemente do que foi anunciado (TAKESHITA, 2012).

De acordo com Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), esse DIU tinha sua eficácia muito superior em relação aos demais, contudo, sua cauda com multifilamentos propiciava a propagação de bactérias (FEBRASGO, 2017). Assim, foi responsável pela alta incidência de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) (CHEIN; BRITO; BRITO, 2000). Takeshita (2012) cita que, com o DIU *Dalkon Shield*, nos Estados Unidos, as fronteiras que separavam mulheres brancas com ensino superior e mulheres negras sem ensino médio se desestabilizaram, pois as lesões esterilizantes associadas ao DIU afetaram mulheres

²⁵ Pedro (2003, p. 243) coloca, em números que, no ano de 1970, “[...] 6,8 milhões de cartelas de pílulas anticoncepcionais foram vendidas e, em 1980, este número subiu para 40,9 milhões. Muito deste consumo foi certamente de mulheres das camadas médias, já que as das camadas populares poderiam obtê-las, de forma gratuita, através de organismos como a BEMFAM [...]”.

²⁶ É também nos anos 70 – ainda que não seja esse o foco da presente pesquisa – que Scommegna e colaboradores confirmaram que a ação de progesterona liberada, de forma lenta, diretamente no útero, possibilitava o uso de DIU sem os seus efeitos colaterais de excesso ou de irregularidade de sangramento (EDELMAN; BERGER; KEITH, 1979). No caso, seria uma etapa do desenvolvimento do DIU com liberação hormonal.

brancas em grande proporção (tanto quanto mulheres negras). O diferencial é que as mulheres brancas optavam pelo DIU, de modo a não precisarem utilizar pílula. Apesar de saberem dos possíveis efeitos colaterais, muitas mulheres escolhiam o DIU, pois não havia mais opções disponíveis. Takeshita (2012) conta um relato de uma mulher branca de 25 anos que, após ter engordado usando a pílula, solicitou a inserção do DIU *Dalkon Shield* no serviço de saúde da universidade, com base nas informações e notícias que havia recebido. Essa escolha resultou em uma infecção pélvica grave e prolongada, conduzindo-a a passar por uma cirurgia que a deixou estéril.

Em 1974, *Dalkon Shield* teve sua produção suspensa, em virtude das indenizações e das reclamações²⁷ (FEBRASGO, 2017). Foi nesse cenário que o uso de DIU passou a ser condenado midiaticamente e publicamente, associado ao comprometimento da futura reprodução (CHEIN; BRITO; BRITO, 2000). Takeshita (2012) conta que Bárbara Seaman é um exemplo de feminista que expôs, através de livro, o quanto o DIU era um método favorável (logo no início dos anos 1960), e que, depois, em 1977, fez outro livro advertindo essa contracepção.

Nesse regime enunciativo, uma série de acontecimentos e de estratégias díspares, mas que têm o corpo das mulheres como objeto, terão lugar: na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, ocorrida de abril a maio de 1968 (USP, 2019), em Teerã. Nela, proclamou-se o direito de os pais determinarem, por suas vontades, a quantidade de filhos e o intervalo entre os nascimentos deles; nesse espaço em que as “verdades absolutas” passaram a ser relativizadas (CARVALHO, 2001b), a encíclica, de Paulo VI, *Humanae Vitae*, em julho de 1968, precisa ser acentuada como parte desse regime de enunciados sobre o uso de métodos contraceptivos. A Igreja Católica, de modo nada discreto ao suporte de sua ética moral, rememorou a sexualidade conjugal como sendo consagrada, sob o exercício matrimonial, e que o ato sexual estaria ligado à procriação. A pílula foi condenada, assim como o aborto, a esterilização direta, os métodos de barreira ou outros métodos que impedissem “a transmissão da vida”. Os casais que afirmassem terem evitado a gravidez tinham a absolvição negada pela Igreja, sendo somente o método do ritmo (ou da tabelinha) o permitido (PEDRO, 2003). “A Igreja, neste momento, não só está reforçando a imagem do sexo ligado à procriação como também a imagem do corpo como algo sagrado, cujo uso está restrito a certas normas e regras por ela impostas” (CARVALHO, 2001b, p. 164).

²⁷ Nos anos 1980, em virtude disso, a companhia faliu (FEBRASGO, 2017).

Nas políticas públicas do Brasil, os cuidados específicos à saúde das mulheres, ainda, estavam voltados a estratégias baseadas na maternidade (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Nagahama e Santiago (2005) explicam que, no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, de 1971, especificavam-se “[...] programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e nutrição”. A atenção à saúde materno-infantil e o bem-estar da família – o que inclui, por exemplo, questões de fertilidade e de esterilidade das mulheres –, eram questões acordadas e recomendadas internacionalmente, e o Brasil seguia esses moldes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em 1975, aliás, na V Conferência Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, com a criação do Programa de Assistência Materno-Infantil (PSMI), enfatiza que o grupo materno-infantil “[...] caracteriza-se por condições bio-psico-sociais que o tornam mais vulnerável aos riscos de adoecer e morrer” (BRASIL, 1975, p. 50) e que, por isso, precisa de atenção adequada às suas necessidades, com destaque para a nutrição do grupo infantil e para a garantia de condições para um organismo saudável das mulheres gestantes, parturientes, puérperas e as que estavam em idade fértil. Em meio ao governo do general Geisel, Costa (1986, p. 1134, grifos da autora) explica que, como umas das metas do Plano Nacional de Desenvolvimento do governo militar, o programa não se voltava para as mulheres, mas sim para seus filhos e para uma valorização dos discursos sobre a saúde da população, em uma “[...] linha doutrinária da segurança nacional, cuja concepção visava garantir nascimentos para ocupação dos espaços físico-geográficos vazios”, com uma população hígida, sadia e vigorosa. Posteriormente, em 1978, o Ministério da Saúde criou o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR); este também sofreu críticas dos movimentos sociais, uma vez que o classificavam como sendo controlista: “Os chamados critérios de identificação de risco adotados pelo programa encaminhavam um controle de nascimentos entre pobres, negros e outras populações ‘descartáveis’” (COSTA, 2009).

De 1975 a 1994, funcionou, em postos espalhados por diversas comunidades nas periferias da cidade do Rio de Janeiro, o CPAIMC – já citado neste texto, juntamente com a BEMFAM. Esse centro de pesquisa, financiado por entidades internacionais, oferecia serviços primários de saúde para mulheres e crianças, especialmente no que diz respeito ao planejamento familiar com o fornecimento de métodos contraceptivos (pílula, inserção de DIU e a realização de esterilizações cirúrgicas) (BHERING, 2014). Contudo, Bhering (2014) relata que o CPAIMC, estando ligado à agenda internacional de controle da população, recebeu a acusação de “[...] promover o controle populacional e a esterilização em massa de mulheres pobres e

negras, [...] foi alvo de oposição de diversos setores da sociedade, com destaque para movimentos feministas, movimentos negros e setores da esquerda” (BHERING, 2014, p. 18). Com isso colocado, o CPAIMC se mostrou como um espaço que discursivisava o acesso à serviços básicos de saúde às mulheres e à infância, mas que praticava, através de postulados neomalthusianos (BHERING, 2014), a contenção da pobreza e de corpos degenerados com o controle de natalidade.

Os anos finais da década de 1970 marcaram-se pela estabilização da pílula, e um grande número de mulheres brasileiras já fazia uso desse dispositivo contraceptivo (DIAS, 2015 *apud* DIAS et al, 2018). A eficácia, a segurança e as oportunidades médicas e sociais foram responsáveis por discursos favoráveis e controversos envolvendo diversos sujeitos, entre as décadas de 1960 e 1970. Isso acarretou na derrogação Lei de Contravenções Penais, através da Lei nº 6.734, de 04 de dezembro de 1979, simbolizando, legalmente, a estabilização dos métodos contraceptivos no Brasil (DIAS *et al.*, 2018).

Nessa rede de discursos, gostaria de trazer à tona uma modalidade que, pela primeira vez, colocou em foco a sexualidade da mulher no âmbito da cultura de massa. Leiamos: “O avanço do feminismo é exatamente não ter modelos. Antigamente nos obrigavam a ter um papel estereotipado, e hoje queremos liberdade para acontecer individualmente” (SUPLICY, 1984, p. 252). Esse é um dos discursos de uma sexóloga que se propagaram, nos primeiros anos da década de 1980, tanto pelo *TV MULHER* – um programa da Rede Globo (Figura 4) –, apresentando o quadro *Comportamento Sexual*, quanto pelos seus artigos publicados no Jornal Folha de S. Paulo. Gostaria de trazer Suplicy à tona justamente pelo seu impacto de massa e pela sua relevância na produção de imaginários sobre as mulheres, a sexualidade e a contracepção. Martha Suplicy (1984)²⁸, que conversava com o *mulherio* (SUPLICY, 1984), disse ter experienciado o feminismo pela primeira vez nos Estados Unidos, 13 anos antes (em relação ao texto *Por que uma mulher torna-se feminista*, publicado em 1983); quando as mulheres queimavam *soutiens* e uma amiga lhe explicou: “[...] Enquanto o preço para um homem abrir a porta de um elevador para mim custa 1.000 dólares anuais no meu salário, eu mesma abro” (SUPLICY, 1984, p. 198). Seus dizeres eram permeados por suas visões sobre o feminismo e pela luta por transformação das estruturas sociais de poder instituídas pelo homem,

²⁸ Em seu livro *A condição da mulher: amor-paixão-sexualidade*, Martha Suplicy reúne seus mais variados artigos publicados, originalmente, na Folha de S. Paulo entre os anos de 1980 e 1984, “[...] com medo de aquilo tudo se perder” (SUPLICY, 1984, p.09), pois, ali estava o desenvolvimento tanto do seu pensamento quanto da sua conscientização como mulher.

com implicações mais abrangentes do que a reivindicação de igualdade entre homens e mulheres: a transformação das estruturas de poder (SUPLICY, 1984).

Figura 4 – Martha Suplicy no quadro *Comportamento Sexual* – Programa TV MULHER.



Fonte: Memória Globo (c2020).

Além disso, detinha-se a dialogar com as mulheres sobre sexualidade, prazer, desejo, masturbação, reprodução, maternidade, enfim, assuntos que, ainda em tempo de ditadura, sofriam repressão. Propunha-se a informar e a desmistificar a sexualidade e o papel sexual da mulher e suas intrincadas relações com suas condições políticas e sociais. Nessa esteira, contudo, mostrou-se, nesses seus escritos, avessa ao que chamou de *liberação sexual*. Logo em seu prefácio, já se propõe a dar “[...] um grito de alerta para as que embarcam de bobeira no *atletismo sexual*” (SUPLICY, 1984, p. 10, grifos meus), declarando que este era fruto da confusão existente entre liberdade sexual e “promiscuidade” (SUPLICY, 1984, p. 196). Para a sexóloga, era preciso ter cuidado com a troca de uma repressão para uma obrigação e normalização sexual.

A respeito da anticoncepção, Suplicy (1984), colocando o exemplo do que foi manifestado no Congresso Feminista sobre Saúde, Sexualidade e Aborto, ocorrido em 1983, no Rio de Janeiro, revelou que médicas sanitárias do Nordeste denunciavam a distribuição em larga escala de pílulas anticoncepcionais em suas comunidades sem quaisquer restrições médicas e suas orientações e sem bula. “Qual sua composição? Certamente alguma proibida de venda nos EUA” (SUPLICY, 1984, p. 193). Com esse discurso, Suplicy (1984) colocou-se em uma posição favorável às feministas que requeriam a reivindicação sobre o planejamento familiar. Não que fossem contra a anticoncepção, mas que houvesse liberdade de as mulheres poderem escolher a anticoncepção que lhes conviesse, tendo informações básicas e

acompanhamento de saúde e sendo orientadas da mesma maneira como se tivessem planejado engravidar. A sexóloga escreveu, ainda, que o planejamento familiar não pode ser justificado pela pobreza, pela população excessiva e pela poluição, mas sim pelo direito das mulheres sobre seus próprios corpos.

Referindo-se às que nasceram de 1950 a 1960, Suplicy (1984) pôs-se a refletir sobre como essa geração de mulheres, principalmente as universitárias e mais politizadas, mostrando-se independentes, autônomas e proprietárias de seus próprios corpos, “[...] começou a vida sexual precocemente, *se entupiu de pílula anticoncepcional*, trabalhou para se manter e muitas acabaram sustentando o companheiro” (SUPLICY, 1984, p. 253, grifos meus). Para ela, isso não deu certo. Ela afirmou, no entanto, que essas mulheres estariam buscando outros caminhos, já que: “Horrorizaram-se com o que fizeram com o próprio corpo em termos de anticoncepção, como abusaram do aborto e como a proposta com o homem não se manteve” (SUPLICY, 1984, p. 253). Frisou ainda que, depois de 20, 30 anos (segundo depoimentos que ouviu), essas mulheres mostraram-se arrependidas de não terem encontrado em seus relacionamentos um provedor, um protetor, um pai. Toda essa conjuntura, para Suplicy (1984, p. 254), foi o que desencadeou a nova geração dos anos 1980 a pensar que o importante era “[...] cuidar da saúde, aborto nunca, pílula jamais, dar de mamar para o filho [vinha] antes de trabalhar fora...”. Sua preocupação, assim, era o possível retrocesso que poderia se estender, já que a nova geração não teria consciência do quanto as feministas brigaram pelos seus direitos e que tudo isso não passou de uma falta de estrutura emocional e de uma urgência por uma identidade própria. Mais uma vez, é a polivalência tática que permeia esses discursos sobre a pílula, estando esta alçada aos discursos de emancipação e, ainda, aos discursos de corpo não saudáveis.

Fecho parênteses para realçar que movimentos organizados por mulheres se destacavam, nesses primeiros anos da década de 1980, nos âmbitos do poder público, sobretudo para requererem seus direitos em relação à saúde reprodutiva – sendo esta parte de uma atenção à integralidade da saúde das mulheres –, visando à livre escolha do número de filhos, aos métodos de controle de fertilidade e ao oferecimento de métodos contraceptivos eficazes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). *Saúde da mulher* torna-se destaque em debates públicos e em propostas políticas sendo proveniente do lema “Nosso corpo nos pertence”, das feministas dos anos 1970 (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Após grupos de mulheres se fascinarem, em 1970, pelo modelo de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), desenvolvido na Universidade de Campinas (Unicamp), com a intenção de torná-lo nacional, em 1983, “[...] um grupo que reuniu sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e

pesquisadores das universidades elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Resultado da convergência de interesses e de concepções do movimento sanitário e do movimento feminista e da polivalência desses discursos, e pensado para promover a saúde das mulheres em sua integralidade, o PAISM teve, como base (BRASIL, 2005a), o documento *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática* (BRASIL, 1984a). Ele preconizou, através da articulação dos esforços governamentais (Federal, Estadual e Municipal), o oferecimento de:

[...] assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer térvico-uterino e mamário, e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984a, p. 6).

Nesse aspecto, pensar a integralidade²⁹ como assistência (e não atenção) à saúde envolve a oferta, pelo Estado, de ações globais de atendimento às necessidades das mulheres (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Com o PAISM, de acordo com Medeiros e Guareschi (2009), foi que houve a inclusão da contracepção nos documentos, a partir do entendimento das mulheres como sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, atendendo-se, assim, a questões referentes aos direitos reprodutivos, o que rompe com o enfoque central dos programas de saúde anteriores. O documento (BRASIL, 1984a) enuncia, ainda, a partir de discursos estatísticos, que a pílula seria o mais perigoso dos anticoncepcionais, devido à nocividade à saúde, e que, naquele ano, o número de mulheres de 20 a 24 anos que já estavam esterilizadas era muito alto, alegando que essa não seria a melhor alternativa.

A inclusão de *planejamento familiar* nesse documento também se destinava à equidade de atenção à saúde, devendo ter sua atribuição a esta e, portanto, “[...] não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde” (BRASIL, 1984a, p. 15). Esta, aliás, foi uma premissa muito enfatizada no texto, o que Medeiros e Guareschi (2009) supõem ter sido um realce para a não vinculação e associação do PAISM ao controle populacional, “[...] exatamente quando o governo brasileiro sofria pressões externas para adotar uma política demográfica explícita” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 40). Nessa esteira, por sinal, Corrêa e Ávila (2003, p. 45, grifos das autoras) descrevem que a formulação do PAISM também foi importante para “[...] corrigir a distorção que já podia ser observada em relação ao crescimento da ‘preferência pela

²⁹ Nas próximas etapas de escrita da dissertação, o termo “integralidade” receberá mais atenção, sendo associado ao corpo social e à biopolítica.

laqueadura””, lembrando, aqui (como já comentado), as organizações que ofereciam planejamento familiar, mas que funcionavam a partir da perspectiva controlista, fazendo esterilizações e laqueaduras em massa, sem prestar informações necessárias a essas mulheres.

Percebeu-se, posteriormente, que esse conceito de integralidade não era suficiente para abarcar todas essas questões. Conforme Corrêa e Ávila (2003) salientam, a legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos foi feita de forma paralela ao amadurecimento das noções de saúde sexual e reprodutiva. Foi em Amsterdã, em 1984, no “Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos”, ocorrido no 4º Encontro Internacional Mulher e Saúde, que o conceito *direitos reprodutivos* foi referenciado, sendo proveniente de “[...] uma construção teórico-conceitual elaborada pelo movimento de mulheres” (COELHO, 2006). E, em 1985, a ONU reconheceu, na Conferência de Nairobi, que os direitos reprodutivos tinham que ser promovidos visando à aquisição de posição junta das mulheres em sociedade (COELHO, 2006). Coelho (2006, p.19-20) explica que, após essas colocações, os direitos reprodutivos “[...] são direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam responsabilidade pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade”, além da decisão da quantidade de filhos.

Nesse regime enunciativo, em 10 julho de 1984, foi publicada, no Diário Oficial da União (DOU), a Portaria nº 6, de dia 06 de julho do mesmo ano, pelo diretor da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED), que mencionava “[...] a necessidade de se dispor, no país, de método alternativo da contracepção, eficaz e reversível”, no caso: o DIU de cobre (BRASIL, 1984b). Resolveu-se:

Baixar instruções sobre registro, produção, fabricação, controle de qualidade, comercialização, exposição a venda, propaganda, prescrição, aplicação, uso, controle de uso e acompanhamento de usuErias de dispositivos intra-uterinos (DIUs), contendo cobre.

Ainda nesse documento, foram estipuladas: as indicações de uso (mulheres em período de aleitamento; a idade e a paridade da paciente são aspectos a serem considerados no momento da indicação – descrevendo que, à medida que a idade e a paridade aumentam, aumentam-se, também, a eficácia e a tolerância e diminui-se a incidência de efeitos colaterais); as contraindicações absolutas (gravidez ou suspeita de; infecções pélvicas agudas ou subagudas; má formações uterinas; presença ou suspeita de neoplasia uterina; sangramento genital desconhecido); as contraindicações relativas (dentre tantas, menciono, infecções pélvicas de natureza inflamatória recorrente; anemia; e alergia ao cobre); as advertências (gravidez;

infecção pélvica; incrustação; perfuração); os efeitos colaterais (os mais constados, de acordo com o documento, são a endometriose; o aborto espontâneo; o aborto séptico; a perfuração de útero; a fragmentação do DIU; a expulsão completa ou parcial do DIU; a gravidez ectópica; o prolongamento do fluxo menstrual; a anemia; as dores na lombar; a reação cutânea alérgica e, ainda, a perfuração do abdômen que resultar em aderências abdominais, a perfuração intestinal, obstrução intestinal e massas císticas pélvicas); e as instruções de uso (BRASIL, 1984b). Com isso citado, faço notar que muitas dessas questões do corpo físico (de aborto, de expulsão do DIU, de infecções, de perfuração e de idade para inserção, por exemplo) serão continuamente discursivizadas ao longo desta dissertação, a contar com a análise das entrevistas.

Volto à Takeshita (2012) para descrever como se deu a reintrodução do DIU no mercado norte americano, em 1988, com a nova marca do dispositivo T de cobre: ParaGard. Tanto pesquisadores autônomos quanto pesquisadores filiados ao *Population Council* tiveram seus esforços voltados para algumas estratégias de reabilitação do DIU: (i) isolar o dispositivo *Dalkon Shield* como o DIU perigoso, eliminando-o, dando lugar ao DIU de cobre T; (ii) culpabilizar o comportamento sexual das usuárias; (iii) excluir mulheres sem filhos (nulíparas); e (iv) evitar processos litigiosos de forma antecipada com a implementação do consentimento informado.

A começar pela primeira estratégia, Howard Tatum, da divisão biomédica do *Population Council*, foi quem conduziu estudos que explicavam que o DIU *Dalkon Shield* era excepcionalmente perigoso: a cauda de multifilamentos do *Dalkon Shield* servia como um pavio, puxando as bactérias da vagina para a cavidade uterina (TAKESHITA, 2012). Apesar de AH Robins Company tentar contrargumentar, a teoria da cauda torcida é aceita pela comunidade médica, também atualmente, segundo Takeshita (2012), como explicação para os ferimentos e as mortes provocados por *Dalkon Shield*.

Quanto à segunda das estratégias, nos anos 1980, diversos estudos epidemiológicos foram feitos, associando a quantidade de parceiros das mulheres que usam o DIU e o aumento da taxa de infecção grave de DIP. Em 1988, o Estudo de Saúde da Mulher especulou, segundo Takeshita (2012), que o risco de DIP aumentaria se as mulheres que usassem DIU tivessem mais de um parceiro (atividade promíscua). Por isso, para os autores da pesquisa, seria interessante que as usuárias de DIU fossem casadas (ou em coabitação), já que estas tinham a probabilidade maior de terem relacionamentos monogâmicos, diminuindo-se o risco de contrair doença infecciosa. Assim, a partir de interpretações de outros pesquisadores, de que a promiscuidade sexual aumentava os riscos à saúde associados ao uso do DIU, tornou plausível a culpabilização das próprias usuárias pelas lesões provocadas. Com isso, manter alguns

usuários de DIU responsáveis por seus próprios ferimentos também facilitou o processo de retorno do DIU.

A terceira das estratégias foi a exclusão de mulheres nulíparas, já que muitas das mulheres que ficaram estéreis com o *Dalkon Shield* foram mulheres jovens que nunca tiveram filhos. Em 1970, havia um modelo de DIU, chamado nullip, comercializado por A. H. Robins e destinado a essas mulheres nulíparas, o qual, sem comprovações de eficácia, feriu e esterilizou diversas mulheres. Durante os anos 1980, diversos estudos produzidos, que associavam o aumento de chance de infertilidade em usuárias de DIU nulíparas, tiveram resultados confusos, como explica Takeshita (2012), o que provocou discursos de tabu sobre o DIU. Muitos pesquisadores, no entanto, verificaram que esses estudos consideravam, nos percentuais, usuárias de *Dalkon Shield* e não levavam em consideração a história prévia de DIP das pacientes e se a infecção poderia ter sido transmitida no momento da inserção do DIU. Com isso, a recomendação contra a prescrição de DIU para mulheres nulíparas foi revertida pela comunidade internacional de planejamento familiar, e, em 1995, a *Population Reports* também não mais proibiu o DIU para essas mulheres. Ainda que, internacionalmente, tivesse sido liberado, o DIU de cobre T continuou a ser limitado para mulheres com filhos, nos Estados Unidos. A autora comenta outra conclusão que pode ser empreendida desses discursos: as mulheres que já têm filhos provavelmente terão menos arrependimentos em ficar inférteis, se comparadas às mulheres nulíparas, estas que seriam mais propensas ao arrependimento e ao litígio. Tanto a segunda estratégia quanto esta construíram uma nova usuária de DIU: mães, casadas, mais velhas e que não se interessavam em manter a fertilidade. Com a redefinição das usuárias, os desenvolvedores do DIU voltaram a argumentar que a tecnologia é segura, e que os DIUs anteriores foram inseridos em *mulheres erradas* (TAKESHITA, 2012).

Continuando, a quarta estratégia de retorno do DIU foi a maneira de confortar os médicos a voltarem a praticar a inserção do DIU em suas pacientes, através do consentimento informado. Esses quatro pontos ainda, como se verá na análise das entrevistas, aparecerão nos discursos, de forma que as regularidades farão notar o funcionamento do dispositivo microprotético DIU.

As quatro estratégias são investimentos estratégicos para a formulação do “corpo seguro”, espécie de normalização biomédica tática pela qual o corpo das mulheres, desta feita para a funcionalidade do uso do DIU, passou a ser disciplinado à recorrência de exames, à monogamia sexual e ao consentimento informado, e à formulação do corpo perigoso, considerado de risco, cujas lesões provocam protestos públicos, prejudicam a imagem dos DIUs

e a lucratividade que eles proporcionam. Essas quatro estratégias foram de grande valia, ainda, para sinalizar para o restante do mundo que esse método contraceptivo era seguro para todos. A retirada do DIU nos Estados Unidos teve reflexos não somente no mercado interno, mas na distribuição do método em programas de planejamento familiar no exterior, com o entendimento de que os Estados Unidos estavam “despejando” dispositivos inseguros para mulheres no Sul Global. Takeshita (2012) descreve a biopolítica desperta: a exclusão de mulheres ocidentais e sem filhos, ao mesmo tempo que o método visa às massas, incluindo mulheres sem filhos.

É preciso notar, também, a intersecção dos documentos com a biopolítica racializante. Como se sabe, ainda na década de 1980, como alternativa ao movimento feminista, as ativistas negras, criticando esse movimento por não contemplar a questão racial em suas ações, empreenderam o chamado feminismo negro³⁰ (DAMASCO, 2009). Segundo Damasco (2009), essa formação esteve associada aos debates e às ações concernentes à saúde reprodutiva da população negra no Brasil, a partir dos anos de 1970³¹. Mas foi em 1980 que o tema de saúde reprodutiva com recorte racial se pôs em cena, baseando-se, sobretudo, nas denúncias de esterilização cirúrgica, por esta estar sendo usada para o controle de natalidade nas mulheres negras (DAMASCO, 2009), conforme já comentado nesta dissertação. Contudo, Damasco (2009) explica que uma das denúncias feitas foi em 1982: o caso do documento *O Censo de*

³⁰ O feminismo negro também teve sua formação contribuída pelo movimento negro (principalmente, o contemporâneo – iniciado em 1970), a partir de dois pontos de divergência: primeiro, em virtude de as mulheres negras terem uma posição secundária no movimento negro (inclusive nos cargos), não sendo incluídos conceitos de gênero nas discussões; e, segundo, em razão das divergências que tinham sobre a saúde reprodutiva. Este segundo ponto, Damasco (2009, p. 66) explica: “O embate mais significativo envolveu militantes do movimento negro e participantes do Programa de Saúde da ONG paulista Geledés. Os primeiros condenavam a prática da esterilização cirúrgica nas mulheres negras por entenderem que gerar filhos seria uma tarefa política das mulheres negras. Em contraposição, o Geledés e algumas militantes do MNU de Belo Horizonte afirmavam que a questão dos direitos reprodutivos deveria ser analisada, levando-se em consideração as necessidades e os desejos das mulheres negras. Assim, uma das metas do Programa de Saúde do Geledés era a regulamentação da prática da esterilização cirúrgica para que essa não fosse exercida sem controle e de forma abusiva”. Aliás, antes mesmo do MNU, já havia no país diversos grupos e organizações voltados para a discussão do racismo, mas que não cabe a esta pesquisa descrevê-los.

³¹ É importante citar algumas militantes negras: (i) Kimberlé Crenshaw, mulher negra, jurista e estadunidense, que conduziu, aos discursos feministas, o conceito de interseccionalidade, em 1989, com a intenção de abarcar as mulheres negras às causas, colocando que a combinação entre raça e gênero, além de não significar somente um somatório de opressões, não era suficiente para lutar contra essas particularidades das mulheres negras, havendo a combinação de diversos outros fatores (CRENSHAW, 1989; 1991); (ii) a escritora americana bell hooks e um de seus livros *Ain't a woman: Black women and feminism*, de 1981, no qual a autora colocou o debate racial também no âmbito do feminismo no Estados Unidos (DAMASCO, 2009); e (iii) Lélia Gonzalez que, no Brasil, foi uma das fundadoras do MNU, deu “[...] atenção para o silenciamento das mulheres negras, indígenas, trabalhadoras, dentre outras, inclusive dentro do movimento negro” (MONTEIRO, 2020, p. 68) – criando, com outras feministas negras, o coletivo de mulheres negras *Nzinga* – e defendeu o resgate da voz das negras, das latinas e das periféricas, “amefricanizando o feminismo” (GONZALEZ, 1984 *apud* MONTEIRO, 2020) – contrariamente, aos saberes do Norte que, em sua maioria, são decorrentes da homogeneidade (do padrão europeu, branco, escolarizado, de classe média e heterossexual) que não representa as mulheres negras (MONTEIRO, 2020).

1980 no Brasil e no Estado de São Paulo e suas curiosidades e preocupações, escrito pelo economista Benedito Pio da Silva. Esse economista, membro de um dos Grupos de Assessoria e Participação (GAP), do Paulo Maluf (governador de São Paulo – de 1979 a 1982), materializou nesse documento (distribuído aos demais GAPs) a intenção do governo de encontrar estratégias de impedir a natalidade da população parda e negra, já que esta estava demonstrando superar a população de brancos. Os membros dos GAPs tinham o receio de que isso se refletisse na política, com ascensão de pessoas pardas e negras em cargos importantes no país. Em seu depoimento, o deputado Luiz Carlos Santos declara: “O que o senhor Benedito Pio da Silva propõe como solução nesse relatório é o controle da natalidade entre negros e pardos, por intermédio do Pró-Família, isto é, esterilizando pessoas dessa cor de pele” (*apud* DAMASCO, 2009, p. 108). Com mobilizações do Partido dos Trabalhadores (PT) e de militantes de organizações negras e com a o lançamento de um manifesto pelo Movimento Negro Unificado (MNU), o afastamento do Benedito Pio da Silva do governo de São Paulo ocorreu em agosto de 1982. O documento escrito por ele foi arquivado (DAMASCO, 2009).

Outros dois pontos se mostraram essenciais para as feministas negras na luta pela saúde reprodutiva, associada às suas próprias especificidades: (i) o Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), criado em 1986, em Salvador, e as campanhas publicitárias de sua inauguração; e (ii) dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), feito pelo IBGE, de 1986 (DAMASCO, 2009). Em relação ao primeiro, Damasco (2009) conta que o CEPARH, dirigido pelo médico o Elsimar Coutinho, fez divulgações, em *outdoors* expondo crianças e mulheres pretas com a inscrição: “Defeito de fabricação”. A intenção era convencer a população da Bahia a controlar a natalidade. Quanto ao PNAD, essa pesquisa, além de divulgar estatísticas de características populacionais (como migração, educação, rendimento, trabalho, enfim), exibiu dados relativos aos métodos contraceptivos mais utilizados pelas brasileiras nesse período (DAMASCO, 2009). Dos contraceptivos citados (pílula, DIU, diafragma, espermicida, preservativo, coito interrompido, abstinência, tabela, *billings* ou muco vaginal e esterilização cirúrgica), a pesquisa demonstrou que os mais utilizados eram a esterilização, seguida da pílula. Contudo, Damasco (2009) diz que os altos índices apontaram para a esterilização de mulheres de 15 a 54 nas regiões de Maranhão, Goiás e Pernambuco (prevalecendo, então, a região Nordeste), que têm, majoritariamente, concentração de população parda e negra. A intersecção raça, gênero, maternidade e contracepção, como se verá, permanecerá marcada nos discursos e práticas do Brasil.

Vou adiante. Passados dois anos da Constituição Federal de 1988, a qual manifesta, em seu Art. 196, que a “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) é estabelecido na redemocratização do Brasil. Sua regulamentação é feita tanto pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a), quanto pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do [...] SUS [...] e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b).

Torna-se obrigatório, com o SUS, o atendimento de qualidade a todo cidadão das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal, sustentando-se pelos seus princípios de universalidade, de equidade e de integralidade – conforme consta na primeira cartilha do SUS, *ABC DO SUS: doutrinas e princípios* (BRASIL, 1990c). Para inquirir sobre os modos pelos quais o gênero³² é discursivizado a partir desses princípios – ou na sua ausência estratégica –, cito Ferraz e Kraiczky (2010) que apontam que, para garantir acesso universal, é preciso que o SUS reconheça que há desigualdades sociais e, com isso, que implemente políticas e estratégias para minimizá-las. “Se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, então a política de saúde construída no âmbito do SUS deve reconhecer a existência dessas desigualdades e respondê-las, com vistas à promoção da equidade de gênero” (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 70).

O movimento, porém, parte de um acúmulo de discursos e lutas. Em 1987, juntamente com o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM) organizou a I Conferência Nacional de Saúde da Mulher, em Brasília, em que foi produzido o documento *Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes*. Nele, dentre várias propostas elencadas, destacaram-se os pontos sobre a legalização do aborto e sobre as investigações a respeito do alto número de esterilizações cirúrgicas praticadas no Brasil (DAMASCO, 2009). As ações do CNDM também se mostraram fundamentais para as questões de saúde e de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, somando-se às ações concernentes à luta pelo direito, às doenças sexualmente transmissíveis e ao surgimento da aids.

³² Ainda nesta seção, voltarei a discorrer sobre o termo gênero e os atravessamentos discursivos sobre ele na agenda dos feminismos.

Faço, aqui, um adendo sobre os primeiros anos da década de 80, do século XX, sobre emergência da pandemia de hiv/aids³³. Em uma rede discursiva que açambarca desde uma doença parasitária rara que atinge um tipo de sujeito (homem homossexual), passando pela definição de outros sujeitos, os 4H (homossexuais, haitianos, hemofílicos e hieromanos), Treichler (1987 *apud* LARA, 2020) explica que era existente uma relação entre as mulheres e aids durante grande parte da vida útil da doença. “Somente ao final de 1986, o Centro de Controle de Doenças expandiu a lista dos sujeitos que estariam em ‘alto risco’ às parcerias sexuais das pessoas desses grupos” (LARA, 2020, p. 14, grifos da autora). Ainda segundo Lara (2020, p. 14) essa invenção de um modelo da doença (homossexual e promíscuo), portanto, “[...] só depois passa a feminino e heterossexual ou, ainda nas palavras de Treichler (1999), de uma história da doença que embora múltipla, é lida principalmente a partir de um texto que não existe: o corpo do homem homossexual”.

Contudo, Camargo Jr. (1994 *apud* LARA, 2020; BUTTURI JUNIOR, 2016) expõe que autores consideravam o *grupo de risco* da doença como sendo os 5H: os quatro já mencionados somados aos *hookers* (prostitutas). Lara (2020) diz que é preciso assumir que considerar a soropositividade relacionada ao corpo das mulheres forjava outras categorias, ou seja: a presença das prostitutas. Essa emergência estava presente nos discursos que afirmavam que “[...] as mulheres atingidas pela epidemia eram as negras, hispânicas, parceiras de usuários de drogas, prostitutas ou usuárias de drogas, separando-as das mulheres brancas de classe média. Haveria aquelas que eram a causa da epidemia e aquelas que precisariam ser protegidas” (LARA, 2020, p. 15). Nesse aspecto, essa rede de discursos faz tanto remissão à individualização e disciplinarização dos sujeitos que vivem com hiv quanto retomam a higiene e o controle da população (BUTTURI JUNIOR, 2016b). Butturi Junior (2016b, p. 62, grifo meu) explica que Néstor Perlongher, em *O que é AIDS*, a partir de suas leituras foucaultianas, faz “[...] notar que a aids deve ser lida como um *dispositivo*, justamente por sua capacidade de produzir formas de subjetividade de acordo com estratégias políticas urgentes e específicas”. Nesse caso, o dispositivo da aids³⁴, nessa construção de identidades substancializadas, de um

³³ Em conformidade com Butturi Junior (2016b) e Lara (2020), neste texto, com exceção das citações, farei o uso das siglas hiv e aids em letras minúsculas, de modo a desnaturalizar não somente as próprias siglas como também os discursos de estigmatização e de espetacularização dos sujeitos operados nelas.

³⁴ Butturi Junior (2016b) explica que a estigmatização biopolítica dos corpos dos anos 1980 e dos anos 1990 difere-se da dos anos subsequentes, havendo um deslocamento do dispositivo da aids e, conseqüentemente, exigindo novas formas de ser sujeito. Há, segundo o pesquisador, com a produção da Terapia Antirretroviral (TARV) e com as formas de subjetividade ligadas a ela, o *dispositivo crônico da aids*, já que a aids se torna uma doença crônica.

lado, fazia essa “[...] negação inicial da possibilidade de contaminações heterossexuais” (BUTTURI JUNIOR, 2016b, p. 65) (com expressões como o “câncer gay” e GRID – *Gay-Related Immune Deficiency*), de outro lado, as origens do vírus associada a “[...] versões africanistas imemoriais” (BUTTURI JUNIOR, 2016b, p. 65).

Aproveito esse ponto para retornar ao texto da Débora Diniz (2013) e fazer notar que as mulheres da *segunda* “geração pílula” (nascidas entre os anos de 1960 a 1970) passaram pela epidemia do hiv/aids e, segundo a autora, sobreviveram às clandestinidades dos métodos abortivos e das clínicas para esse fim. Além de ser a geração que, como já situei – nos pontos (ii) e (iii) sobre o marco do tecno-gênero da pílula –, foi perpassada pela dissociação entre sexo e reprodução e pela potencialização de novas construções e invenções do feminino, foi também, a geração que “[...] corporificou a revolução das tecnologias reprodutivas” (DINIZ, 2013, p. 319). Fazendo parte destas, estão: o bebê de proveta e o congelamento de óvulos e de espermatozoides. A partir do que Diniz (2013) expõe, é possível colocar que as tecnologias reprodutivas tiveram, dentre tantas particularidades: a subversão – com a resistência à família heterossexual e aos arranjos conjugais e de parentalidade – com a formação de casais lésbicos com filhos; a reprodução biológica não somente para a infertilidade, mas para a técnica de produção de bebês de uma medicina mercadológica; o corpo das mulheres sendo submetido a testagens de novas tecnologias, estas que, muitas vezes, não cumprem com o que prometem; o projeto de mulheres de classe média e classe alta que, talvez, atrasaram a maternidade por conta da carreira profissional com o uso de anticoncepções; a produção de corpos, de subjetividades e de tecnologias, com objetificação de doadores de sêmen, de úteros de aluguel e de gestantes de substituição (aquelas que gestam o feto para outra mulher); a gemelaridade como um efeito dessa reprodução técnica; e, ainda, ligado a esta última, a redução embrionária (retirada de um dos fetos de uma gestação múltipla) discursivizada e praticada como uma necessidade de saúde, mas, mesmo sendo uma prática abortiva (corrente) nessas clínicas, é moralizada como medicalização da produção de bebês de laboratório.

Antes de partir para a próxima subseção desta dissertação, retorno ao dispositivo da aids para anotar que o final dos anos 80 produziu discursos ativistas do movimento *queer*, que se alimentou do ativismo do *AIDS Coalition to Unleash Power* (ACT UP) e dos movimentos de luta contra o hiv/aids – diferenciando-se, “[...] em muitos casos, dos rumos oficiais do movimento LGBT e às suas pautas internacionais de reconhecimento de direitos, considerando esse movimento como pouco subversivo e conformista” (REA; AMANCIO, 2018, p. 4). A teoria *queer*, no final dos anos 1980, representou, também, segundo Preciado (2018), a primeira

crítica ao uso do termo gênero³⁵ pelas feministas (além de representar reivindicações aos movimentos intersexuais e transexuais).

Nos anos de 1960 e 1970 as feministas, segundo Nicholson (2000), utilizavam-se dos discursos de fenômenos biológicos para explicar as diferenças entre mulheres e homens (e a dualidade: feminino e masculino) nos papéis sociais. Nesse caso, “[...] o conceito de ‘gênero’ foi introduzido para suplementar o de ‘sexo’, não para substituí-lo. Mais do que isso, não só o ‘gênero’ não era visto como substituto de ‘sexo’ como também ‘sexo’ parecia essencial à elaboração do próprio conceito de ‘gênero’” (NICHOLSON, 2000, p. 11, grifos da autora). Como exemplo, a autora cita Gayle Rubin, esta que lança a expressão “sistema sexo/gênero”, que tem a definição imbuída de associação entre “sexualidade biológica” e “significados culturais” construídos (NICHOLSON, 2000). Com isso dito, Nicholson (2000) diz que seria preciso que os feminismos abandonassem o fundacionalismo biológico (e o determinismo biológico)³⁶, já que “[...] a população humana difere, dentro de si mesma, não só em termos das expectativas sociais sobre como pensamos, sentimos e agimos; há também diferenças nos modos como entendemos o corpo” (NICHOLSON, 2000, p. 14). Assim, criticando o sistema sexo/gênero, a autora coloca, como sugestão, pensar as mulheres em suas semelhanças e diferenças (que se cruzam), entendendo que os corpos são historicamente construídos, variando em contextos distintos. É preciso assumir que as “[...] propostas sobre as ‘mulheres’ não são baseadas numa realidade dada qualquer, mas que elas surgem de [...] lugares na história e na cultura [...]” (NICHOLSON, 2000, p. 38, grifos da autora) e que são atos políticos. Preciado (2018, p. 116, grifos do autor) explica que há obstáculos nessas definições culturalistas das feministas das primeiras ondas, perpetuando-se em efeitos desastrosos “[...] nas atuais ‘políticas de gênero’”, em que: sexo é entendido como uma verdade anatômica e um dado biológico (e,

³⁵ O termo *gênero*, segundo Preciado (2018), é usado na biologização do sexo, inicialmente, em discursos biotecnológicos (não vinculado aos discursos feministas). Cito, aqui, uma parte do que o autor coloca: “Em 1955, o psicólogo infantil John Money, que tratava ‘hermafroditas’ e ‘bebês intersexuais’, tornou-se a primeira pessoa a fazer uso da categoria gramatical de gênero como uma ferramenta clínica e de diagnóstico. Junto com Anke Ehhardt e Joan e John Hampson, ele iria desenvolvê-la como parte de um conjunto de hormônios potenciais ou técnicas cirúrgicas para modificar os corpos dos bebês nascidos com órgãos genitais ou cromossomos que a medicina – com seus critérios visuais e discursivos – não conseguia classificar como estritamente femininos e masculinos. Às rígidas classificações sexuais do século XIX, John Money opôs a maleabilidade do gênero, utilizando técnicas bioquímicas e sociais. Quando usou a palavra gênero para definir um papel social ou identidade psicológica, pensava essencialmente na possibilidade da utilização de tecnologias (de hormônios a técnicas sociais, como aquelas empregadas em instituições administrativas e pedagógicas) para modificar o corpo ou produzir intencionalmente subjetividade a fim de conformá-lo a uma ordem visual e biopolítica pré-existente, que foi prescritiva para o que se supunha ser um corpo humano feminino ou masculino” (PRECIADO, 2018, p. 109-110).

³⁶ Nicholson (2000) chama de fundacionalismo biológico a construção, a partir de artefatos culturais, da relação entre corpo, personalidade e comportamento.

por isso, não pode sofrer influências culturais); e gênero tem a função de enunciar as diferenças sociais, culturais e políticas que as mulheres têm em diferentes sociedades e momentos históricos. Na década de 1980, então, Teresa de Lauretis e Judith Butler “[...] começaram a mostrar que a segunda onda de feministas compartilhava acriticamente a própria estrutura epistemológica sexo-gênero que tinha como objetivo questionar” (PRECIADO, 2018, p. 117).

Com isso posto, direciono-me a outra subseção, em que me atento aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres a partir dos anos 1990, acrescidos dos discursos de uma *terceira onda* do feminismo, da teoria *queer* e de outros deslocamentos de uma memória discursiva, para verificar em que medida esses discursos transitam considerando “[...] a antiga palavra de ordem do movimento feminista: ‘Filho não é só da mãe, é do pai, da família, da sociedade e do Estado’” (COELHO, 2006, p. 21, grifos da autora).

2.3 SISTEMA ÚNICO, POLÍTICAS CENTRADAS E DISCURSOS DE GÊNERO

Relembro que os deslocamentos de práticas e de discursos descritos não se configuram como progressos, e sim como discursos ditos em emergências (FOUCAULT, 2017 [1976]), e continuo, nesta subseção, essa observação das práticas de biopolítica e de governamentalidade, verificando (dentre outras transformações): até que ponto as políticas são pensadas em um sistema único, mas seccionadas em grupos de vulneráveis? Para isso, percorro de 1990 a 2019, passando por deslocamentos outros que não somente dos discursos das políticas (que, a um certo tempo, transcorrem de progressistas a ultraconservadores), mas também dos movimentos de mulheres, dos feminismos, de médicos, de políticos e de pró-vidas. Trago também, aos escritos, a brevidade das políticas municipais, já que esta pesquisa se centra no microespaço do SASC e sua atuação na região de Florianópolis.

De modo a dar continuidade com a década de 1990, faço notar uma conferência que demonstrou o redirecionamento (a perda de força) do conceito de planejamento familiar, passando a emergir e ser destaque o conceito de direitos reprodutivos (COELHO, 2006): a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Cairo, no ano de 1994. Nela, foram delineados acordos internacionais, assumidos por diversos países, em que foram planejadas ações a favor do bem-estar social, dos direitos humanos, da igualdade de gênero³⁷ e da saúde e dos direitos

³⁷ Nessa conferência, os termos igualdade e emancipação são postos em consonância ao termo empoderamento: “4.1. O empoderamento e a autonomia da mulher e a melhoria de seu status político, social e econômico são, em si mesmas, um fim de alta importância. Além de ser essencial à realização de um desenvolvimento sustentável.

reprodutivos. Especificamente em relação aos direitos de saúde reprodutiva, nessa conferência, em seu Princípio 8 (do total de 15), foi declarado que (UNFPA, 2007, p. 44):

Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer.

A expressão *direitos reprodutivos* foi criada, segundo Corrêa e Ávila (2003, p. 20), pelas feministas norte-americanas, estendendo-se ao “[...] consenso global de que este era um conceito mais completo e adequado (do que saúde da mulher) para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres”. Assim, passou a ser um termo discutido não somente pelas feministas, mas também por ativistas e acadêmicos dos direitos humanos, sendo esses esforços desaguados na Conferência de Cairo (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Nessa conjuntura, o fim da seção anterior pode ser retomado aqui: incluir os direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos amplia seu sentido (COELHO, 2006) e sugere o deslocamento (ou a tentativa dele) da reprodução como sendo recolhida à esfera privada, passando-se para a esfera pública (para além do planejamento familiar). É no Capítulo VII da Conferência que esse direito é descrito, e exponho parte da ação 7.3 (UNFPA, 2007, p. 62-63, grifos meus):

7.3 [...] os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais **sobre direitos humanos** e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de **decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer**, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu **direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos**. [...]³⁸

Nesse documento, aliás, o conceito de direitos sexuais não foi somado aos direitos humanos (CORRÊA; ÁVILA, 2003). Corrêa e Ávila (2003) explicam que a formulação dos direitos sexuais teve base nos movimentos gay e lésbico na Europa e nos Estados Unidos, sendo difundido (ainda que difusamente), para movimentos feministas, que passaram a considerar como crucial a sexualidade para a transformação da desigualdade de gênero. Mas, na Conferência de Cairo, de 1994, “[...] algumas delegações introduziram o termo direitos sexuais

Plena participação e parceria tanto da mulher quanto do homem são necessárias à vida produtiva e reprodutiva, inclusive a partilha das responsabilidades no cuidado e alimentação dos filhos e na manutenção da família” (UNFPA, 2007, p. 49-50).

³⁸ Apesar de o discurso ser pela livre decisão de reprodução, sem discriminação, o aborto, nesse documento de Cairo, foi adotado como um problema grave de saúde pública (CORRÊA; ÁVILA, 2003), cujas legislações punitivas foram revisadas na Conferência de Beijing, de 1995 – da qual falarei logo na sequência.

como estratégia de barganha, para que os direitos reprodutivos estivessem garantidos no texto final” (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 21). É nesse ponto que trago à tona as críticas à limitação da compreensão de direitos sexuais estritamente ligados à reprodução. Dessa perspectiva, Mattar (2008) lembra da necessidade de ser feita essa desvinculação, visando à não exclusão de pessoas com outras sexualidades (para além da heterossexual) e a lutas desses sujeitos por direitos ao prazer, independentemente da reprodução. Foi somente em 1995, em Beijing, na realização da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que se definiram os direitos sexuais das mulheres como direitos humanos³⁹. Além disso, também foram pautas dessa Conferência de Beijing⁴⁰: (i) abertura de discussões sobre relações raciais e étnicas (RIBEIRO, 1995 *apud* BRANDT, LAVARDA, LOZANO, 2017); e questões sobre o princípio de transversalidade de gênero, traduzido de *gender mainstreaming*⁴¹ (BANDEIRA, 2004). Em relação a este segundo ponto, adotou-se a garantia da incorporação de melhorias para as mulheres em todas as dimensões da sociedade “[...] – econômica, política, cultural e social, com repercussões nas esferas jurídicas e administrativas, incidindo em aspectos como a remuneração, a segurança social, a educação, a partilha de responsabilidades profissionais e familiares e a paridade nos processos de decisão” (BANDEIRA, 2004, p. 12). A transversalidade de gênero⁴² significou, aos governos, não somente a incorporação dela sob forma de secretarias específicas para mulheres, mas a assimilação dela em todas as políticas públicas propostas pelo Estado (BANDEIRA, 2004, p. 12).

Voltando aos direitos reprodutivos, é possível pensar em uma polivalência tática ao ser implementado esse conceito. Para isso, cito Scavone (2000), que coloca, por um lado, uma positividade nessa institucionalização, uma vez que, com ela, há: mais divulgação, conhecimento e visibilidade da problemática da saúde reprodutiva; maior compromisso

³⁹ Cito parte do Objetivo IV desse documento em que os direitos sexuais (e os direitos reprodutivos) são colocados como direitos humanos: “ 96. Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências” (UNFPA, 1995, p. 179).

⁴⁰ Blay (1999 *apud* BRANDT, LAVARDA, LOZANO, 2017, p. 71) explica que, apesar de o Brasil ter assumido o compromisso de efetivar as ações colocadas na Conferência de Beijing, “[...] buscando melhorias em relação à discriminação contra mulher, mortalidade materna, emprego, participação na esfera de decisão etc., somente dois anos depois da Conferência estudaram a viabilidade dessa proposta”.

⁴¹ A transversalidade de gênero ou *gender mainstreaming* emergiu dos movimentos internacionais de mulheres, uma vez que suas demandas e reivindicações para os Estados Nacionais e instituições governamentais estavam sendo escassas. Em 1975, na Conferência Mundial de Mulheres, realizada em México, já haviam sido formuladas propostas e recomendações para a melhoria da condição de vida das mulheres no mundo e de acesso às oportunidades que os homens tinham (BANDEIRA, 2004).

⁴² Mais adiante, retomarei as questões de gênero tanto para as feministas quanto para as políticas públicas de saúde.

nacional e internacional das organizações governamentais a partir das metas estipuladas nas conferências internacionais; e, ainda, maior reconhecimento das reivindicações feministas a esse respeito. Por outro lado, contudo, os organismos internacionais, ao utilizarem a noção de direitos reprodutivos, contribuem para “[...] descaracterizar a dimensão política feminista desses direitos, cujos princípios, baseados inicialmente na idéia de autonomia e liberdade, passaram a ser utilizados como estratégia de divulgação e de manutenção de métodos contraceptivos pesados, tais quais a esterilização [...]” (SCAVONE, 2000, p. 4).

“Virada do século” foi como Pinto (2003) chamou o início dos anos 1990 para os movimentos feministas, situando dois pontos: (i) houve a dissociação entre o movimento e o pensamento feminista; e (ii) o movimento feminista se profissionalizou ao terem sido criadas Organizações Não Governamentais (ONGs) voltadas para as questões das mulheres. “Enquanto o pensamento feminista se generaliza, o movimento, por meio das ONGs, se especializa” (PINTO, 2003, p. 91). No primeiro desses pontos, na década de 1990, segundo a autora, não teve a expansão de movimentos sociais, mas condições foram criadas para que houvesse a incorporação dos discursos públicos. A exemplo disso, Pinto (2003) expõe quão significativa foi a diminuição da legitimidade que as piadas e anedotas machistas, homofóbicas e racistas tinham, partindo dos movimentos identitários em geral, a contar com os feministas. O período eleitoral é outro exemplo. Com o crescente aumento da dedicação das questões do direito das mulheres nas campanhas eleitorais, a presença desses discursos em propostas de candidatos à presidência mostrava que era um tema relevante (que poderia dar votos) e que existia um feminismo difuso na sociedade. “Esse feminismo difuso não tem militantes nem organizações e muitas vezes é defendido por homens e mulheres que não se identificam como feministas” (PINTO, 2003, p. 93). Por sua vez, no segundo ponto, Pinto (2003) explica que, provenientes dos anos 1970 e 1980, com formações diversas (advogadas, médicas, psicólogas, assistentes sociais e educadoras), muitas mulheres fundaram ONGs para exercer suas profissões congregando esforços para as causas feministas. Seria uma “onguização” do feminismo brasileiro (GROSSI, 1997 *apud* PINTO, 2003) as inúmeras ONGs feministas no Brasil, com objetivos distintos, que deu ao movimento a segmentação das lutas. Contudo, a autora assinala que o feminismo nessa década tomou formas a favor de manifestações que criticavam um feminismo essencialmente branco, de classe média, heterossexual e intelectual que se mostrava como sendo o principal representante das mulheres. “A reação a isso deu origem a uma profusão do que se poderia chamar de *feminismos*” (PINTO, 2003, p. 97, grifo meu).

O CNDM (citado anteriormente nesta dissertação), na década de 1990, passou por uma crise por conta de críticas que recebia de setores conservadores do Ministério da Justiça, os quais eram contra o aborto (DAMASCO, 2009). “Em virtude dessa crise do CNDM, a temática dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva passa a ser discutida pelas ONGs e grupos de mulheres que emergem no contexto nacional [...]” (DAMASCO, 2009, p. 86-87). Essas organizações feministas utilizaram-se de meios de comunicação, conseguiram estabelecer redes e fóruns para articular políticas, tanto nacionalmente quanto internacionalmente, o que contribuiu para a inclusão das demandas sobre direitos reprodutivos e sexuais das mulheres na agenda das conferências da ONU (DAMASCO, 2009). Duas ONGs, dos exemplos que Pinto (2003) cita, coloco aqui: a Articulação Mulher Brasileira (AMB), que foi criada e se organizou para a ida de mulheres brasileiras à Conferência Mundial, em Pequim, de 1995; e a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, conhecida como RedeSaúde, formada em 1991, que faz o acompanhamento da implantação de políticas públicas concernentes à saúde das mulheres e que tem atuação de destaque na defesa pela implementação do aborto legal, disponibilizando serviços para isso nos hospitais públicos do país. “Foi nessa conjuntura – caracterizada pela atuação das mulheres no âmbito parlamentar, nos movimentos sociais e pelos eventos internacionais – que se legitimaram os conceitos de direitos reprodutivos, direitos sexuais, saúde reprodutiva e saúde sexual” (DAMASCO, 2009, p. 87).

Também a década de 1990 foi marcada pela consolidação do ativismo das feministas negras contra as esterilizações cirúrgicas. Em novembro de 1990, foi iniciada a Campanha Nacional Contra a Esterilização de Mulheres Negras, com duração de dois anos e sendo liderada pela médica e ativista negra Jurema Werneck (DAMASCO, 2009). Damasco (2009) conta que a ativista atuava, ainda, no Programa de Mulheres do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP). A campanha criada se baseava especialmente nos dados do PNAD de 1986 (já comentado nesta dissertação), marcando-se com o seguinte *slogan*: “Esterilização – Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro!” (CEAP, 1990 *apud* DAMASCO, 2009, p. 115). O CEAP tinha, então, o propósito de reivindicar, diretamente ao governo: a punição para genocídio; a não discriminação de sexo, raça e classe social; e o fim da esterilização em massa (DAMASCO, 2009). A autora destaca um trecho do documento que diz:

Milhões de mulheres negras e mestiças esterilizadas por acreditarem que esta é a única forma de evitar filhos; falta de informação e acesso à maioria dos métodos anticoncepcionais; profissionais de saúde, clínicas e hospitais particulares lucrando com a esterilização; governo brasileiro e entidades internacionais financiando o controle da natalidade e o extermínio de negros e mestiços (CEAP, 1990 *apud* DAMASCO, 2009, p. 115).

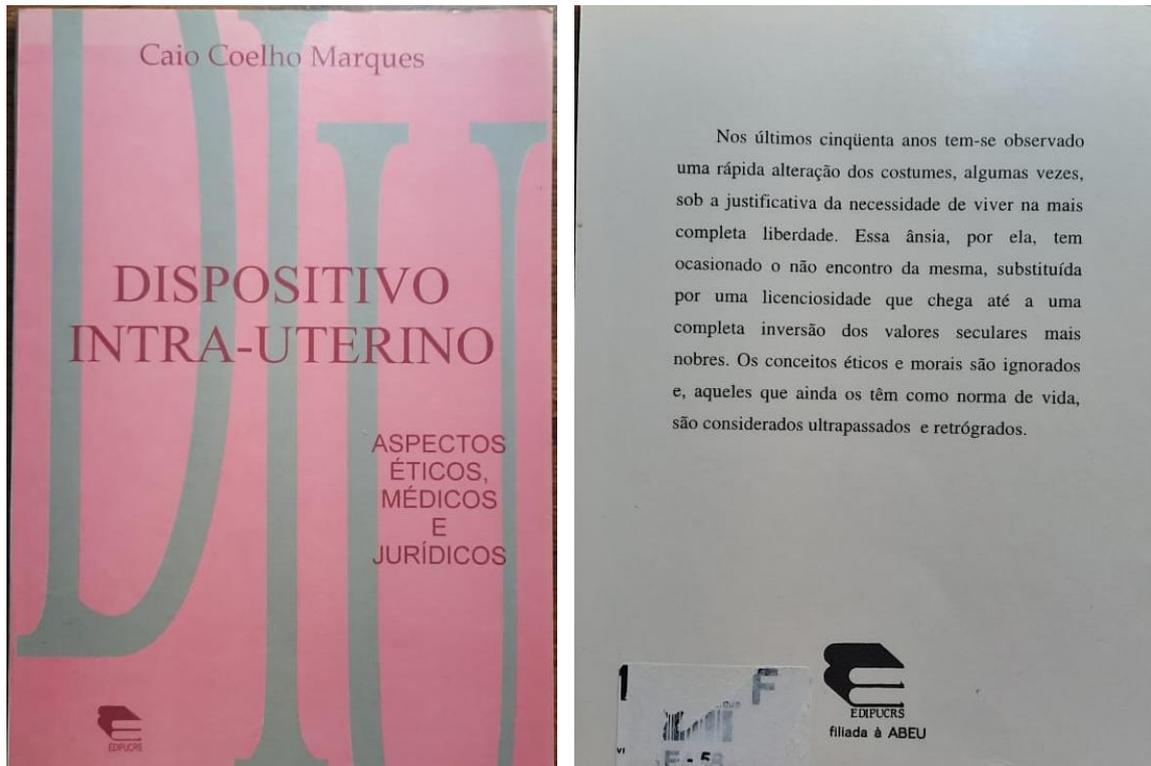
Além do CEAP, havia outras ONGs que se destacavam nessa luta contra a esterilização cirúrgica, dentre elas a Geledés – Instituto da Mulher Negra. Criada em 1988, essa ONG tinha pautas que abrangiam direitos humanos, saúde, violência, associadas ao combate ao racismo e ao sexismo (DAMASCO, 2009). Dois cadernos foram publicados por Geledés, em 1991: um sobre a saúde das mulheres negras; e outro sobre a esterilização. Comento a respeito do primeiro deles – já que o destinado a versar sobre a esterilização menciona o que já expus um pouco nesta pesquisa. Damasco (2009) conta que, nesse primeiro caderno, foram veiculados ensaios de diferentes mulheres ativistas e variadas temáticas: Edna Roland e Lola de Oliveira analisaram o quanto mulheres negras sofreram com a aids em 1980 e 1990 e reivindicaram ações de políticas públicas de saúde para conter esse aumento de casos entre essas mulheres; e Silvia de Souza dissertou sobre como o número de mulheres que morreram em 1990 depois de praticarem aborto foi, predominantemente, de negras e pobres e, por isso, era necessário descriminalizar essa prática e oferecer ações educativas e métodos contraceptivos. As militantes negras reivindicaram, ainda, que fosse incorporada, pelos(as) profissionais de saúde e pelos documentos públicos, a variável raça, para atender às particularidades que acometem a população negra.

Foi em 1993 que o Programa de Saúde Geledés realizou o primeiro evento nacional voltado para a saúde reprodutiva das mulheres negras no Brasil: o Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras. Somando-se às questões de esterilização em massa, liberdade individual para a decisão a respeito dos direitos contraceptivos, as feministas negras, nesse seminário, exigiram que as medidas do PAISM fossem devidamente implantadas em todo o Brasil (DAMASCO, 2009). Nesse mesmo ano, aliás, Benedita da Silva foi a deputada que presidiu, no Congresso Nacional, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) que investigava a incidência da esterilização em massa de mulheres no país – depois de duas outras CPIs malsucedidas que ocorreram em 1967 e 1983, de acordo com Délcio Sobrinho (*apud* DAMASCO, 2009). Um dos itens dessa CPMI era a esterilização ser praticada principalmente em mulheres negras e direcionada à eugenia no país e, ainda, os dados estatísticos serem precários quanto a isso. As discussões dessa CPMI serviram de base para a elaboração de um projeto de lei que normatizasse e que contivesse essa prática, o qual serviu de base para a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Essa lei “[...] regulamentou a prática da esterilização cirúrgica no país, que só poderia ser realizada da seguinte forma: mulheres com idade mínima de 25 anos ou que tivessem no mínimo dois filhos” (DAMASCO, 2009, p. 132).

Através dessa lei, além do mais, ainda que presente no PAISM, somente em 1996 o planejamento familiar passou a ser dever do Estado e um direito de todo cidadão, sendo definido como “[...] o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal”. Pelo seu Art. 9º, a Lei coloca que, para o exercício desse direito, “[...] serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção” (BRASIL, 1996). Isso significa que o planejamento familiar é uma política nacional de saúde, em parceria com estados, municípios e sociedade civil organizada, sendo assim implementada por ações educativas, de aconselhamento e de atividades clínicas (BRASIL, 2002). Dessa forma, essa lei presume, também, a oferta de métodos contraceptivos na rede pública do SUS, somada a informações, a aconselhamentos e a acompanhamento clínico (BRASIL, 2013b).

Nessa rede de discursos, trago à tona o discurso médico sobre o DIU materializado em livro. Em 1996, Caio Coelho Marques, médico ginecologista-obstetra brasileiro, publicou *Dispositivo Intra-Uterino: aspetos éticos, médicos e jurídicos* (fotografado e exposto na Figura 5). A partir da perspectiva da governamentalidade, já na capa e na contracapa, a linguagem que Marques (1996) usa tem seu discurso pertencente ao contínuo médico-jurídico – que já mencionei antes, descrito por Foucault (2008 [1979]) – de uma biopolítica que prescreve cuidados com o corpo biológico e que captura o corpo em modalidades sociais, políticas e jurídicas. Nesses seus escritos, Marques (1996), incessantemente, defende uma posição “anti-DIU” (expressão que usa), uma vez que este é, pelo que sustenta, um método abortivo. Seus preceitos já haviam sido publicados, segundo ele, vinte anos antes (por volta de 1970), uma revisão bibliográfica intitulada *Dispositivo Intra-Uterino: Contraceptivo ou Abortivo?*, com o objetivo de “[...] combater a licenciosidade na anticoncepção que já se mostrava a ponta do ‘iceberg’” (MARQUES, 1996, p. 8, grifo do autor).

Figura 5 – Livro *Dispositivo Intra-Uterino: aspectos éticos, médicos e jurídicos* – capa e contracapa.



Fonte: imagens da autora (2021).

Disponho-me a transcrever alguns de seus enunciados para fazer notar os discursos de governo biopolítico (com o funcionamento do poder médico) e para problematizar os discursos sobre as modalidades de vida que eles materializam. Como ponto de partida, Marques (1996) pauta seus escritos a retratar o conceito de início da vida. Para isso, percorre, em menções curtas, desde o Velho Testamento, citando Moisés e Jesus Cristo, passando por Santo Tomás de Aquino, John Locke e Spalanzani. Em outras partes do seu livro, é possível verificar alusões ao cristianismo como parte de seu argumento de criminalização do aborto (e, conseqüentemente, do DIU, segundo ele), o que dá ao contínuo médico-jurídico o acréscimo religioso como parte da rede do dispositivo biopolítico. Com isso posto, agrupa as diversas tendências da origem da vida em “[...] três grandes escolas: *escola do vínculo genético; escola do desenvolvimento; escola das conseqüências sociais*” (MARQUES, 1996, p. 11). À primeira delas, referencia a fertilização como início da vida, com a primeira ativação do DNA. Na segunda dessas escolas, a filosofia em que se baseia é a da evolução, em que o desenvolvimento começa na nidação e termina na morte. Contudo, nessa segunda, há várias subdivisões, e, dentre elas, Marques (1996) cita: o início da vida quando houver traços de semelhança com o homem ou quando a placenta não envolver mais o feto; o início da vida quando houver os primeiros

sinais de atividade cerebral; e o início da vida quando houver o nascimento. Para a última das escolas, a *escola das conseqüências sociais*, a vida é caracterizada pela presença de “[...] individualidade, consciência, autodeterminação e independência”, sendo que a “[...] liberdade, a inteligência e a unicidade [que] dão o caráter de dignidade humana” (MARQUES, 1996, p. 14). Com essas exposições, o autor diz: “Ninguém conseguiu a posse integral da Verdade, persistindo, por isso, o grande mistério que é a origem da vida” (MARQUES, 1996, p. 17). É nesse ponto que menciona a não respeitabilidade para/com o embrião que é desprovido de lei que o ampare.

Na sequência, o controle de natalidade é suscitado por Marques (1996) como uma problemática. Com a melhoria das condições sanitárias e médicas e com a erradicação de doenças, houve o decréscimo do índice de mortalidade infantil e o aumento da duração da vida. O controle de natalidade, então, estaria no fluxo contrário a isso, agudizando os problemas socioeconômicos e, segundo o autor, concedendo, às instituições internacionais, a tomada de decisão sobre esse controle. Marques (1996) expressa incômodo com essas instituições, pois, para ele, estas não prezaram/consideraram tradições familiares, étnicas, religiosas e culturais de cada país. Os métodos contraceptivos foram considerados válidos, dispensando-se “[...] os cinco postulados da sacralidade humana: *sobrevivência da espécie humana; preservação das linhas familiares; direitos dos seres humanos a se autoprotegerem; respeito à autodeterminação; inviolabilidade corporal*” (MARQUES, 1996, p. 20, grifos do autor). É aqui que o autor assinala que os direitos individuais foram colocados em xeque, à mercê da exigência de um bem comum e que tudo que envolve o ser humano não pode se limitar a um número ou a uma verdade biológica. Mais uma vez, há uma biopolítica desperta, em que o saber médico, cuja potência é a disseminação de valores morais, religiosos, enfim, incide sobre os corpos estratégicos de normalização (FOUCAULT, 2017 [1976]).

À medida que os métodos contraceptivos estavam demonstrando falhar, Marques (1996) diz que a ânsia por diminuir o número de filhos conduziu à preferência (sem qualquer ocultamento) à realização de esterilização e de aborto. Segundo o autor, números altos sobre o aborto (que eram falsos) foram difundidos (pela mídia e por instituições) para conduzir a massa a se tornar a favor dessa prática. Ele coloca que não faz sentido pensar que o que é comum deve ser aceito pela sociedade como sendo certo. A comparação que ele faz é a seguinte: “Dentro desse raciocínio também deveria ser mudada a lei para que não fosse mais punido o homicídio, o roubo pois as frequências são bem maiores que a incidência do aborto” (MARQUES, 1996, p. 23). A isso, ele complementa que legalizar o aborto não dispensa as complicações do procedimento e cita que o mifepristone (basicamente, um hormônio sintético) é a moda vez

para prática abortiva e já provocou mortes maternas e má formações fetais. “A guerra química começou...” (MARQUES, 1996, p. 23).

Com isso tudo apresentado, Marques (1996) chega ao DIU. Para ele, a relação entre DIU e aborto é interessante. Introduce o tema se reportando ao DIU *Dalkon Shield* (já comentado neste texto), que provocou 11 mortes e 209 abortos sépticos, explica. Continua sua fundamentação colocando os mecanismos de ação do DIU, elencados “[...] em quatro compartimentos: *interferência como transporte do espermatozoide; interferência com a fertilização do ovo; interferência com a implantação do ovo; interferência sobre os ovos já nidados*” (MARQUES, 1996, p. 26, grifos do autor). No primeiro deles, o autor cita a pesquisa de Liedholm para expor que é falsa a afirmativa de que a ação contraceptiva do DIU de cobre se dá pela quantidade desse metal no muco cervical das usuárias, impedindo que a motilidade e a sobrevivência dos espermatozoides nesse ambiente. Assim, seguindo para o segundo compartimento, a *interferência com a fertilização do ovo*, Marques (1996) cita os trabalhos de Lehfeldt para afirmar que o DIU não interfere na fecundação e que seu mecanismo está no nível da trompa e do útero, ou seja: não houve a diminuição de gestações ovarianas, mas sim tubárias e uterinas. Em relação à *interferência com a implantação do ovo*, Marquês (1996, p. 28) discorre sobre como o “[...] fluido intra-uterino torna-se desfavorável à nidação pelo aumento de cálcio, da uréia, das proteínas totais e do nitrogênio não protéico”, o que significa que o DIU leva a um aumento da cavidade uterina, dificultando a nidação. Por último, é na *interferência sobre os ovos já nidados* que o autor vai dizer que, a partir da revisão dos vários mecanismos de ação do DIU, o que chama a atenção é que esses mecanismos, como já colocado, não interferem no progresso do espermatozoide no trato genital e na fecundação das usuárias, mas que se restringem a “[...] impedir a nidação, a deslocar o ovo já implantado e a perturbar o perfeito desenvolvimento do feto” (MARQUES, 1996, p. 29). Nesse aspecto, para ele, seria preciso demonstrar ainda que esses mecanismos de ação se enquadram no que a medicina define como aborto. Mas, continua: reporta-se a sete autores, de diferentes países, que descrevem o que é aborto, para sustentar que o DIU é abortivo. Cito, aqui, a fala de Hélio Gomes, do Brasil, que o autor selecionou: “O aborto criminoso é a interrupção ilícita de prenhez, com a morte do produto, haja expulsão ou não, qualquer que seja o seu estado evolutivo, desde a concepção até momentos antes do parto. A gravidez começa com o fenômeno da fecundação” (MARQUES, 1996, p. 30). Não bastasse sua argumentação médico-jurídica-moral-religiosa, Marques (1996, p. 31) intimida quem o lê: “Do acima exposto, o leitor conclua sobre a validade ética do emprego do DIU, assumindo as consequências da sua posição”.

Nas próximas seções de seu texto, o autor diz que tratará DIU e aborto como sinônimos para falar sobre avaliação ética, médica e jurídica. Do ponto de vista ético, seu argumento se volta para as feministas. Dizer que a mulher é dona por inteiro de seu corpo é uma afirmação válida, mas tendo limites, segundo Marques (1996). Com uma citação da feminista Nelly Rousell, a qual fala sobre as mulheres terem o direito sobre suas próprias entranhas e, assim, decidirem quando engravidar (sem intervenções religiosas e patriotas), o autor coloca a seguinte pergunta: “*Se uma mulher resolvesse amputar o seu braço sadio, encontraria alguém para auxiliá-la no seu intento?*” (MARQUES, 1996, p. 36, grifos do autor). Sob mais uma colocação sensacionalista e segundo um discurso de responsabilização das mulheres, alega que a formulação da feminista é malfeita e que os limites dos direitos das mulheres são precisos: os direitos inalienáveis do feto à vida e do pai à prole. Se a mulher desejar praticar aborto e tiver o consentimento do homem, ainda terá o direito do embrião. Ao direito desse terceiro, seria preciso, segundo ele, haver um julgamento justo, uma vez que: todos têm direito à vida (citando o Art. 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos); a vida é inerente à pessoa humana e ninguém poderá ser privado dela (citando o Art. 6º do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos); e, citando parte da declaração da eutanásia, “[...] *ninguém pode atentar contra a vida de uma pessoa inocente, sem que com isso se oponha ao amor de Deus*” (MARQUES, 1996, p. 38, grifos do autor). Nesse ponto, sua indignação se avoluma contra a ciência, pois, para ele, há um “[...] morticínio de vidas inocentes, antes de nascerem” (MARQUES, 1996, p. 39).

Adiante, do ponto de vista médico, Marques (1996) baseia sua argumentação em alguns princípios: (i) o juramento de Hipócrates, de que o médico não receitará pessários abortivos para as mulheres; (ii) o juramento de fidelidade profissional, da Associação Médica Mundial, de que terá o máximo de respeito pela vida humana; (iii) o código internacional de ética médica, de que, além de ter que preservar os direitos dos pacientes e de preservar a vida humana, o médico deve atuar em plena independência técnica e moral; e (iv) a declaração de Helsinque (1964), de que o médico tem a missão de zelar pela saúde humana. Esses princípios da medicina são colocados em xeque, segundo ele, ao ser oferecido o DIU às mulheres. Ou seja, ele questiona se é um ato médico colocar o DIU em uma mulher e ele mesmo responde que “[...] a pessoa que está a colocá-lo” (deixou de ser médico), pois um médico não age contra a vida.

Por fim, do ponto de vista da justiça, Marques (1996) retoma os direitos humanos e a declaração da eutanásia, mas acrescenta, em relação ao Brasil, a Constituição Federal de 1988, citando o Art. 5, para afirmar a igualdade de todos perante a lei, o direito à vida, o direito à segurança e para apontar que ninguém deve ser submetido à tortura (inciso III desse artigo) e

que a casa do indivíduo deve ser resguardada, não podendo ser violada por outros (inciso XI desse artigo). A este último ponto, acrescenta o questionamento de que: não seria o útero a primeira casa do feto?

Com essa pergunta e diante desses pontos éticos, médicos e jurídicos (perpassados por discursos religiosos), finalizo essa exposição (para, mais adiante, fazer uma retomada) e faço notar o seguinte: uma biopolítica em que a medicina tem seu saber estendido a esses vieses mencionados e à moralidade, que, no limite, atinge o autoritarismo – o que, aliás, está na contramão do que discursiviza o código internacional de ética médica exposto por Marques (1996, p. 41, grifos meus) “[...] O médico deve [...] dedicar-se [...] *com plena independência técnica e moral*”. É possível verificar, também, a ambiguidade da biopolítica (o paradoxo em positividade) (FOUCAULT, 2008 [1979]) que: por um lado, diz prezar a vida, o excesso pela vida do feto e a vida da mulher-mãe, e há, por outro lado, estratégias de racialização que põem as mulheres na precariedade.

Segundo Butler (2018), no enquadramento de contingências, existem vidas racializadas e generificadas, compenetradas pela precariedade, tendo suas subjetividades deterioradas. As mulheres têm seus direitos em segundo plano, uma vez que seus corpos são capturados por esses vieses políticos, médicos, jurídicos, religiosos e sociais com fins de procriação: em um contínuo mulher-útero-casa – “A mãe recebe, apenas, a tutela ou a curatela do embrião emanada pelo seu pai” (MARQUES, 1996, p. 37). Trazendo, aqui, as palavras de Meyer (2009, p. 90-91, grifos da autora), os corpos maternos “[...] funcionam como um destes lugares onde uma pedagogia incessante articula e reproduz redes de vigilância e controle e também um incitamento constante ao estímulo ao ‘cuidado de si’ para gestar, parir e criar um ser humano saudável [...]”. Em relação ao embrião, Manduca (2016) pontua que a “vida nua”, conforme os escritos de Agamben, pode ser imputada às mulheres, uma vez que estas deixam de decidir sobre seus corpos, e a biopolítica as tornam “vidas matáveis” em relação ao feto.

Nos Estados Unidos, desde os anos 1980, havia uma batalha entre médicos anti-escolha e os desenvolvedores do DIU. Dentre tantas figuras que fizeram reivindicações sobre o DIU ser abortivo, cito duas, a partir da leitura de Takeshita (2012). Primeiro, John Willke foi um médico e ativista antiaborto que, no *site* do *Life Issues Institute*, discursivizava a favor de úteros livres de DIUs, já que estes, em suas colocações, funcionariam após a fertilização (contrariamente ao que cientistas apoiavam na época), desinformando quem o lia e exagerando a respeito dos riscos e das infecções. Ele reivindicou sua posição de médico e de

líder religioso, em sua enunciabilidade, para dizer que se preocupava com as ações e o útero das mulheres, protegendo-as da invasão de objetos estranhos. Apelou, ainda, para a consciência moral de suas leitoras, dizendo que mulheres cristãs eliminariam qualquer possibilidade de inserção desse dispositivo que mata o blastocisto (ovo recém-fertilizado) (TAKESHITA, 2012). E, segundo, Joseph Spinnato, que, alinhado à visão de Willke, em 1997, publicou um artigo no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, em que ignora (ou diz não terem evidências satisfatórias) os estudos que sugeriam a ação do DIU precedente à fertilização. Spinnato, pelo que explica Takeshita (2012), conseguiu criar a impressão de que havia desacordo entre os cientistas e publicar uma referência para outros médicos com ideias semelhantes.

As discussões sobre aborto já haviam permeado a I Conferência Internacional sobre o DIU, em 1962, com vários discursos sobre o que seria considerado aborto e se o DIU estaria nessa classificação. Em 1963, o Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar, dos Estados Unidos, colocou, como definição para aborto: as medidas que prejudicariam a viabilidade do zigoto em qualquer momento entre a fertilização e o término do trabalho de parto (TAKESHITA, 2012). Essa definição, aliás, é utilizada pela maioria dos anti-abortistas ainda hoje. Nos anos de 1960, internacionalmente, não havia um consenso claro entre os médicos sobre essa definição. Em 1965, por sua vez, o Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) definiu o que seria concepção: a implantação de um óvulo fertilizado. Dessa forma, não seria aborto até que o óvulo fertilizado fosse implantado. Takeshita (2012) diz que esse foi o pontapé para que o DIU fosse desenvolvido e distribuído, já que se acreditava que o método funcionava antes do implante. Mas, como já aludido anteriormente, no ano de 1970 e no início de 1980, os desenvolvedores do DIU estavam com a atenção voltada para as respostas fisiológicas (os testes de dispositivos contendo cobre e os estudos de riscos associados ao uso de DIU), não se atendo ao mecanismo anticoncepcional desse método.

Em meados da década de 1980, o conservadorismo de grupos religiosos e da Nova Direita estava em ascendência e ambos erguiam a bandeira pró-vida, em oposição aos programas de planejamento familiar. De modo a perseguir a agenda de direitos reprodutivos, esses grupos passaram a ter demasiado interesse nos mecanismos de ação do DIU (TAKESHITA, 2012). Os desenvolvedores do DIU, por sua vez, com a recente técnica de detectar pequenas quantidades de hormônio na urina para detectar gravidez, tornaram a reinvestigar as mudanças fisiológicas induzidas pelo DIU. Cientistas filiados ao *Population Council* usaram três abordagens distintas para verificar se havia desenvolvimento de embriões ou não em usuária de DIU. A primeira, de Sheldon Segal que, em 1985 e 1987, a partir da observação da substância hormonal gonadotrofina coriônica humana (hCG), que é produzida

por embriões quando implantados ao menos sete dias após a fertilização, em usuárias de DIU, verificou que, em período fértil, picos de hCG pós-ovulatório em usuárias de DIU eram raros. Contestou-se, assim, que DIUs abortam embrião em desenvolvimento no útero. Quanto à segunda abordagem, dois cientistas chilenos, em 1987, publicaram uma revisão de estudos que mostraram não a antifertilização, mas que os espermatozoides são fagocitados ou engolfados por leucócitos, na cavidade uterina de usuárias de DIU, e, outros, que encontraram espermatozoides com cabeça e cauda separados. Com essas descobertas, explicaram que há um efeito tóxico espermicida do cobre, o que causa a deterioração do desempenho dos espermatozoides. Na terceira abordagem, Frank Alvarez, da República Dominicana, a partir de observação dos óvulos, com microscópio, no conteúdo do útero e das trompas de falópio de mulheres que foram submetidas à esterilização, verificou que o DIU faz com que esses dois ambientes (útero e trompas) fiquem inóspitos para o desenvolvimento do ovo.

Com essas conclusões, a comunidade científica se convenceu da ação do DIU de antifertilização. Ainda assim, contudo, a opinião de que o DIU seria abortivo se sustentou entre os discursos públicos, e o útero, como colocou Takeshita (2012), tornou-se um campo de batalha. De um lado, com a legalização do aborto, em 1973, nos Estados Unidos, os conservadores religiosos ficaram mais convencidos de que a culpa desse cenário era a contracepção, já que esta promovia a promiscuidade e a imoralidade na adolescência. Os conservadores reforçavam o casamento heterossexual e a maternidade em uma família nuclear tradicional. Essa batalha, tendo o útero como local de luta, segundo Takeshita (2012), teve violências que oportunizaram a Nova Direita a atacar, com absolutismo moral, não somente o aborto, mas comunistas, feministas, homossexuais, por exemplo. Desse lado, por sinal, encontravam-se John Willke e Joseph Spinnato. Além disso, os médicos antiaborto se apropriaram do consentimento informado para governar as práticas dos próprios colegas médicos, recrutando-os para assumirem papel de líderes religiosos enquanto atendiam as pacientes, incitando nelas medo e obrigações morais. Takeshita (2012) analisa esse recrutamento de médicos de adotarem a pós-fertilização como reflexo da realidade de que os médicos têm influência significativa nas decisões anticoncepcionais das mulheres.

De outro lado, Takeshita (2012) diz que os defensores do DIU, ao ajustarem o discurso neo-malthusiano que tinham, para que houvesse aceitabilidade dessa tecnologia anticoncepcional no mundo, passaram a adotar práticas e linguagem feministas, com mais habilidade, a propósito, que os médicos antiaborto que se apropriaram da expressão “escolha das mulheres”, como constitutiva das mulheres religiosas e recusadoras do DIU. Feministas e

pesquisadores do DIU tiveram seus esforços unidos na promoção do controle de natalidade, o que, aliás, Takeshita (2012) remonta à Margaret Sanger: feminista socialista radical que defendia o controle da natalidade, voltou-se para os neomalthusianos e eugenistas em busca de apoio. Após a Segunda Guerra Mundial, os eugenistas quiseram restringir a reprodução das minorias raciais e uniram-se à Sanger para possibilitar mais acesso de contracepções aos pobres. À medida que esse movimento neomalthusiano (somado às indústrias farmacêuticas) crescia, marcando-se por preconceitos eugenistas e imperialistas contra mulheres negras e o Sul global, as críticas feministas em torno desses programas de controle populacional também aumentaram. Mesmo que os neomalthusianos tentassem adaptar a linguagem que usavam (não chamando mais as mulheres de “usuários” e “aceitantes”) para que tivesse apoio das feministas, estas, cada vez mais, reviam suas atividades para se voltarem para os direitos das mulheres. Nos anos de 1980, a divisão entre neomalthusiano e feministas ficou mais severa, voltando a se reagrupar na Conferência de Cairo, em 1994 (TAKESHITA, 2012), pois tinham que valer pelo território comum. Contudo, o pós-Cairo, pelo que menciona Takeshita (2012), reposicionou as mulheres como agentes ativos que lutam pelo controle da fertilidade com um método que melhor se adapte às suas necessidades. Nesse cenário, o DIU foi reconfigurado como mais uma, das diversas opções anticoncepcionais, e apresentado como uma boa escolha para muitas mulheres que usam anticoncepcionais, cuja disponibilidade levaria ao empoderamento, já que lhes permitia controlar a fertilidade. Houve, para a autora, uma *neutralidade discursiva* (o que eu substituiria por deslocamento), em que o DIU, na colaboração de feministas e apoiadores do DIU, passou de contrafeminista (usado como ferramenta para impor contracepção às mulheres, com práticas abusivas) para dispositivo pró-feminista (de escolha anticoncepcional das mulheres).

No mesmo ano de publicação de Caio Marques, 1996, na série dos feminismos, as ativistas negras presenciaram a “Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra”, em Brasília, na qual houve discussões sobre: doenças que acometem a população negra; o combate ao racismo nos serviços e nos atendimentos de saúde; e a inclusão do quesito cor nos documentos concernentes à saúde pública (DAMASCO, 2009). Em relação à saúde reprodutiva, em 1997, Zanghelini (2020) diz que, nos Estados Unidos, diferentes organizações de mulheres não brancas juntaram-se e formaram o *SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective*, com a missão de “[...] fortalecer e amplificar as vozes coletivas de mulheres indígenas e mulheres negras para alcançar a *justiça reprodutiva* erradicando a opressão reprodutiva e garantindo os direitos humanos” (SISTERSONG, c2021 grifos meus). Aliás, é nesse ponto que

complemento o conceito (e o movimento) justiça reprodutiva⁴³, que, cunhado por *Asian Communities for Reproductive Justice* (ACRJ), de acordo com Zanghelini (2020), foi difundido por Loretta Ross e outras mulheres. Ross (2007), além de dizer que a justiça reprodutiva abrange o bem-estar físico, social, mental, espiritual, político e econômico por completo, oferece uma nova perspectiva para a defesa de questões reprodutivas: mulheres indígenas e mulheres de cor devem lutar igualmente (i) pelo direito de ter um filho, (ii) pelo direito de não ter um filho (tanto pela escolha contraceptiva quanto pelo aborto) e (iii) e pelo direito de cuidar dos filhos, longe de violências individuais e do Estado. Sendo a junção de justiça social e de direitos reprodutivos, a justiça reprodutiva, segundo Ross (2007), precisa ser pensada como a luta pelas condições capacitadoras para que esses direitos sejam efetivados e se contrasta ao movimento que tem foco a luta pelo aborto de forma isolada, pois este desconsidera, de acordo com ela, as questões de justiça econômica, de meio ambiente, de povos imigrantes, de pessoas com deficiência, de discriminação de raça e de sexualidade, enfim. É preciso combater a opressão reprodutiva reunindo questões multirraciais, multigeracionais e multiclasse (ROSS, 2007).

Na esteira discursiva do DIU, feministas não brancas, com o conceito de justiça reprodutiva, criticaram o paradigma pró-escolha, já que este não abordava questões de privação de escolha reprodutiva de mulheres desprivilegiadas da experiência da cor (TAKESHITA, 2012). Andrea Smith, por exemplo, argumentou que os grupos pró-escolha falhavam ao não criticarem os anticoncepcionais perigosos (ou potencialmente perigosos) e que o consentimento informado é utilizado de forma problemática nas comunidades negras. Smith referiu-se ao Norplant e ao Depo-Provera, anticoncepções abusivas e perigosas, que, por serem métodos de longa duração, são difíceis de descontinuar à vontade da usuária. O DIU, por também ter essas características, poderia, segundo ela, cair na mesma categoria de método potencialmente perigoso e prejudicial às mulheres menos favorecidas (TAKESHITA, 2012).

Indo adiante, nos anos 90, os discursos da *terceira onda* do feminismo no Brasil – somados a outros deslocamentos discursivos – marcam uma aproximação, de forma cautelosa, das mulheres ao Estado (PINTO, 2003). Como já escrito aqui, os movimentos sociais e os feministas estiveram presentes no processo de redemocratização, e o protagonismo das

⁴³ De modo a reportá-lo aos acontecimentos discursivos do Brasil, o conceito de justiça reprodutiva passou a ser discutido no país apenas nas últimas décadas do ano 2000. Como exemplo, Rayane Noronha publicou, no Portal Catarinas, em 2016, um texto em que explica a importância de esse conceito ser consolidado como uma estratégia no combate à violência contra as mulheres, fazendo relação com a epidemia de Zika vírus no Brasil (NORONHA, 2016).

mulheres em busca de seus direitos defrontou-se com outras maneiras de lidar com a participação política e com a organização coletiva: (i) a busca por reformas nas instituições democráticas; (ii) as articulações com mulheres negras, lésbicas, indígenas, rurais e seus movimentos; (iii) e a profissionalização e institucionalização desses movimentos (PINTO, 2003).

Faço um comentário em relação às intensificações das discussões sobre gênero que fazem crítica à epistemologia sexo-gênero (já discorrida nesta dissertação) e a reformulação do sujeito do feminismo. Para isso, cito as autoras Teresa de Lauretis e Judith Butler que são importantes para essa resignificação⁴⁴. De Lauretis (1994, p. 208, grifos da autora) coloca que é preciso repensar o sujeito do feminismo e que sujeito deve ser constituído no gênero, não somente pela diferença sexual, “[...] e sim por meio de códigos lingüísticos e representações culturais; um sujeito ‘engendrado’ não só na experiência de relações de sexo, mas também nas de raça e de classe [...]”, sendo um sujeito múltiplo (e não único) e contraditório (e não dividido). Para isso, é preciso, também, de acordo com a autora, repensar gênero não mais como derivação da diferença sexual, mas sim gênero a partir de Foucault, que estuda a sexualidade como uma tecnologia sexual. Com a ideia de “tecnologias de gênero”, o gênero, para ela, “[...] é efeito de um sistema de significação que inclui modos de produção e decodificação de signos visuais e textuais politicamente regulados” (PRECIADO, 2018, p. 118). A partir disso, é possível se pensar em dispositivo de gênero, já que gênero não seria derivado de sexo anatômico ou biológico, mas construção sociocultural, que sofre efeitos do cruzamento entre representações discursivas e visuais de diversas instituições (religião, família, educação, comunicação, medicina, enfim) (DE LAURETIS, 2008 *apud* PRECIADO, 2018, p. 119). Com De Lauretis, um novo campo de estudos é estabelecido no feminismo, já que as tecnologias de gênero que operam sobre os corpos não produzem apenas diferenças sexuais, mas de raça, de sexualidade, de classe, de capacidade, de idade, enfim. Há a transformação de subjetividades (PRECIADO, 2018).

Também fazendo crítica ao sistema sexo-gênero, Butler, pelos estudos de Austin, Foucault e Derrida, “[...] identificou uma consideração do gênero não mais como uma essência

⁴⁴ Nessa transformação, trago aqui o que Butturi Junior (2019, p. 28-29) descreve: “No caso dos feminismos e da teoria *queer*, tal viragem dirá respeito não apenas à colocação em xeque da genealogia do conceito de gênero como tecnologia de normalização inventada por John Money – que exige, como aponta Preciado (2008), um pós-monismo de fluxos, pirataria, hormônios e silicone –, mas, ainda mais profundamente, para a relação entre esse ciborguismo e uma nova forma de abordagem do material”. Aproveito esta nota para dizer que ainda retomarei, em análise da segunda etapa desta pesquisa, a relação dos corpos e o manifesto ciborgue (de D. Haraway). “Atualmente, esta análise butleriana acompanha as lições de Donna J. Haraway para o exame da dimensão semiótico-técnica dessa produção performativa: levando a hipótese performativa para ainda mais fundo no corpo, tanto quanto seus órgãos e fluidos; colocando-a em células, cromossomos e genes” (PRECIADO, 2018, p. 121).

ou uma verdade psicológica, mas como uma prática discursiva, corporal e performativa por meio da qual o sujeito adquire inteligibilidade social e reconhecimento político” (PRECIADO, 2018, p. 121). Em *Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”*, Butler (1998) defende o uso da categoria “mulheres”, pelas feministas, como um lugar que permite a permanente abertura de ressignificações, não tendo um referente fixo. Por isso, essa desconstrução do sujeito do feminismo “[...] não é, portanto, censurar sua utilização, mas, ao contrário, liberar o termo num futuro de múltiplas significações, emancipá-lo das ontologias maternais ou racistas às quais esteve restrito e fazer dele um lugar onde significados não antecipados podem emergir” (BUTLER, 1998, p. 25).

A emergência de considerar as especificidades e variedades de mulheres, no feminismo de *terceira onda*, conduziu à intensificação das discussões concernentes à opressão de raça e classe. Nesse aspecto, o conceito de interseccionalidade, de Kimberlé Crenshaw, para pensar os feminismos negros como urgentes na sociedade. Esse conceito seria a “[...] forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras [...]” (CREENSHAW, 2002, p. 177).

Fecho meu comentário e retorno às políticas públicas. Nos primeiros anos da década de 2000⁴⁵, Coelho (2006) anota que os estudos demonstravam que a assistência à saúde das mulheres ainda continuava sendo a materno-infantil, mesmo com o planejamento familiar e com a concepção de atenção integral. Para explicar essa colocação de Coelho (2006), descreverei algumas políticas. Com o governo presidido por Luis Inácio Lula da Silva, foi criado o Plano Plurianual (PPA), que representa o projeto de governo de 2004 a 2007, colocando à tona uma perspectiva inovadora: a adoção, pela primeira vez no país, da inclusão social e da equalização das oportunidades (gênero, raça, etnia, pessoas portadoras de necessidades especiais e da cidadania) (BANDEIRA, 2004)⁴⁶. Com esse plano, houve a proposição da garantia do recorte transversal de gênero (aquele mencionado na IV Conferência

⁴⁵ Damasco (2009) expõe que as ativistas negras, no campo da saúde reprodutiva, tiveram ações importantes nos primeiros anos da década de 2000, como, por exemplo: a preparação para a III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas em Durban, África do Sul (2001), em que o debate de políticas de ações afirmativas no campo da saúde pública foi ampliado; o *Workshop* Interagencial Saúde da População Negra, em 2001; o Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em 2004; e o I Seminário Saúde da População Negra do Estado de São Paulo.

⁴⁶ Além da incorporação da Política da Promoção da Igualdade de Gênero, impulsionada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), no PPA, houve: a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional consubstanciada no Programa Fome Zero; e a Política de Promoção da Igualdade Racial, coordenada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) (BANDEIRA, 2004).

Mundial das Mulheres, em Beijing – a transversalidade de gênero), para a formulação e implementação de políticas públicas no país. Ademais, como cita Bandeira (2004, p. 4), houve a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), “[...] impulsionadora e articuladora dessa nova institucionalidade, representou um imenso avanço para o movimento feminista na sua luta pelo fim da desigualdade de gênero”. Bandeira (2004) explica que, no geral, as políticas públicas para mulheres no Brasil foram feitas dirigidas às mulheres, não contemplando a perspectiva de gênero. Para a pesquisadora, as políticas públicas de gênero são diferentes das políticas para mulheres, uma vez que estas segundas são centradas no feminino enquanto parte da reprodução social, implicando na não priorização da importância e do significado entre os sexos, mas sim na centralidade família-mulher. Com isso, reafirma-se uma visão essencialista de que reprodução e sexualidade é que geram a diferença de gênero e há o fortalecimento de discursos de “[...] responsabilidade feminina pela reprodução social, pela educação dos filhos, pela demanda por creches, por saúde e outras necessidades que garantam a manutenção e permanência da família [...]” (BANDEIRA, 2004, p. 10). Por sua vez, políticas de gênero, visando ao empoderamento e à autonomia das mulheres, consideram a diversidade de processos de socialização entre gêneros, tanto nas relações individuais quanto nas coletivas (BANDEIRA, 2004). A autora diz que as políticas públicas voltadas para as mulheres que se restringem a tratar das violências e das condições de saúde das mulheres (e não na natureza das relações e dos padrões sociais de comportamentos) são de menor abrangência e reduzem as possibilidades de resolução. Por isso, ela acredita que, a longo prazo, essas políticas devam ser transformadas em políticas de gênero, mais relacional, abrangente e crítica (BANDEIRA, 2004).

Depois de cerca de 20 anos após o estabelecimento do PAISM, foi implementada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com um conjunto de princípios e diretrizes e um plano de ação previsto para o período de 2003 a 2007. Aproveito esse ponto para abrir parênteses e fazer notar que, como mostram os documentos públicos dos anos seguintes, “[...] o PAISM constituiu uma experiência precoce aplicada na efervescência da luta pelos direitos de cidadania no país, mas sem introdução de mudanças efetivas no plano institucional” (LUNA, GROSSEMANN; COELHO, 2006, p. 30). Luna, Grosseemann e Coelho (2006, p. 61) continuam e dizem que, conseqüentemente, “[...] na transição, o projeto absorveu regras institucionais consolidadas no Ministério da Saúde, tal como a verticalização programática”. Coloco aqui, ainda, que o PAISM foi o que Medeiros (2008, p. 58) diz ter sido a materialização do movimento social, descrevendo, também, “[...] o objeto mulher como o próprio feminismo – além de propor o sujeito do feminismo”. Em outras palavras, as práticas em saúde são uma formação história que respondem a uma urgência, não

se configurando como uma “benesse social”, mas sim como “[...] 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” (MEDEIROS, 2008, p. 58). Como já apontei nesta dissertação, a pesquisadora retoma que as políticas de saúde são o conjunto de práticas discursivas e não discursivas constituídas de determinada formação histórica.

Fecho parênteses. Indo adiante: com a PNAISM, ocorre, então, a transferência de um “programa” para uma “política”⁴⁷ (MEDEIROS, 2008). Medeiros (2008) explica que, se no PAISM havia articulação entre gênero e saúde, na PNAISM, o gênero é *na* saúde. Ou seja, essa política propõe que as políticas públicas de saúde devam ser construídas tendo as questões de gênero como pontos determinantes. O compromisso do Ministério da Saúde com essa política seria:

[...] 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 (BRASIL, 2004b, p. 5, grifos meus).

Assim, se no PAISM as mulheres eram descritas como ato político, na PNAISM, são sujeitos múltiplos e de direitos (MEDEIROS, 2008). Em um trecho do documento, há a menção de Scott para explicar o que é gênero e como se deve lidar com isso:

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (SCOTT, 1989) (BRASIL, 2004b, p. 12).

Contudo, no que diz respeito à leitura teórica da autora citada, Medeiros (2008) aponta que somente a primeira e a última frases são concernentes ao que Scott coloca, e que as demais são contraditórias ao que a autora propõe sobre gênero. Além disso, Medeiros (2008) afirma

⁴⁷ Medeiros (2008) cita Bernardes (2005) para falar sobre a diferença entre programa e política: enquanto que as políticas são diretrizes do sistema de saúde, os programas são maneiras de operacionalizar as diretrizes.

que: gênero está descrito como papel social e sexo, o que reafirma identidades e problematiza construções; e a ideia de subjetividade citada na política é análoga a um sujeito universal, essencializado e uno, continuando a reafirmar identidades biologicistas. Com isso dito, anoto que gênero passou a ser constituinte das políticas públicas de saúde para mulheres, conferindo a elas uma demarcação (de quem são essas mulheres) e, ao mesmo tempo, dando a elas a identidade de cidadãs (MEDEIROS, 2008). Dessa forma, segundo Medeiros (2008), gênero pode ser tomado como um dispositivo, uma vez que funciona a partir de estratégias de intervenção que sustentam tipos de saberes e que são sustentadas por estas. “Assim, com a entrada da mulher na saúde, saúde passa a ser uma questão de gênero: gênero como categoria de análise, campo teórico de lutas e significações – saber/poder” (MEDEIROS, 2008, p. 71). São construídas redes de prescrições que, além de definirem escolhas e exclusões, atuam na fixação de normas – explica a pesquisadora, citando Foucault.

Ainda em 2004, foi lançado, pelo governo federal, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), a partir das definições reunidas na realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPMM). Na apresentação desse plano, fez-se questão de enunciar que, para que as propostas elencadas beneficiem as mulheres, é necessário, além de criar esforços entre os governos federais, estaduais e municipais e criar mecanismos institucionais de defesa dos direitos das mulheres, que as mulheres estejam representadas em multiplicidade: “[...] mulheres índias, negras, lésbicas, idosas, jovens mulheres, com deficiência, ciganas, profissionais do sexo, rurais, urbanas, entre outras” (BRASIL, 2005b, p. 9). Com isso dito, foram anotadas 199 ações, distribuídas em 26 prioridades, traçadas a partir de quatro linhas de atuação, que, à época, foram consideradas urgentes para a garantia do direito a uma vida melhor e digna às mulheres: *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* (BRASIL, 2005b). No que diz respeito especificamente à linha *Saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos*, quatro objetivos foram listados (BRASIL, 2005b, p. 16-17, grifos meus):

1. promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro;
2. garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres;
3. contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação;

4. ampliar, qualificar e humanizar *a atenção integral à saúde da mulher* no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os objetivos, grifei a menção à saúde integral das mulheres, sendo esta, mais uma vez, enunciada como uma prática necessária. Aqui, penso em dois pontos. De início, nas duas primeiras prioridades, que mencionam: (i) importância do estímulo à implantação da saúde integral às mulheres, com ações que atendam às necessidades delas em todas as fases “ciclo vital” (BRASIL, 2005b, p. 17), considerando as mulheres negras, as com deficiência, as indígenas, as encarceradas, as trabalhadoras rurais e urbanas e as de diferentes orientações sexuais; e (ii) a redução da mortalidade de mulheres (no documento, “feminina”), em todos os ciclos de vida destas. E, a partir desse primeiro, trago o segundo ponto: no mesmo ano, houve o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que enunciou que o governo tem como uma das prioridades na saúde “[...] as políticas públicas para *atenção integral* à saúde da mulher e da criança, tendo assumido em Conferências Internacionais, *compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e com a redução da morte materna e neonatal, como prioridade*” (BRASIL, 2004a, grifos meus).

Ainda que esse pacto se volte para a saúde materna e neonatal, é interessante observar a integralidade e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos estão associados à redução da morte materna e neonatal e é interessante, ainda, retomar Coelho (2006) que coloca o quanto a saúde das mulheres ainda se volta para aspectos de maternidade. Coelho (2006) assinala que, segundo o Ministério da Saúde, na época, as principais causas de morte de mulheres no país eram causadas por doenças cardiovasculares (com destaque para infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral), por neoplasias (principalmente, cânceres de mama, de pulmão e de colo do útero), por doenças respiratórias (principalmente, pneumonias), por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (com destaque para diabetes). Além disso, Coelho (2006) destaca que a gravidez da preocupação com a saúde “[...] é evidenciada quando se observa que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade; portanto não é doença” e que, em mais de 90% dos casos, as mortes maternas são evitáveis, já que “[...] estudos mostram que grande parte das mulheres que morrem de causas ligadas ao parto realizou o pré-natal, o que remete à falta de qualidade dos serviços prestados” (COELHO, 2006, p. 24). Para a autora, o perfil epidemiológico das mulheres no Brasil mostra que causas de adoecimento e morte são: pobreza, preconceito, discriminação, medicalização do corpo e precariedade da assistência. Com isso posto, fica materializada, ainda, uma memória da assistência à saúde das mulheres no Brasil não em integralidade, mas em que o cuidado é “[...] concentrado

prioritariamente no ciclo gravídico-puerperal, reduzindo a saúde reprodutiva ao seu aspecto procriativo [...]” (LUNA; GROSSEMANN; COELHO, 2006).

Resumidamente, em 2007, ocorreu a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (II CNPM), para avaliar como foram os anos de implementação do I PNMP e para planejar as novas ações do II PNPM, em 2008. Os deslocamentos desse plano se deram, ainda, após a realização da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (III CNPM), na formulação do PNPM 2013-2015, já no governo de Dilma Rousseff. Todos esses planos (BRASIL, 2005b, 2008, 2013b), além de serem feitos com o apoio de órgãos governamentais, da SPM e da sociedade civil organizada, tiveram, como base de suas ações, a adoção do conceito transversalidade de gênero. O último desses planos, de 2013, coloca que esse conceito é fundamental, uma vez que constitui [...] uma nova estratégia para o desenvolvimento democrático como processo estruturado em função da inclusão sociopolítica das diferenças tanto no âmbito privado quanto no público”, além de ser necessário “[...] para as relações de poder e de construção de cidadania” (BRASIL, 2013c, p. 10). O transversal é para além da divisão de responsabilidades, segundo o documento, visando à superação do que chamou de “persistente ‘departamentalização’” da política (BRASIL, 2013c, p. 10, grifos do original). Considera, então, todas as formas de desigualdade para: combinar ações para mulheres e para igualdade de gênero; e para permitir o enfrentamento do problema por inteiro (BRASIL, 2013c).

Nas políticas públicas, então, as diferenças começaram a ter lugar, pensando nesses sujeitos e em suas vulnerabilidades. Butturi Junior e Camila Lara (2018) descrevem o quanto a rede de discursos dessas políticas opera fazendo distinções no que seria universal para os direitos humanos. Tornam-se dispositivos de exclusão essas precarizações de determinadas modalidades de vida, de suas práticas e de seus discursos, já que funcionam como um fracasso “[...] constitutivo das declarações e dos acordos internacionais relativos aos direitos humanos, cuja tendência permanece ser a de recrudescimento da ambiguidade já anunciada por Michel Foucault entre uma política da vida e uma tanatopolítica racializada” (BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018, p. 658). Em agonística, os princípios de universalidade e igualdade demonstram, de um lado, a falta de acesso (seja por não abarcar seja por restringir) dos sujeitos aos níveis de assistência preconizados pela saúde pública e, de outro lado, a regulação (ou a negação) do acesso dos sujeitos à saúde por serem contemplados a marcadores de sexo/gênero e raça/etnia, por exemplo. Para se assegurar a igualdade, há de se marcar e requerer as diferenças. A própria Joan Scott, em *O enigma da igualdade*, fala que esse princípio historicamente contingente que

é a igualdade “[...] não é a ausência ou a eliminação da diferença, mas sim o reconhecimento da diferença e a decisão de ignorá-la ou de levá-la em consideração” (SCOTT, 2015, p. 15).

Apesar da transversalidade, as políticas voltadas para a maternidade, associadas à criança, ainda são consolidadas. Como exemplo, no início do governo Dilma, em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que, considerando diversas leis e portarias, inclusive (e, talvez, em especial) àquelas voltadas para o combate à mortalidade materna e infantil, “[...] consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [...]” (BRASIL, 2011b). Para não me prolongar, cito que, em seu Art. 2º, a portaria diz ter os seguintes princípios (BRASIL, 2011b, grifos meus):

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;

III - a promoção da equidade;

IV - *o enfoque de gênero;*

V - *a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;*

VI - a participação e a mobilização social; e

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Os destaques que dei aos incisos IV e V são para o retorno: primeiro, ao uso da categoria gênero esvaziada, pois não é retomada em nenhum outro momento e está associada ao cuidado das mulheres enquanto mães; e, segundo, pensando na binaridade de gênero com que essas políticas são construídas, coloca-se a garantia desses direitos também aos homens (cis) – não considerando as pessoas trans –, e, sobretudo, marca apenas uma menção, não havendo retorno a esses sujeitos e não se aproximando dos objetivos principais dessa rede. Ou seja, sobre esta última colocação, a rede tem os seguintes objetivos (BRASIL, 2011b):

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

No caso, volta-se à saúde das mulheres seguindo os componentes básicos: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico (de transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2011b). Pode-se verificar que, apesar de haver políticas e programas que visem ao rompimento com políticas de saúde materno infantil anteriores, ainda são elaborados programas com esses fins, incidindo sobre os corpos de mulheres-mães e sobre os corpos dos filhos – para se adequarem às necessidades de reprodução social.

Aproveito essa política da Rede Cegonha para comentar, um pouco, a respeito de algumas políticas públicas municipais de saúde para as mulheres, em especial para Florianópolis (onde se localiza o microespaço com o qual trabalho nesta pesquisa – o SASC). A Rede Cegonha é, até o momento desta pesquisa, uma política adotada pela Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura de Florianópolis. Na plataforma *on-line* da prefeitura (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, [20--?b]), é possível visualizá-la como parte fundante da apresentação do tópico “SAÚDE DA MULHER”, como exibe a Figura 6.

Figura 6 – Página virtual da Prefeitura de Florianópolis – “SAÚDE DA MULHER”.

The screenshot shows the website interface for the Prefeitura de Florianópolis. At the top, there is a navigation bar with links for INTRANET, CONTATOS, PORTAL DO SERVIDOR, DISPENSAS DE LICITAÇÃO NAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS, PREGÕES ELETRÔNICOS SIMPLIFICADOS - LEI Nº 13.979/2020, WEBMAIL, MAPA DE OBRAS, FLORIPÁ NO PONTO, SOMAR FLORIPA, and SAÇA & PREFEITURA. Below this is a secondary navigation bar with links for Carta de Serviços, Editais, Prefeitura, Secretarias, Transparência, Floripa Simples, Ouvidoria, and PROCON ONLINE. The main content area is titled 'Secretaria Municipal de Saúde' and features a sidebar menu on the left with categories like ATENÇÃO PRIMÁRIA, SAÚDE DA CRIANÇA, SAÚDE DO IDOSO, etc. The main text area is titled 'SAÚDE DA MULHER' and contains information about the Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) / Gerência de Integração Assistencial (GIA) / Departamento de Integração Assistencial (DIA), including contact details for Thaíse Alana Goronzi. It also describes the integral health attention for women and the Rede Cegonha initiative.

Fonte: captura de tela feita pela autora (2021).

Mais acima, o texto contém o objetivo de atuação da Secretaria Municipal de Saúde: “[...] promover a atenção integral à saúde das mulheres em todos os ciclos de vida, tendo em vista as questões de gênero, de orientação sexual, de raça/etnia e os determinantes e condicionantes sociais que impactam na saúde e na vida das mulheres”; e cita a assistência humanizada como preconização de prática, com foco na “[...] promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde”. A fonte desse texto é o Portal de Boas Prática Fiocruz. Um pouco

abaixo, é disponibilizado o arquivo do PNPM. Ainda nessa página, há informações sobre Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e como procurar por esse atendimento. São somente essas as informações da plataforma.

Criada por uma lei, em 2008, a Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres (CMPPM) ficou responsável por desenvolver políticas públicas para as mulheres não somente no âmbito da saúde, como também de emprego, moradia, comunicação, enfim. Além disso, é considerado um órgão articulador, pois, no município, faz assessoria tanto da esfera governamental quanto da não governamental, atuando em instituições públicas, privadas, estaduais, nacionais e estrangeiras “[...] envolvidas com o assunto mulher”. Enuncia que suas atividades são visando “[...] desenvolver ações de combate aos mecanismos de subordinação e exclusão que sustentam a sociedade discriminatória, objetivando também a promoção da cidadania feminina e da igualdade entre os gêneros” (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, [20--?a]).

Em 2010, a CMPPM publicou o I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres (PMPM), composto por 11 eixos temáticos⁴⁸ retirados do II PNPM, de 2008. Configurado como um “marco histórico”, na apresentação do plano, coloca-se que este é um instrumento de implantações de ações para os anos de 2012 e 2013. O terceiro, desses onze eixos, é o que se volta para a saúde das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos delas, e, na introdução dele, evoca-se uma breve retomada de como se deu a atenção à saúde das mulheres desde a década de 1930. “Em linhas gerais, as políticas sociais de atenção à saúde da mulher foram possíveis por meio de lutas e reivindicações impulsionadas, principalmente, por um projeto coletivo de classe” (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 28). Contudo, ainda, para o plano, seria preciso prosseguir para que houvesse a consolidação dessas conquistas tanto no campo dos direitos sexuais e reprodutivos quanto “[...] no debate relacionado ao planejamento familiar, na eliminação de todas as formas de violência, na atenção ao abortamento seguro, na saúde mental,

⁴⁸ Os 11 eixos que compõem o PMPM são apresentados na seguinte ordem: 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 a 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 das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas; e 11) Monitoramento e avaliação do Plano (FLORIANÓPOLIS, 2010).

nas ações educativas, *na saúde das mulheres negras e em situação de prisão*⁴⁹, na mulher no climatério, na reprodução assistida etc” (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 28, grifos meus). Com isso colocado, esse eixo do PMPM dirige-se aos objetivos, sendo o objetivo geral descrito como a intenção de (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 29):

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.

Além disso, foram colocados três objetivos específicos (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 29):

I. Garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

II. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

III. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema único de Saúde.

A partir desses objetivos, já é possível verificar a regularidade dos discursos em relação ao que é colocado no II PNPM, os quais dão ênfase aos direitos sexuais e reprodutivos em todas as idades e à saúde das mulheres também ao longo de toda a vida, visando à contribuição da redução de morbidade e mortalidade. Contudo, mais uma vez, nota-se, no terceiro objetivo específico (assim como nos dois primeiros), a necessidade de retomar o que já estaria posto como direito universal estipulado em um dos princípios do SUS, a integralidade da saúde. Há, como já fiz notar em outros pontos deste texto, através dessas políticas públicas, a desestabilização do que seria universal. Depois desses objetivos, são elencadas prioridades e ações de desenvolvimentos, descrevendo-se cada proposta. Em nenhuma delas, das que se voltam para os direitos reprodutivos, faz-se a menção da garantia e acesso às contracepções, muito menos as descreve ou as enumera. Mesmo que diga a importância de haver estímulo (a partir de ações educacionais) à informação e à sensibilização, não são descritas as formas para

⁴⁹ Não é o foco desta pesquisa, mas há de se considerar que o trecho que destaquei – “na saúde das mulheres negras e em situação de prisão” (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 28) – mostra-se como um reforço de criação de identidades e de subjetividades às mulheres encarceradas e às mulheres negras, a partir de uma memória discursiva estigmatizante.

isso e silencia-se parte dos enunciados que compreendem a integralidade, que são as contraceções, o conhecimento sobre elas e o direito de escolha.

Faço uma pausa nas discussões sobre as políticas municipais (as quais retomarei na próxima seção – ao adentrar no espaço do HU/UFSC/EBSERH e no microespaço SASC) e volto às questões nacionais para mencionar algumas políticas voltadas para o DIU. Primeiro, a Resolução-RDC nº 69, de 21 dezembro de 2009, que revogou algumas condições de produção e de registro do DIU feitas pela Portaria, de 1984 (já citada). Segundo, a Portaria nº 3.265, de 1º dezembro de 2017, com a qual houve a ampliação da disponibilização do DIU pelos estados, municípios e para o Distrito Federal/DF às maternidades da rede pública, para mulheres no pós-parto ou pós-abortamento imediatos (de dez minutos a 48 horas). Anteriormente, esse acesso era feito somente através das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Além dessas portarias, ponho à tona dois manuais: um da FEBRASGO, de 2015, *Manual de Anticoncepção*; e outro do Ministério da Saúde, de 2018, *Manual Técnico para Profissionais de Saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A*. Farei um apanhado das informações do documento da FEBRASGO, colocando o do Ministério da Saúde como adendo, já que ambos contêm informações similares (com métodos de escrita e de estruturação distintos).

O manual da FEBRASGO, direcionado à exposição de conceitos e de orientações para os(as) profissionais sobre os métodos anticoncepcionais, logo na introdução diz que a anticoncepção “[...] corresponde ao uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez. É recurso de Planejamento Familiar, para a constituição de prole desejada e programada de forma consciente” (FINOTTI, 2015, p. 10). Após separar os métodos anticoncepcionais entre reversíveis (“comportamentais”, “de barreira”, “dispositivos intrauterinos”, “hormonais” e “de emergência”) e definitivos (“esterilização cirúrgica feminina” e “esterilização cirúrgica masculina”), o documento alerta que, para o manejo da anticoncepção, é obrigatório o uso de quatro conceitos (a eficácia, a segurança, a escolha do método e os critérios de elegibilidade) (FINOTTI, 2015, p. 10). Quanto aos dois primeiros, descrevo-os, a partir do documento, como: a eficácia diz respeito à capacidade que o método oferece de proteger contra a gravidez não desejada; e a segurança concerne ao potencial que o método tem de causar riscos à saúde de quem o utiliza, avaliando-se os efeitos indesejáveis e as complicações decorrentes do uso e estipulando que quanto maior a segurança, menor a probabilidade de provocar problemas à saúde. Para o conceito de escolha do método, coloco o trecho documento (FINOTTI, 2015, p. 11-12, grifos meus):

3 - ESCOLHA DO MÉTODO. O critério mais importante para a escolha ou eleição de um método anticoncepcional *é a opção feita pelo(a) usuário(a)*. O médico deve, sempre, privilegiar esta opção e *considerá-la prioritária*. Entretanto, nem sempre o método escolhido poderá ser usado, tendo em vista características clínicas evidenciadas pelo(a) usuário(a), que podem *contraindicar seu uso*. Assim, *é tarefa primordial do médico desenvolver semiótica apropriada para avaliar se o(a) usuário(a) apresenta alguma destas condições clínicas ou afecções*. Se sim, deve o médico colocar os demais métodos possíveis *à disposição da pessoa interessada, explicando-lhe as suas características, modo de uso, riscos e benefícios, bem como a eficácia*. Assim, possibilitará ao paciente, condições de fazer nova opção e se comprometer com ela. Os resultados do uso de qualquer método anticoncepcional, eficácia, uso correto, ausência de efeitos indesejáveis etc., são diretamente relacionados com o grau de *comprometimento do usuário* com a eleição do método.

Em relação a esse terceiro conceito, faço três observações: o documento dá ênfase ao critério de escolha que deve ser feito pelos sujeitos de forma prioritária – o que será possível verificar nos discursos das narrativas descritas nesta dissertação –; a tarefa do médico, sob o encargo biopolítico, é desenvolver seu olhar, em prognóstico, e colocar em prática a tecnologia disciplinar com cada sujeito, seguindo as recomendações para uma regulamentação da população (FOUCAULT, 2018 [1976]); e, ainda, as últimas linhas grifadas fazem notar a operacionalização biopolítica que exige, pela disciplinarização, o cuidado de si.

Quanto ao quarto conceito, os critérios de elegibilidade são atinentes ao conjunto de características que o sujeito apresenta para o uso de determinado método contraceptivo e se essa pessoa pode ou não utilizá-lo.

No manual do Ministério da Saúde, há a explicação de que o DIU faz parte do grupo dos Métodos Contraceptivos de Longa Duração (*Long-Acting Reversible Contraception – LARCs*), de que pode ser utilizado em qualquer idade do período reprodutivo “[...] sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura” (BRASIL, 2018a, p. 8). Em relação às características do DIU (voltando-se especificamente ao TCu 380A), esse documento, além dos pontos já citados pelo outro manual, cita a questão de o custo-benefício ser melhor, a praticidade – “não precisa lembrar diariamente de usá-lo (livre de esquecimentos)” (BRASIL, 2018a, p. 9) –, o retorno rápido à fertilidade após a retirada e a ação local (no caso, não tem efeitos sistêmicos).

Com isso apresentado, direciono-me à parte do documento da FEBRASCO que topicaliza descrições a respeito do DIU. Ao colocar que os DIUs são classificados em três tipos (não medicados, medicados ou de cobre e hormonais), o documento diz que as informações sistematizadas dizem respeito ao DIU TCu380A, que é o mais utilizado, mais eficaz (tendo duração de 12 anos) entre os de cobre e disponível no SUS – segundo o documento – (e que é foco desta pesquisa). Adiante, o manual descreve os (múltiplos) mecanismos de ação do DIU, que, basicamente, resumem-se em: prevenção da fertilidade; e, através de sua composição (fio

de prata corado com cobre), a “[...] presença de um *corpo estranho* e de cobre na cavidade endometrial causa mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, além de produzir modificações no muco cervical”, o que tem como resposta a ação “[...] inflamatória aumentada com acréscimo de citocinas citotóxicas [...] [e] aumento da produção de prostaglandinas e pela inibição de enzimas endometriais” (FINOTTI, 2015, p. 169). Assim, o documento diz que todas essas mudanças afetam, de forma adversa, o transporte do espermatozoide, prevenindo a fertilização. “Estas mudanças afetam adversamente o transporte de espermatozoide, de modo a prevenir a fertilização. Os íons de cobre também têm um efeito direto na motilidade espermática, reduzindo a capacidade de penetração no muco cervical” (FINOTTI, 2015, p. 169). Além disso, a ovulação não deixa de acontecer. No manual do Ministério da Saúde, as informações também são essas, mas grafadas à sua maneira, acrescentando que: a alteração também acontece no muco cervical, o que interfere na motilidade e na qualidade espermática, “[...] atrapalhando a ascensão dos espermatozoides, desde a vagina até as tubas uterinas” (BRASIL, 2018a, p. 10).

Em indicações, o documento da FEBRASCO marca que, não havendo contraindicações, o DIU pode ser considerado para “[...] qualquer mulher que esteja procurando por um método contraceptivo de confiança, reversível, independente do coito, de longo prazo” (FINOTTI, 2015, p. 169). Seguindo, no manual, são citados os riscos: (i) perfuração uterina, é colocada como uma complicação rara e que todas as perfurações parciais ou completas ocorrem no momento de inserção do DIU; (ii) infecção, é descrito que pode haver infecção nos primeiros 20 dias após colocação do DIU e que a exposição “a DSTs” (como consta no documento)⁵⁰ é que é responsável pela ocorrência de DIP; (iii) expulsão, é colocado como risco comum que ocorre no primeiro ano de uso (mas que, em cinco anos, ainda pode acontecer) e que os fatores de risco para isso são a inserção imediatamente após o parto, nuliparidade e expulsão prévia do DIU; (iv) falha contraceptiva, caso ocorra gestação com DIU, é descrito que o aborto espontâneo ocorrerá se a gestação continuar com o DIU inserido no útero, “[...] mas a remoção precoce praticamente elimina o risco de aborto” (FINOTTI, 2015, p. 172), que não há evidências de malformações congênitas na ocorrência da gravidez com o DIU intrauterino e que, se o DIU for deixado no útero durante a gravidez, a chance de ocorrer parto prematuro é quatro vezes maior; e (v) gravidez ectópica, é descrita como não sendo aumentada com o uso de DIU, e que o uso reduz essa chance, mas que, se ocorrer gravidez na presença do DIU, ela

⁵⁰ Em 2016, um ano depois desse manual, a terminologia Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) foi substituída por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Essa alteração, do Ministério da Saúde, deu-se por meio do Decreto nº 8.901, de 2016, publicado no DOU em 11 de novembro.

tem mais chances de ser ectópica. Com os riscos descritos, o documento reitera que é preciso que essas informações fiquem esclarecidas para as pacientes.

No tópico “Candidatas Apropriadas” (FINOTTI, 2015, p. 174), colocam-se: (i) sujeitos adultos jovens e adolescente, explicando que estes podem utilizar esse método, mas com a condição de que estejam “[...] em relações monogâmicas mútuas e estáveis e, portanto, com baixo risco para DSTs”; (ii) nulíparas, explicando que a paridade não é um fator determinante para esse método (voltando a dizer que é indicado para aquelas que têm baixo risco de DSTs e que é mais comum ocorrer a expulsão do DIU entre elas), e que a dor e fluxo menstruais têm mais chances de aumentar nessas mulheres (mas que podem diminuir depois de um ano de uso); (iii) mulheres pós-parto, descrevendo que são aptas após 15 minutos depois da dequitação da placenta, mas que tem alto risco de perfuração e expulsão, assim, é melhor inserir após quatro ou seis semanas pós-parto; (iv) mulheres pós-abortamento, podendo ser imediatamente após, seja em caso de aborto espontâneo, seja em induzido; (v) amamentação, explicando que o DIU é bom para mulheres que estão em fase de amamentação, pois o índice de complicação é menor, menos dor e menos sangramento, e que o leite não é afetado; e (vi) perimenopausa, descreve-se que o DIU é uma excelente opção, salvo em casos de irregularidades de sangramento (típicos dessa fase). O manual do Ministério da Saúde também menciona esses pontos, mas dou destaque para o primeiro deles que é colocado da seguinte forma: “Mulheres jovens e adolescentes podem utilizar o DIU com cobre, devendo-se aconselhar sempre o uso concomitante de preservativo (masculino ou feminino)” (BRASIL, 2018a, p. 13). A diferença de escrita do manual da FEBRASCO para o do Ministério da Saúde, nesse caso, pode ser analisada e verifica-se que: no primeiro, há uma condição, em que se reforça o funcionamento de relações monogâmicas relacionadas a discursos de higienização biopolítica; e, no segundo, há um aconselhamento para o uso de preservativos. Ambos, aliás, fazem associação de mulheres jovens ou adolescentes a relações sexuais com diversos parceiros e à memória de irresponsabilidade. Retornarei a essa questão na seção de análise das entrevistas, em que a promiscuidade atravessará discursos do dispositivo DIU.

Na sequência, o manual da FEBRASGO cita as contraindicações absolutas, que são, além da gravidez, do câncer cervical ou endometrial, da alergia ao cobre e da colocação imediata pós-aborto séptico: “[...] doença inflamatória pélvica (PID) ou doença sexualmente transmitida (DST) atual, recorrente ou recente (nos últimos três meses); sépsis puerperal; cavidade uterina severamente deturpada; hemorragia vaginal inexplicada; doença trofoblástica maligna” (FINOTTI, 2015, p. 178). E as contraindicações relativas são: “[...] fator de risco para DSTs ou HIV; imunidade comprometida – em mulheres HIV-POSITIVO ou em mulheres

utilizando corticosteroide; de 48 horas a quatro semanas pós-parto; câncer ovário; doença trofoblástica benigna” (FINOTTI, 2015, p. 179). Para o Ministério da Saúde, no manual, são essas mesmas colocações, mas menciono um diferencial que é, nos casos de sorologia positiva para sífilis (já tratadas) e hiv assintomáticas, é possível fazer inserção do DIU.

Por fim, ao discorrer sobre os problemas com o uso, o documento da FEBRASGO cita: (i) fio perdido, que pode estar associado a diversas causas (perfuração, expulsão, mal posicionamento, associadas ou não à gravidez e aumentando seu risco); (ii) problemas com a inserção, que pode provocar dor moderada a severa e desencadear “[...] o reflexo vago-vagal e produz síncope” (FINOTTI, 2015, p. 180), ocorrendo também hipotensão, palidez, bradicardia, taquicardia e sudorese; (iii) perfuração, que, novamente, citando-se a habilidade do médico, fala-se da falha ao determinar o tamanho do DIU para o tamanho uterino; (iv) amenorreia, que, descartada a gravidez, deve ser investigada; (v) dor e hemorragia anormal, que podem acontecer em casos de expulsão, perfuração, gravidez e infecção, mas podem ser confundidas com os períodos intermenstruais (sendo indicado o uso de anti-inflamatórios não hormonais); e (vi) DST identificada com a presença DIU, volta-se a mencionar a importância do uso de métodos anticoncepcionais de barreira para a prevenção de DST e, em casos de clamídia ou gonococo, deve-se fazer terapia antibiótica (tanto pela usuária de DIU quanto pelos contatos sexuais) e, em casos de suspeita de DIP, o DIU precisa ser retirado.

Mais ao final, o manual da FEBRASGO cita o DIU como sendo um método de emergência, colocado sete dias após atividade sexual desprotegida, podendo ser mantido como contracepção a longo prazo. Há estudos que dizem que esse tipo de inserção de emergência tem eficácia superior a esteroides em contracepção emergencial. Contudo, a triagem para esse método “[...] deve ser extremamente rigorosa para evitar seu uso em mulheres com risco elevado para doenças sexualmente transmissíveis, o que poderia acarretar em processos inflamatórios pélvicos” (FINOTTI, 2015, p. 282). No manual do Ministério da Saúde, essa informação não consta, mas, ao final, o documento contém a seção “Esclarecendo mitos sobre o DIU com cobre às mulheres”. Nele, são expostas perguntas consideradas frequentes e respondidas na sequência. A exemplo, há o questionamento: “O DIU com cobre é abortivo?” (BRASIL, 2018a, p. 46). Como resposta, foi usada a explicação de como o método atua, impedindo que o espermatozoide encontre o óvulo.

Ainda que o manual do Ministério da Saúde tenha diversos trechos que estimulem os(as) profissionais a indicarem o uso do DIU e que diga que há uma “[...] ampliação do acesso [...] nas maternidades (pós-parto e pós-abortamento imediatos – inserção em até 10 minutos)”

(BRASIL, 2018a, p. 8) como uma estratégia que visa à complementação das ações de saúde reprodutiva, Dias (2019) conta, em texto publicado na plataforma *AzMina*, que, desde 2015, o Ministério da Saúde não compra DIU. Com informações obtidas via Lei de Acesso à Informação (LAI), Dias (2019) expõe que, em contrapartida, os métodos hormonais (injetáveis e pílulas) continuaram a ter altos valores de investimento de compra, mesmo que o DIU tenha melhor custo-benefício (não somente para quem o usa, mas também para o Estado). A autora ainda diz que a quantidade de DIUs comprada, em 2015, foi de 772.761, e que isso significaria uma quantia de 27 unidades por ano (entre 2015 e 2019) para cada município. Os estados e municípios podem adquirir o DIU e demais contraceptivos para os serviços locais, sem o controle do Ministério da Saúde. Ao entrevistar a ginecologista e diretora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Halana Faria, Dias (2019) retrata que a médica expôs a associação entre a predominância da compra dos métodos hormonais por questões de influência farmacêutica, “[...] que não tem interesse em métodos de longa duração, aliada aos preconceitos da ciência e medicina ocidental, que acreditam que os corpos das mulheres precisam ser normatizados e seus ciclos menstruais corrigidos” (DIAS, 2019). Seu texto ainda descreve o quanto o DIU é subutilizado no Brasil, com apenas 1,9% das mulheres brasileiras em idade fértil fazendo o uso, segundo dados do Ministério da Saúde, com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher do IBGE para a última década (DIAS, 2019).

É interessante, aqui, após esses movimentos de deslocamentos, fazer um comentário, retomando Débora Diniz (2013), para pensar sobre as mulheres nascidas entre os anos de 1980 e 1999, as quais compreendem uma *terceira “geração pílula”*, particularizadas como sendo conhecedoras e usuárias da pílula anticoncepcional e de alternativas anticonceptivas, principalmente: da pílula do dia seguinte; e da pílula abortiva (Citotec). Conhecido como medicamento para tratar úlceras gástricas, o Citotec foi introduzido no Brasil em 1986, popularizando-se como prática abortiva em 1990, sendo comercializado sem receitas médicas em farmácias (tendo sua proibição como método abortivo, em 1991, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária) (DINIZ, 2013). Não se sabe⁵¹ ao certo como as mulheres “[...] se apropriaram de suas propriedades abortivas – se uma leitura literal da bula do medicamento em que uma caveira ao redor de um feto em um útero denunciava os poderes abortivos, ou se por sugestão de médicos ou balconistas de farmácias” (DINIZ, 2013, p. 321). Diniz (2013) conta que foi possível constatar a apropriação do Citotec no Brasil para fins abortivos em dois momentos: (i) nos anos 1990, em que foi registrada queda no número de mortes maternas por

⁵¹ O misoprostol, princípio ativo do Citotec, ainda tinha suas propriedades desconhecidas pela ciência como confiáveis para o aborto medicamentoso (DINIZ, 2013).

aborto inseguro (com a manipulação de métodos perfurantes e cáusticos), sendo este substituído pelo uso do Citotec – assim, as mulheres chegavam aos hospitais não mais com risco de perderem suas vidas (como nas décadas de 1970 e 1980), mas para finalizar o aborto; e (ii) a Pesquisa Nacional do Aborto, feita em 2010, configurou-se como a primeira pesquisa nacional sobre o tema e assinalou que, a cada cinco mulheres de 40 anos de idade, uma já teria realizado aborto – tendo como principal método o Citotec. Esse não foi o fim das clínicas clandestinas, mas sim o fortalecimento delas, uma vez que estas passaram a utilizar o Citotec como alternativa para as mulheres que não tinham condições de pagar pelo aborto cirúrgico.

Ainda sobre essa geração (somando-se à *segunda “geração pílula”*), pelo que Diniz (2013) descreve, a inovação das tecnologias de imagem provocou a modificação no funcionamento discursivo, principalmente sobre o feto. Diante disso, “[...] as tecnologias por imagem abriram um flaco de novas ideias morais sobre a questão do aborto na sociedade brasileira” (DINIZ, 2013, p. 325). Nessa esteira, foi possível fazer o diagnóstico de fetos em má-formação. A anencefalia (considerada incompatível, pela ciência, com a vida fora do útero) foi posta em ação no Supremo Tribunal Federal (STF), 2004, pela organização feminista Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, como motivo para a realização de aborto (DINIZ, 2013). Conhecido como “ação de anencefalia”, esse caso tramitou durante anos para que se tivesse uma decisão, e, em 2012, a Suprema Corte autorizou a realização do aborto, configurando-se como “[...] a primeira alteração concreta da legislação em setenta anos de um Código Penal que criminaliza o aborto” (DINIZ, 2013, p. 325).

A colocação de Scavone (2000, p. 13) é pertinente para essa discussão, já que a autora assinala que o aborto não é, no Brasil, “[...] um dos direitos que permitem a livre escolha da maternidade”. A autora menciona que, paradoxalmente, a recusa da maternidade no país é assegurada pela contracepção que chamou de “pesada”, a esterilização. A disseminação que ela teve (direcionada às mulheres pobres e negras) “[...] evidencia a imposição de um *padrão de maternidade* almejado pelas políticas demográficas” (SCAVONE, 2000, p. 13, grifos da autora). Para ela, a falta de escolhas contraceptivas foi o que limitou a adesão das mulheres à esterilização como recusa consciente (ou inconsciente) da maternidade. Nesse aspecto, pensar o processo de escolha de uma contracepção é entender a incidência das desigualdades sociais e da falta de escolaridade como impedimentos do exercício da autonomia individual (SCAVONE, 2000). Além da questão do aborto, Scavone (2000) menciona as Novas Tecnologias Contraceptivas (NTCs) que, avessa à esterilização e ao aborto, essa prática de

fecundação medicalizada proporcionou outras questões tanto aos debates éticos, bioéticos, de saúde e de direitos quanto aos debates feministas (estes que se dividiram entre a defesa ao desejo de ser mãe e a preocupação com os riscos dessas tecnologias à saúde das mulheres – já que há falta de reflexões e códigos de ética que avaliem o uso delas nas mulheres) (SCAVONE, 2000). Com isso dito, a reprodução assistida mostra-se um exemplo de como os direitos reprodutivos não podem ser admitidos na lógica do livre mercado, o que acarretaria em riscos às mulheres, transformando os direitos já adquiridos na imposição de novas obrigações e no ofuscamento de debates relacionados à saúde e à ética (SCAVONE, 2000). Tanto pelo aborto quanto pelas NTCs, Scavone (2000, p. 13-14) resume que a noção de direitos reprodutivos passou a ficar enfraquecida politicamente, “[...] ao tratar mais do direito à utilização da técnica existente do que do questionamento mais amplo sobre essas técnicas: seus efeitos à saúde; a forma como foram introduzidas no país; as desigualdades sociais que seus usos suscitam e suas implicações político-demográficas”.

Fecho comentário e continuo: sob a urgência discursiva do neoliberalismo, da Nova Direita e do neopentecostalismo, finalizo esta subseção com o ano de 2019, em que discursos morais, conservadores e religiosos se acentuam visando, também, às mudanças nas políticas públicas. Como já mencionado na introdução desta dissertação, a alteração de *Ministério da Saúde* para *Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos*, não põe em prática somente a transfiguração de nome, mas a chefia de uma pastora evangélica e a materialização da valorização da célula familiar, cara ao funcionamento do dispositivo da sexualidade.

Nessa esteira, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, materializados em políticas públicas no país, passam a ser fadados à precarização. No final de junho de 2019, o texto do governo de Jair Bolsonaro para ser lido no Conselho de Direitos Humanos tinha trechos vetados (em troca de *e-mail* com uma diplomata latino-americana), os quais já haviam sido considerados (e assinados), há anos, acordos internacionais. “Expressões como ‘igualdade de gênero’, direitos sexuais e reprodutivos e várias outras frases foram literalmente riscadas e substituídas por termos escolhidos [...]” (CHADE, 2019b, grifos do autor). No mês seguinte, segundo reportagem de *O Globo*, o governo brasileiro apoiou emendas que restringiam direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Conselho de Direitos Humanos da ONU, acompanhando “[...] posição de países de maioria islâmica, boa parte deles com governos autoritários, divergindo da quase totalidade das nações europeias e ocidentais, em várias votações” (DUCHIADE, 2019a). Não justificando as posições que teve de apoio, o governo brasileiro: (i) votou a favor da emenda que o Egito (governo ditatorial militar) e Iraque propuseram sobre uma resolução contra o casamento infantil e forçado, solicitando a exclusão de “direito à saúde sexual e

reprodutiva” do texto; (ii) votou, através de Maria Nazareth Farani Azevêdo (embaixadora brasileira), a favor também de uma proposta de emenda, sugerida por Bahrein e Arábia Saudita (que são monarquias absolutistas), visando ao enfraquecimento de recomendação de educação sexual, não sendo mais “de acordo com a maturidade apropriada” de crianças e adolescentes, e sim que fosse de dependência da “devida orientação dos pais e guardiões legais”; e (iii) apoiou a proposta do Paquistão, a respeito de outra resolução relacionada à educação sexual, que pedia a exclusão da recomendação de garantia ao “acesso universal à educação abrangente sobre sexualidade baseada em evidências” (DUCHIADE, 2019a).

Nesse mesmo dia, 11 de julho, em Brasília, uma reunião entre o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) e o chefe do departamento de Direitos Humanos e Cidadania do Itamaraty, João Lucas Quental Novaes de Almeida, foi feita para que fosse discutida a candidatura brasileira à reeleição no Conselho de Direitos Humanos, para o triênio 2020-2022 (DUCHIADE, 2019a). Na candidatura apresentada para reeleição, o governo de Bolsonaro excluiu todas as menções a respeito de gênero, desigualdade e tortura, além de incluir “[...] o fortalecimento de estruturas familiares” (DUCHIADE, 2019d). Enquanto que o texto de 2016, do governo de Dilma Rousseff, além de fazer menções à pobreza, à desigualdade, à fome, ao desemprego e à tortura (que foram excluídos pelo governo de Bolsonaro, nessa candidatura ao CNDH), também havia referências a gênero, com afirmações como: o compromisso de que o governo “[...] persistiria em seu intransigente compromisso para a igualdade de gênero e o empoderamento feminino”; e o reconhecimento de avanços “[...] na luta contra todas as formas de violência e discriminação de gênero” (DUCHIADE, 2019d). As remissões a gênero foram suprimidas, sendo substituídas por trechos como: “[...] promoção dos direitos das mulheres, incluindo o combate à violência contra a mulher”; reconhecimento do “[...] papel central das mulheres para garantir o desfrute completo dos direitos humanos”; e combate “[...] ao feminicídio e ao assédio sexual” (DUCHIADE, 2019d). Essa substituição também se deu com a promoção da família, que não era citada na candidatura anterior, passando a ser nove vezes mencionada (DUCHIADE, 2019d). No dia seguinte a esse de apoios a emendas que restringiam os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, o governo brasileiro, assinou, no CNDH da ONU, a favor da proteção da identidade de gênero, mas, em discurso, a embaixadora Maria Farani Azevêdo pontuou: que não concorda com a redação do texto, alegando que o governo “[...] não está satisfeito com a linguagem empregada”, pois não tem definições claras e que considera os termos gênero e sexo biológico (masculino e feminino) como sinônimos (DUCHIADE, 2019c). Além disso, a embaixadora fez críticas ao uso da expressão “serviços de

atenção sexual e reprodutiva”, já que esta, para ela, seria associada a políticas pró-aborto e que o “[...] governo brasileiro defende o direito à vida desde a concepção e condena a prática do aborto como método contraceptivo” (DUCHIADE, 2019c).

No que diz respeito ao aborto, aliás, em setembro, Donald Trump, ao pedir, através de uma carta, apoio ao Brasil para não aprovar qualquer menção a direitos sexuais, educação sexual e saúde sexual e reprodutiva nas resoluções da ONU, disse querer “[...] proteger o nascituro e defender a família como a unidade fundamental da sociedade vital para que as crianças prosperem e tenham uma vida saudável” (CHADE, 2019a). Na carta, continuou a narrar a preocupação que tem com os esforços (que chama de “agressivos”) dos instrumentos internacionais, nos fóruns das Nações Unidas, “[...] para criar um novo direito internacional ao aborto e para promover políticas internacionais que enfraquecem a família [...]” (CHADE, 2019a). Para os EUA, “educação sexual abrangente” e “saúde sexual e reprodutiva” e “saúde e direitos sexuais e reprodutivos” são expressões utilizadas em documentos multilaterais que são empregados para “[...] diminuir o papel dos pais nas questões mais sensíveis e pessoais orientadas à família” (CHADE, 2019a). Por isso, seria preciso desafiar essas políticas que são “prejudiciais”, segundo consta na carta, uma vez que estas fazem pressão “[...] sobre os países para que abandonem os princípios religiosos e as normas culturais consagrados na lei que protegem a vida não nascida” (CHADE, 2019a). Na reportagem, diplomatas disseram que essa seria a primeira vez que os Estados Unidos se envolveriam tão profundamente no debate sobre gênero e direitos das mulheres na ONU, tanto que: além do Brasil, outros governos, considerados ultraconservadores, como a Arábia Saudita, o Iraque e o Egito também receberam essa carta.

Com isso colocado, verifica-se que a família é prezada pelo Estado, configurando-a como grandeza nacional e como precedente ao sujeito e desejando evitar o controle de natalidade e derogando o aborto. A prática do aborto e os discursos que a atravessam se fazem presentes, no Brasil (e em outras partes no mundo), não somente na saúde pública – que se defronta com altas taxas de mortalidade de mulheres que recorrem a métodos precários e inseguros e a clínicas clandestinas –, mas, também, tanto em lutas de mulheres e de feministas, que defendem a legalização, quanto em mobilizações de grupos políticos e religiosos de posições conservadoras, cristãs, evangélicas neopentecostais e pró-vida. Bechler (2020), em sua pesquisa, aponta que, além do Poder Executivo, as eleições nacionais de 2018 corroboram um crescimento da chamada “bancada evangélica” no Poder Legislativo. A autora descreve que, em relação aos discursos antiabortos, carregados de moralidade, robustez religiosa e excludentes, não se configuram como atuais no Congresso brasileiro, mas que apresentam uma

memória discursiva produzida no âmbito do Poder Legislativo brasileiro há anos (BECHLER, 2020). Contudo, o aumento do número de Projetos de Lei (PLs) – muitos deles defendidos já nos primeiros meses de 2019, na nova composição da Câmara – intentando não só modificações, mas a supressão do direito ao aborto legal⁵² –, alertam para uma emergência: as políticas públicas que consideram esse direito como crime contra a vida do feto (BECHLER, 2020). Os discursos conservadores, de base religiosa evangélica/cristã, de deputados(as) configuram-se, para Bechler (2020): (i) a partir da concepção biopolítica foucaultiana, como estratégias, do Estado, para regulação dos corpos – principalmente das mulheres; e (ii) como a aproximação à rede discursiva da política de Nova Direita.

Em relação ao primeiro dos dois pontos, aliás, essas mulheres podem ter seus corpos atribuídos, como já expressado aqui, à “vida nua” (AGAMBEN, 2007 *apud* MANDUCA, 2016), já que o Estado que decide sobre seus corpos e são “vidas matáveis”, dando prioridade à vida do embrião. Sobre o segundo ponto, Queiroz (2019, p. 16) diz que a Nova Direita, de “[...] amálgama do neoliberalismo com o neoconservadorismo”, adota modelos de proteção social cunhados a partir: de uma lógica neoliberal mercantil na economia, em que o Estado deve ser fraco, a ponto de interferir o mínimo nas decisões das empresas; e de uma lógica neoconservadora tanto na esfera política quanto na social, na qual o Estado deve ser forte e interferir sempre visando à conservação de privilégios e de tradições e ao combate às fugas do padrão dominante. Acrescento, ainda, o que Pierucci (1996 *apud* BECHLER, 2020, p. 20, grifos do autor) disse: a direita tornou-se a Nova Direita por injetar, ao conservadorismo socioeconômico, a ênfase de teses conservadoras e de restauração nas questões da sexualidade. Ou seja, sexo e família foram atrelados ao miolo dos discursos bíblicos-fundamentalistas, com o propósito de tecer discursos de direitas não religiosas, a fim de reorganizá-las a partir: do conservadorismo cultural e comportamental; do conservadorismo social (pensando nas maneiras e nos estilos de vida); e no conservadorismo econômico (com seu anticomunismo, com inimigos a serem combatidos e com “[...] um elenco diferente das ‘questões que realmente importam’, que realmente representam ‘a vontade do povo’, as preocupações vitais da ‘maioria’).

⁵² O aborto legal é previsto em circunstâncias de gravidez de alto risco, gravidez proveniente de estupro e gravidez de feto anencéfalo – salvaguardadas pelo Código Penal de 1940 e, esta última, pela decisão do STF, em 2012 (BECHLER, 2020).

Uma proposta feita em 2019 (e que repercutiu, pelo público, desfavoravelmente, conduzindo ao arquivamento) foi o PL n. 261/2019⁵³, que visava à proibição (seja de venda, seja de distribuição pelo SUS) de métodos contraceptivos, estes que foram chamados de abortivos. “Dispõe sobre a proibição do comércio, propaganda, distribuição e implantação pela Rede Pública de Saúde de Micro Abortivos e dá outras providências” (BRASIL, 2019b). No projeto, constavam os seguintes artigos (BRASIL, 2019b, grifos meus):

Art. 1º - Ficam proibidos o comércio, a propaganda, a distribuição ou a doação de todo e qualquer *micro abortivo*.

§ 1º - Ficam proibidos também o uso, a implantação ou a prescrição pela Rede Pública de Saúde de *micros abortivos*.

§ 2º - Consideram-se *micro abortivos o dispositivo intrauterino (DIU)*, a pílula só de progestógeno (minipílula), o implante subcutâneo de liberação de progestógeno (Norplant), a pílula do dia seguinte, a pílula RU 486, a vacina anti-HCG e qualquer outro dispositivo, substância ou procedimento *que provoque a morte do ser humano já concebido, ao longo de toda sua gestação, sobretudo antes da implantação no endométrio*.

Ainda na proposta, o deputado fez ataques ao Ministério da Saúde, inclusive ao José Serra (que foi ministro da saúde por cerca de 20 anos), dizendo que o ministério “[...] chama tais substâncias e dispositivos de ‘contraceptivos pós-coitais’ ou ‘contraceptivos de emergência’, ocultando seu efeito real que é a indução do aborto na fase inicial da gestação” (BRASIL, 2019b, grifos do original). O documento faz o uso de discursos anticientíficos para afirmar que: “Comete-se assim, não apenas um delito contra a vida, mas um estelionato contra as mulheres, iludidas pela falácia de que estariam usando um anticoncepcional, quando na verdade estão usando micro abortivos” (BRASIL, 2019b). E encerra colocando que conta, para que a proposta seja aprovada, “primeiramente com a proteção de Deus” e que espera o apoio dos movimentos Pró-Vida, dentre os quais, destaca a Associação Nacional Mulheres pela Vida, descrevendo-a como: “[...] um exército de ferrenhas defensoras da vida intrauterina” (BRASIL, 2019b).

Bechler (2020, p. 101) descreve que, nas redes sociais, diversas mulheres, inclusive eleitoras do partido e apoiadoras dos discursos conservadores, mostraram-se descontentes com essas colocações do deputado. No *Twitter*, o deputado tentou, através de vídeo, explicar o ocorrido e o porquê de ter retirado o projeto, e que: “Fica evidente pela fala de Labre que a decisão por voltar atrás na questão foi a má receptividade do PL entre suas eleitoras, as quais também se mostraram contrárias à proibição dos contraceptivos” (BECHLER, 2020, p. 101).

⁵³ No mesmo dia do PL n. 261/2019, o deputado Márcio Labre protocolou o PL n. 260/2019, esta que dispunha sobre a proibição do aborto (BRASIL, 2019a).

Bechler (2020) conta que, nesse mesmo vídeo, mais uma vez, não houve, pelo deputado, qualquer preocupação com as palavras empregadas na ocasião, fazendo, novamente, remissão ao que chama de “feminazis”. Em outras ocasiões, o deputado invalidou o movimento feminista, “[...] associando-o a mulheres ‘frustradas’ e ‘ressentidas’, coloca-se como defensor de ‘mulheres normais’ – as não identificadas com o movimento, ou seja, mulheres conservadoras” (BECHLER, 2020, p. 98-99, grifos da autora). Além disso, já fez associação do feminismo “[...] com uma espécie de ‘doença mental’, para a qual ele desejava que fossem feitas ‘terapias’” (BECHLER, 2020, p. 99, grifos da autora).

Aproveito essas colocações para mencionar a Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família (PROVIDAFAMÍLIA) – que se encontra nessa rede discursiva política conservadora – e os discursos que essa organização materializa, na sua página na internet, sobre o aborto e o uso de contraceptivos (inclusive o DIU). A Figura 7 exibe a página inicial da plataforma. De início, essa organização, desde a aprovação em assembleia geral em 1993, diz ter o objetivo de “[...] divulgar e defender os valores éticos e morais da inviolabilidade da vida humana desde sua concepção e dos direitos da família” (PROVIDAFAMÍLIA, c2016). Contudo, na página, é possível observar menções a diversos assuntos⁵⁴, inclusive “Planejamento familiar natural”. Este, em especial, que faz alusão ao não uso de contraceptivos (proibidos pela Igreja Católica, em linhas de radicalidade), é o ponto a que quero chegar.

⁵⁴ Dentre as temáticas disponíveis na plataforma, há “Grupos feministas” e “Homossexualismo” (termo utilizado de forma ideológica e conservadora). A associação faz o uso do termo homossexualismo, no lugar de homossexualidade, o que demonstra o posicionamento conservador, considerando pessoas homossexuais como desviantes, doentes. Rodriguez (2014, p. 34, grifos do autor) explica: “Em 1995, o Manual Classificação Internacional de Doenças – Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão, removeu o sufixo ‘ismo’, do termo homossexualismo, que significa doença no âmbito médico, e substituiu pelo ‘dade’ que quer dizer modo de ser. Deste modo, legitima junto à APA, que a orientação sexual das pessoas não pode ser mais considerada um desvio emocional ou mental”.

Figura 7 – Página virtual da Associação Nacional Pró-vida e Pró-família (PROVIDAFAMÍLIA).

The screenshot shows the website of the Associação Nacional Pró-vida e Pró-família. The header includes the organization's logo and the text "Human Life International PRO-LIFE MISSIONARIES TO THE WORLD". Below the header is a navigation bar with the text "ASSOCIAÇÃO NACIONAL PRÓ-VIDA E PRÓ-FAMÍLIA" and a search bar labeled "BUSCA". A secondary navigation bar contains links: "QUEM SOMOS", "COMO AJUDAR", "MATERIAIS", "NOTÍCIAS", "VISITAS", "LINKS", "FALE CONOSCO", and "CADASTRO".

The left sidebar contains a menu with the following items: "Ação Parlamentar", "Aborto", "Atentados à vida e à Família", "Bioética", "Boletins Informativos", "Contracepção", "Controle de População", "Educação Sexual", "Eutanásia", "Família & Vida", "Filmes sobre Aborto", "Grupos feministas", "Homossexualismo", "Legislação", "Planejamento Familiar Natural", and "Português".

The main content area features a large image placeholder with the text "Carregando imagem...". Below this is a section titled "Notícias em defesa da vida" containing a list of news items:

- **Não matar. Aborto de anencéfalos: Documento do Comitê Nacional de Bioética da Itália**
O RECÉM-NASCIDO ANENCEFÁLICO E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS - COMITE NACIONAL PARA A BIOÉTICA - TEXTO APROVADO PELO C.N.B. em 21 de Junho de 1996
- 'Decisão do STF sobre aborto é ativismo judicial'; 'medida pode reduzir número de mortes de mulheres' - 01/12/2016
- Bebês com microcefalia respondem bem ao tratamento e têm o direito de viver, afirma médica que descobriu a relação do zika com a doença - 02/12/2016
- Decisão do STF confirma objetivo de tornar o aborto direito humano, denuncia pró-vida - 02/12/2016
- PARA ENTENDER O PT - 14/10/2009
- GRÁVIDA DE GÊMEOS EM ALAGOINHA - 07/03/2009
- Cardeal Alfonso López Trujillo, Presidente do Pontifício Conselho para a Família - 09/06/2008
- Responsáveis pela Saúde de Moscou estão promovendo uma campanha em favor da abstinência total antes do casamento - 09/01/2008

Below the news section is a "Destaques" section with two sub-sections:

- Em Controle de População:**
 - **Artigos:**
 - O problema do rígido controle da natalidade no Ocidente (20/04/2009)
- Em Bioética:**
 - **Artigos sobre bioética e defesa da vida:**

On the right side of the page, there is a text block: "A Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família é uma organização cujo principal objetivo é divulgar e defender os valores éticos e morais da inviolabilidade da vida humana desde sua concepção e dos direitos da família." Below this is a "Materiais" section.

Fonte: captura de tela feita pela autora (2021).

Apesar de muitas abas da lateral esquerda e dos ícones do menu principal não funcionarem (somente o “QUEM SOMOS” conduziu a outra página), no texto principal, em “Destaques”, foi possível acessar (abaixo de “Bioética”, presente na Figura 7) um ícone denominado “Contracepção”. Ao clicar nele, a plataforma oferece três opções: “Efeitos dos contraceptivos hormonais”; “Preservativos – Falhas” e “Artigos diversos”. Em todas, estão dispostos artigos/publicações sobre, por exemplo: “Pílula do dia seguinte”; “Bebês mortos pela contracepção”; “RISCOS DOS ANTICONCEPCIONAIS”; entre outros.

Dentre elas, acessando “Artigos diversos”, comento a respeito da opção “Métodos contraceptivos”. Ao introduzir a temática, o autor do texto (uma conferência proferida em Goiás/GO, no ano de 2000), o Prof. Humberto L. Vieira (que é presidente da associação, membro da Pontifícia Academia para a Vida e consultor do Pontifício Conselho para a Família), explica que as expressões “planejamento familiar” e “controle de população” não podem ser usadas como sinônimas (VIEIRA, 2000). Enquanto que planejamento familiar significa que o “[...] casal livremente escolhe o número de filhos que pode ter e o espaçamento entre os nascimentos”, o controle de natalidade quer dizer que “[...] alguém, o Estado, um País ou as Nações Unidas estipulam a quantidade de filhos que o casal deve ter para logo instituírem uma série de pressões para que o casal tenha aquele determinado número de filhos” (VIEIRA, 2000). Desse modo, para evitar a confusão, Humberto diz que os documentos da igreja, por vezes, no lugar de planejamento familiar, fazem o uso de “regulação da fertilidade”. Nesse texto, em outra seção, explica que esse planejamento tem início no namoro, segue-se no noivado e tem a concretização no casamento, e que “[...] com a grande propaganda dos métodos contraceptivos, da fecundação artificial e o fantasma da explosão demográfica muitos jovens casais *são induzidos* a usar esses métodos em detrimento *dos métodos naturais que são mais seguros e mais eficazes*” (VIEIRA, 2000, grifos meus). É nessa altura do texto que há a licenciosidade de fazer notar discursos sobre perigo a respeito das contracepções, que não as naturais. Aliás, estas, segundo Humberto, são pouco conhecidas pela população, inclusive pelos médicos, e que, por isso, em outra palestra se deterá a esse assunto. Nesse texto, então, a pretensão é falar sobre os “métodos artificiais”, os quais foram classificados da seguinte forma (VIEIRA, 2000, grifos meus):

[...] hormonais (pílulas, implantes subdermais) espermaticidas (esponjas e geléias), de barreira (capuz cervical, preservativos e diafragma) e *os de ação mecânica, combinados ou não com hormônios (DIUs)*; esterilização cirúrgica (ligadura de trompas e vasectomia) e, em muitos casos, o aborto.

Além de enunciar que todos esses métodos artificiais têm efeitos colaterais, afirma que muitos provocam aborto. Dirige especial atenção aos DIUs que têm seu funcionamento explicado assim: “[...] um corpo estranho no útero impedindo a nidação do embrião e não eliminando o espermatozóide, *como muitos de seus defensores querem fazer crer*” (VIEIRA, 2000, grifos meus). Somado a isso, continua: “Associado ao cobre (DIU de cobre) ou a hormônios têm os DIUs o efeito de abortar o bebê em seus primeiros dias de vida” (VIEIRA, 2000). Os discursos médicos, aliás, foram utilizados pela plataforma da associação em outro

texto específico sobre os DIUs, escrito em 2002. Nesse, mais detalhes sobre essa contracepção são descritos. Em atuação, é dito, mais uma vez, que o DIU não impede a passagem do espermatozoide para as trompas e acrescenta-se: “A ação mais importante do DIU tem lugar, ao contrário, quando o bebê recentemente concebido (app. 5-7 dias) deve implantar-se no endométrio (camada interna do útero). Por isso é que o DIU é quase sempre um ABORTIVO”. Com isso explicado (e retomado, de outras formas, em mais passagens do texto), diz que o DIU não é “inofensivo” e que as usuárias podem ser acometidas por (PROVIDAFAMÍLIA, 2002, grifos meus):

- 1) Perfuração da parede do útero.
- 2) Sangramento ou dor que obriga sua retirada. “A anemia piora nas mal nutridas com o uso do DIU”, devido ao maior volume de sangue que perde em cada menstruação.
- 3) O uso do DIU aumenta o risco de infecção pélvica. Os sintomas desta são: fluxo vaginal, dor ou sensibilidade abdominal, sangramento anormal e febre. *Por isso o uso do DIU em uma mulher sem filhos pode colocar em risco sua fertilidade futura.*
- 4) Se grávidas, são maiores os riscos de gravidez ectópica, de aborto espontâneo, de complicações sépticas no segundo trimestre da gestação e de parto imaturo ou prematuro.

Nesse texto, faz-se o uso de diversas referências médicas, datadas, em sua maioria, das décadas de 1960 e 1970, quando os DIUs, como já descrito aqui, passavam por alterações. Além de solicitarem um retorno aos enunciados do médico Caio Coelho Marques, em 1996, esses discursos têm certa regularidade, ao terem postura religiosa, de anticiência (mas sob o suporte de uma linha de discursos médicos), morais e conversadores – a partir de uma memória, também construída, de família e de mulheres regidos pelo dispositivo da sexualidade. Esses discursos investem nas mulheres e na subjetividade delas. Acrescento, ainda, sob a analítica foucaultiana, que a responsabilização das mulheres (aquelas que aderem ao contraceptivo e que lutam pelo direito de escolher) recai em uma culpabilização, em que suas subjetividades são atreladas a corpos perversos e pecadores.

Voltando às narrativas presentes no Conselho de Direitos Humanos na ONU: apesar de autoridades, como presidente do CNDH (Leonardo Pinho), terem demonstrado preocupação com a ausência de políticas mais específicas (como o caso das pessoas LGBTQI+) pelo Brasil (DUCHIADE, 2019d), o país foi reeleito⁵⁵, em outubro, juntamente com a Venezuela. Outras manifestações, a essas duas candidaturas por diferentes ativistas, também aconteceram

⁵⁵ Anoto que, conforme diz o jornalista André Duchiaide, Jair Bolsonaro, durante a candidatura, em 2018, afirmou que, se fosse eleito, deixaria de participar do CNDH, assim como os EUA (DUCHIADE, 2019b).

(DUCHIADE, 2019b). O jornalista Filipe Barini (2019) conta que foram quase 200 entidades⁵⁶ brasileiras que lançaram um manifesto contra a reeleição do Brasil, com críticas à atuação do governo nos fóruns internacionais, alegando que as ações dos últimos meses “[...] afrontam a tradição brasileira acumulada há décadas nas relações multilaterais e que sempre caminharam na defesa do universalismo dos direitos humanos”. Ou seja, no texto do manifesto, as entidades explicam que as ações brasileiras demonstram retrocesso na efetivação dos direitos e acusam o governo de ser “antiuniversalista” e de “glorificar atrocidades”. O documento cita: os casos em que o presidente do Brasil fez ataques à Michelle Bachelet (comissária da ONU para os Direitos Humanos) e em que elogiou tanto a ditadura quanto integrantes do golpe militar de 1964; as ameaças feitas pelo governo aos integrantes da oposição (como o caso do Jean Wyllys, do PSOL); e o enfraquecimento das questões indígenas e de gênero (BARINI, 2019).

Ainda em 2019, visando à garantia da “família tradicional”, sob o atravessamento de discursos e de práticas jurídicos, econômicos, médicos e religiosos, a ministra Damares defendeu, a partir de elaboração de políticas, a abstinência sexual como método para prevenir a gravidez na adolescência (ou a maternidade precoce) (DINIZ; CARINO, 2020). Cientificamente comprovada como sendo ineficaz, a abstinência como política pública atua em diversas dimensões, a contar pelo aumento de casos de gravidez em adolescentes, maiores chances de infecções sexualmente transmissíveis, aumento de taxas de aborto, aumento do abandono escolar e, também, aumento da pobreza (DINIZ; CARINO, 2020). Nesse regime enunciativo, em que se silenciam a educação sexual e os direitos sexuais e reprodutivos, especialmente em relação aos contraceptivos (o conhecimento deles, o acesso a eles e a possibilidade de escolha entre um deles), a jornalista Lola Ferreira, em uma publicação feita na página *on-line Gênero e Número*, em outubro de 2019, disse que, a partir de dados do Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), do IBGE, em 2018, “[...] apenas nove capitais brasileiras oferecem todos os métodos contraceptivos que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), determinada pelo Ministério da Saúde” (FERREIRA, 2019). As capitais que permitem acesso a todos eles são somente: Manaus/AM, Brasília/DF, Vitória/ES, Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ, Porto Alegre/RS, Natal/RN, Palmas/TO e Florianópolis/SC. Contudo, nove também é número de capitais que não fornecem ou que não

⁵⁶ “Entre os signatários aparecem organizações de defesa de refugiados, como a Conectas, grupos ligados à Igreja Católica, como a Comissão Pastoral da Terra, associações de defesa dos direitos da população LGBT, dos povos indígenas e de vítimas de desastres, como a Movimento dos Atingidos por Barragens, representantes do movimento negro e centrais sindicais. Além das entidades brasileiras, cerca de 40 grupos baseados no exterior assinam o documento” (BARINI, 2019).

inserem o DIU nos serviços básicos de saúde: Boa Vista/RR, Macapá/AP, Belém/PR, São Luís/MA, Teresina/PI, Maceió/AL, Porto Velho/RO, Cuiabá/MA e Campo Grande/MG (FERREIRA, 2019).

Discursos (ultra)conservadores, anticientíficos, morais, religiosos somados às alterações em políticas públicas (ou refletidos nelas) e, ainda, somados à dificuldade de acesso às orientações e contracepções nas unidades de saúde (seja por falta de material, seja por burocracia, seja por impedimento dos/as profissionais de saúde) demonstram a contramão do país em relação às políticas adotadas internacionalmente. Recupero o que já mencionei na introdução desta dissertação para fazer notar a imersão dos acordos feitos na CIPD, pela UNFPA. Mesmo que o *Relatório Situação da População Mundial 2019* tenha mencionado que ainda haja um deslocamento muito grande até que todos os sujeitos possam se valer de seus direitos e liberdade de decisão (UNFPA, 2019), o Brasil segue um caminho em que os esforços redobrados não são em direção ao alcance dos *três zeros* da política da UNFPA (zero necessidades de contracepção não atendidas; zero mortes maternas evitáveis; e zero violências ou práticas nocivas contra mulheres e meninas), mas sim à dissipação desses direitos.

Antes de dirigir este texto à próxima subseção, ainda que eu tenha me destinado a analisar as políticas públicas de saúde de 1920 a 2019, acrescento, dentre tantos regimes enunciativos, duas questões relativas ao ano de 2020: (i) a Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020, do Ministério da Saúde, que “Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS”; e (ii) a condição de emergência da pandemia pela COVID-19, que acomete o Brasil a partir de 2020. Começo pela portaria e faço notar que esta gerou dúvidas entre mulheres nas redes sociais. O Art. 1º diz que serão exibidos, na Tabela de Procedimento do SUS, presente no Anexo I, alguns procedimentos incluídos; o Art. 2º, alguns procedimentos alterados, presentes no Anexo II; e o Art. 3º, alguns procedimentos excluídos, presentes no Anexo III. O DIU aparece no Anexo I e no Anexo III. Em duas tabelas diferentes, no Anexo I, há duas divisões para o DIU: uma que diz “Procedimento 03.01.04.014-1 INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)” e outra “Procedimento 03.01.04.015-0 RETIRADA DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)”. Ambas contêm as mesmas descrições (algumas delas, sexo feminino – e não gênero – , idade entre 14 a 55 anos, quem pode fazer o procedimento – enfermeiros, médicos, médicos clínicos, médicos em especialidades cirúrgicas e médicos em medicina diagnóstica e terapêutica), alterando-se somente a questão de ser “inserção” ou “retirada”. Contudo, no Anexo III, das disposições excluídas, há: “03.01.04.002-8 ATENDIMENTO CLÍNICO PARA INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

(DIU)” (BRASIL, 2020). Foi aí que a dúvida se instalou e que passou a ser compartilhada nas redes.

A dúvida não foi em vão: (i) pois, pelos discursos que circulam, a falta de conhecimento pelas mulheres a respeito dos diversos contraceptivos disponibilizados pela rede pública de saúde ainda é recorrente e, também, a falta de incentivo e a falta de ações educativas e de informação por parte de profissionais no momento da escolha levam a inferir a retirada da obrigatoriedade de indicação pelos(as) profissionais, já que isso se mostra insuficiente; e (ii), com a falta desse método nos serviços de saúde, da mesma forma, conduz-se à interpretação de que não será mais obrigatória a disponibilização do DIU (ficando, quem sabe – e como já acontece – ao encargo de o usuário ter que comprar por conta própria). Em julho, o Projeto Cravinas – Clínica de Direitos Sexuais e Reprodutivos, da Universidade de Brasília, publicou um texto explicando o caso, dizendo que a portaria fez a separação, apenas, entre os procedimentos de inserção e de retirada do DIU, para que haja duas numerações (03.01.04.014-1 e 03.01.04.015-0, respectivamente). E complementa: “Em contato com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, fomos informadas de que esta alteração visa um maior controle do quantitativo de DIU – o qual se encontra em processo de compra e distribuição – [...]” (CRAVINAS, 2020).

Para a segunda questão, cito o artigo *Biopolítica, dispositivos e subjetividades: uma análise discursiva da cartilha Mulheres na Covid-19*, no qual, ao analisar os discursos sobre a saúde das mulheres constantes na cartilha *Mulheres na Covid-19* (lançada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH – em março de 2020), Silva (2020) fez notar a guerra biopolítica de raças no acontecimento da pandemia. A autora comenta que, na referida cartilha, por um lado, há a materialização de dispositivos (da sexualidade, de gênero e da maternidade), em uma biopolítica de valorização da vida, circunscrevendo as mulheres a discursos de feminilidade e produzindo corpos heterossexuais e reprodutores em um sistema cisheteropatriarcal (SILVA, 2020). Como exemplo, a cartilha acentua, por um lado, discursos de responsabilização das mulheres sobre seus filhos, em aspectos de higiene, de educação e de amamentação/aleitamento, e silencia tanto a saúde sexual e reprodutiva das mulheres quanto aspectos de uma integralidade dessa saúde. Por outro lado, a cartilha faz parte da política alçada em exclusões, “[...] que não precariza somente gênero, mas que adensa a *pandemia de desigualdades*” (SILVA, 2020, p. 331, grifos da autora). Ou seja, dentro da precariedade de gênero, a pandemia das desigualdades faz a fragmentação das raças, não destinando os

discursos às trabalhadoras informais, às trabalhadoras domésticas, às mulheres pobres e, ainda, às mulheres negras (SILVA, 2020).

Essa política contemporânea⁵⁷, iniciada em 2018 e ainda em andamento, com a chegada de Jair Bolsonaro (a contar o período eleitoral), é o que Fábio Lopes da Silva (2020) diz ser o sadopopulismo, a partir da leitura que fez do historiador americano Timothy Snyder. Ou seja, além de ser um governo que demonstra o agravamento do desemprego e da desigualdade, somados à crise sanitária, fomenta, sobretudo, crises nos sujeitos, gerando dor, medo e ansiedade (o sadismo está aqui). O autor coloca que os políticos desse governo “[...] dizem e fazem barbaridades, comportam-se como ogros ou palhaços, orgulham-se da própria incompetência, da própria falta de modos, da própria ignorância, da própria burrice” (LOPES DA SILVA, 2020, p. 8). Carregam-se, ainda, de discursos estapafúrdios, racistas, sexistas e repletos de outras formas de discriminação de minorias, refletindo-se em direitos sociais “[...] há muito consolidados [que] são subitamente subtraídos, enquanto outros tantos permanecem sob ameaça” (LOPES DA SILVA, 2020, p. 8). Esse governo tenta fazer das políticas públicas técnicas de propagação de valores religiosos, morais, (neo)conservadores e neoliberais, na contramão de outras regiões do mundo. Takeshita (2012) menciona o quanto o acesso das mulheres às contracepções é minado pelos papéis tradicionais de gênero valorizados pelos conservadores religiosos e pela direita política, cujos discursos são de que os anticoncepcionais são tecnologias ameaçadoras, por isso, esforçam-se para desacreditá-las e impedir que possam acessá-las. Anos antes, Coelho (2006, p. 25) já sinalizava que a tarefa urgente do terceiro milênio (para as lutas feministas, para os movimentos de gênero e para as organizações governamentais) era:

[...] a necessidade de enfrentar a extraordinária hegemonia do pensamento neoliberal, a exploração de classe exacerbada na ditadura de mercado; o fundamentalismo religioso e o misticismo; a volta/permanência de preconceito contra a mulher e a obrigação de oferecer à população serviços de saúde dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

Com esses últimos pontos descritos, sigo para a análise da segunda etapa desta pesquisa, em que parte das entrevistas realizadas foram atravessadas por discursos e práticas do atual governo ultraconservador e pela instabilidade da pandemia pela COVID-19, colocando em urgência – e fazendo parte da precarização de gênero e da pandemia de desigualdades – a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (SILVA, 2020).

⁵⁷ Deixo aqui anotado: o governo ultraconservador brasileiro, no ano de 2020 e no início de 2021, continuou a atacar, em diversas tentativas, as políticas públicas (nacional e internacionalmente) de saúde voltadas às mulheres (e a outras populações), ameaçando o que já havia sido posto e as lutas e causas ainda em emergência e produzindo discursos de esquadramento a certas populações, os quais carregam a memória de racialização.

3 A MATERIALIZAÇÃO DO DISPOSITIVO MICROPROTÉTICO DIU

[...] o futuro [...] microprotético das técnicas de controle da sexualidade que antes costumavam ser uma questão rígida, externa, visível e pesada.

(PRECIADO, 2018, p. 231)

Nesta subseção, embarco na investigação/análise discursiva das narrativas da relação médico(a)-enfermeiro(a)-paciente sobre o contraceptivo DIU e as mulheres cisgêneros que o inseriram (ou que pretendem fazer a inserção, ou que tentaram e não conseguiram), visando, sobretudo, aventar o funcionamento e a sustentação do chamo de *dispositivo microprotético DIU*.

Takeshita (2012) descreveu que o método contraceptivo DIU é uma *tecnologia politicamente versátil* (como já aludido na introdução desta dissertação), pois, a partir dos escritos de biopolítica foucaultianos, entende-o como sendo produto de uma rede biopolítica, sustentada por discursos diversos, difusos e persistentes que problematizam o corpo e que investem sobre ele estratégias da vida coletiva e mecanismos disciplinares individuais. Não sendo, pois, somente um método de controle de fertilidade, a autora coloca que o biopoder é exercido pela gestão de responsabilidades disciplinares ao indivíduo e pela regulação da população, pelos vários agentes que investem na saúde das mulheres: Estado, profissionais médicos, indústria farmacêutica, autoridades religiosas, ativistas feministas, movimento neo-malthusiano, capitalismo, patriarcado, entre outros (TAKESHITA, 2012). Em adição ao trabalho da autora, entendo essa tecnologia contraceptiva como sendo um dispositivo de controle, uma vez que os discursos e as práticas instaurados sobre ele podem ser problematizados enquanto parte de uma rede de elementos heterogêneos que respondem a uma urgência (FOUCAULT, 2016 [1977]); e como um dispositivo microprotético que intervém nos corpos a partir dos vértices semiótico-técnico e técnico-orgânico (PRECIADO, 2018).

Do que chamou de “arte de governar”, Foucault (2008 [1979]) descreve que novos mecanismos, com efeitos novos, são parte dessa arte, em que a vida da população passa a ter controle e intervenção do Estado. A economia política e os dispositivos de seguridade das populações são os novos mecanismos do Estado, entre os séculos XVI e XVIII, que Foucault denominou de governamentalidade. Nessa governamentalização do Estado, a biopolítica se forma, como já descrito anteriormente nesta dissertação, para racionalizar “[...] os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes

constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças” (FOUCAULT, 2008 [1979], p. 431). A metade do século XVIII e o início do século XIX têm uma nova técnica de poder, cujas estratégias, cujas práticas e cujos discursos vão se voltar tanto para o corpo individual, através das formas disciplinares, quanto para o corpo social, regulamentando a população (FOUCAULT, 2018 [1976]).

Esposito (2017, p. 16) explica que a política da vida da biopolítica vai incidir sobre o corpo de outra forma: “[...] o corpo que experimenta de modo sempre mais intenso a indistinção entre política e vida não é o do indivíduo, nem o corpo soberano das nações, mas o corpo ao mesmo tempo dilacerado e unificado do mundo”. Não estaria a biopolítica, segundo o autor, remetida de forma preponderante ao modo pelo qual a “[...] a política é sempre tomada – limitada, comprimida, determinada – pela vida, mas também e sobretudo ao modo pelo qual a vida é agarrada e desafiada pela política” (ESPOSITO, 2017, p. 40). No caso, não há determinação negativa. Em *Vigiar e punir*, sob o olhar genealógico, Foucault (2014 [1975], p. 189, grifos do autor) já apontava para o abandono da ideia de que o poder tem efeitos negativos. O poder não “[...] ‘exclui’, ‘reprime’, ‘recalca’, ‘censura’, ‘abstrai’, ‘mascara’, ‘esconde’”. O poder produz: realidade, campos de objetos, rituais de verdade. Ainda que chame de “o” poder, aparentando uma força singular, unidade global e totalitária que captura os sujeitos, Foucault marca a crise do modelo de poder soberano, estatal e centralizado em dominação, fazendo ver a emergência de um poder microfísico, distribuído. Enquanto que o poder soberano se dava pelo direito de fazer morrer (ou de deixar viver), o Estado biopolítico é formado por dispositivos políticos, que desqualificam a morte e que têm a função de fazer viver (FOUCAULT, 2018 [1976]). O corte nessa relação que configura a biopolítica é dado aos racismos de Estado, em que subjetividades matáveis serão produzidas, de modo a garantir a segurança da população⁵⁸.

Em virtude da centralidade de que me ocuparei ao verificar o funcionamento do dispositivo DIU nas próximas seções de análise, retorno ao conceito de dispositivo, sobretudo: em Foucault, que sustenta esse conceito de modo a açambarcar o discursivo e o não discursivo; e, em Agamben, que, a partir de Foucault, vê, na modernidade, os dispositivos se pulverizando, pois se fazem “recorrentes e ubíquos” – nas palavras de Butturi Junior (2018, p. 22). Em 1977, Foucault elabora uma definição do termo dispositivo, que, empregado em outros diversos escritos, só passa a ser descrito com detalhes nessa sua fala. Foram três características que elencou que compõem o dispositivo, e a primeira (já colocada no parágrafo anterior) é:

⁵⁸ Voltarei a falar de racismo, na biopolítica foucaultiana, nas subseções de análise das narrativas que se sucedem.

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 364).

Além dessa primeira, para ele, em segundo lugar, na natureza da relação que existe entre os elementos heterogêneos (sendo eles discursivos ou não discursivos), há uma espécie de jogo, no qual há mudanças de posições e modificações de funções, as quais podem ser distintas. Nesse ponto, aliás, retomo a polivalência tática (uma das quatro prescrições de prudência – imanência, variações contínuas, duplo condicionamento e polivalência tática dos discursos) que Foucault (2017 [1976]), para análise dos dispositivos, coloca como sendo uma regra que contempla complexidade e instabilidade desse jogo discursivo, em que este pode se distribuir de forma não regular e descontínua, atuando como instrumento ou como efeito do poder e, como, ao mesmo tempo, estratégia oposta, ponto de resistência, de obstáculo. Continuando, em terceiro lugar, ainda, o dispositivo é entendido como uma formação que se dá em determinado momento histórico, com a função de responder a certa urgência, tendo, portanto, uma função estratégica (FOUCAULT, 2016 [1977]).

Já que comentei uma das quatro prescrições de prudência, importa que eu considere, ademais, a descrição das outras três. A *regra da imanência* é sobre como certo domínio se dá não a partir de conhecimentos científicos, mas de relações de poder. Se o poder toma o domínio como alvo, ele faz isso a partir de técnicas de saber e procedimentos discursivos. Nessa regra, a relação poder-saber torna-se constitutiva. Por sua vez, com a *regra das variações contínuas*, a análise do dispositivo busca as modificações em constante redistribuição pelo jogo das correlações de forças. Ou seja, não se busca quem detém o poder e quem sofre privação de poder, pois as “[...] relações de poder-saber não são formas dadas de repartição, são ‘matizes de transformação’” (FOUCAULT, 2017 [1976], p. 108, grifos do autor). Quanto à *regra do duplo condicionamento*, há de se considerar a articulação entre práticas globais e locais como sendo não homogeneizantes e sem descontinuidade. Em outras palavras, as relações são precisas e tênues, cuja determinação não se dá em dois níveis diferentes (um microscópico e um macroscópico) e não se dá, ainda, como se algo fosse uma projeção ou minitaturização de outro algo. Global e local transformam as relações de poder (FOUCAULT, 2017 [1976]).

Volto à entrevista de 1977. Foucault (2016 [1977]) diz, ainda, que dispositivo engloba dois processos que fazem com que se mantenha em funcionamento. Primeiro, o processo de *sobredeterminação funcional*, que, a partir da dispersão da heterogeneidade de elementos, há

ressonância ou contradição em relação a outros dispositivos. É possível pensar o dispositivo DIU em constante interação com outros dispositivos (ou com o açambarcamento deles), como o dispositivo de gênero, o dispositivo da sexualidade, o dispositivo da maternidade, o dispositivo da pílula anticoncepcional, enfim. E, segundo, o processo de *preenchimento estratégico* que diz respeito à reutilização do dispositivo, fazendo um preenchimento do vazio, à medida que uma emergência histórica nova se faz necessária, rearticulando os elementos em dispersão. Como se verá mais adiante nesta dissertação, na emergência por corpos sem hormônios da pílula (objetos desta pesquisa), o dispositivo DIU aparece como resposta a essa (e não só) urgência.

Agamben (2014 [2005]) diz que dispositivo é um termo decisivo/técnico na estratégia do pensamento foucaultiano e também recorre à entrevista do autor do ano de 1977, fazendo um compêndio do que seria dispositivo: (i) a rede entre elementos heterogêneos (linguísticos e não linguísticos); (ii) tem, em seu interior, uma função estratégica, inscrita em uma relação de poder; e (iii) é resultado do cruzamento de relações de poder e relações de saber. Agamben (2014 [2005]) relembra a recusa que Foucault teve de se ocupar de categorias universais (o Estado, a Soberania, a Lei, enfim), e, por isso, o francês tem a estratégia de pensar em redes. Em uma ação de abandono do texto em análise, para, em suas palavras, “[...] proceder por conta própria”, Agamben (2014 [2005], p. 39) convida quem o lê a situar os dispositivos de outra maneira, propondo que existam dois grandes grupos ou classes: os seres vivos (ou substâncias) e os dispositivos. Com isso dito, o dispositivo, para ele, seria:

[...] qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos. Não somente, portanto, as prisões, os manicômios, o Panóptico, as escolas, a confissão, as fábricas, as disciplinas, as medidas jurídicas etc., cuja conexão com o poder é num certo sentido evidente, mas também a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e – por que não – a própria linguagem, que talvez é o mais antigo dos dispositivos, em que há milhares e milhares de anos um primata – provavelmente sem se dar conta das consequências que se seguiriam – teve a inconsciência de se deixar capturar (AGAMBEN, 2014 [2005], p. 39-40).

Entre as duas grandes classes, aliás, Agamben (2014 [2005]) acrescenta, como resultado dessa interação, os sujeitos. Nesse processo, um mesmo indivíduo pode ser incidido por múltiplos processos de subjetivação. Para o autor, na contemporaneidade, há um ilimitado crescimento, uma profusão e acumulação dos dispositivos e, por consequência, disseminação de processos de subjetivação. Essa reconceitualização feita pelo italiano é, diria Butturi Junior (2016a, p. 511, grifos do autor), pós-foucaultiana, já que não marcaria “[...] apenas um modelo de mundo ocidental (geralmente, delineado a partir do cristianismo e consolidado em sua

organização nos séculos XVIII e XIX)”, mas sim toda a mediação (incontornável) entre “[...] ‘vivos x mundo’, funcionando como máquinas de subjetivação que podem ser transformadas, deslocadas e recriadas”. Para Agamben (2014 [2005]), no capitalismo, os dispositivos estão multiplicados em várias formas, sendo desde celulares a aparelho de televisão, para além dos dispositivos foucaultianos, de saber-poder, a exemplo do da sexualidade (BUTTURI JUNIOR, 2016a). Outra característica dos dispositivos contemporâneos, para Agamben, é que estes têm natureza dessubjetivante, implícita ao processo de subjetivação. O processo que se dá entre seres vivos e dispositivos não tem como produto somente a constituição do sujeito, mas formas de dessubjetivação, em que a subjetivação é esvaziada pelo capitalismo contemporâneo (AGAMBEN, 2014 [2005]). É possível ler essa dessubjetivação, aliás, como mais um investimento que produz subjetividade.

Pelo que se vê, o ser vivo só passa por transformação, tornando-se sujeito, na relação condicionada de corpo a corpo com os dispositivos. Para o italiano, nas sociedades contemporâneas, os corpos passaram a ser inertes diante de gigantes processos de dessubjetivação, não havendo real subjetivação. Foi o que denominou de “eclipse da política”, em que os corpos estariam dóceis à autonomia da máquina governamental – não mais dóceis e livres, assumindo identidades no processo mesmo de assujeitamento, como nos dispositivos de Foucault. Ou seja, as subjetivações estariam fragilizadas, e a máquina governamental funcionando em cima disso, conduzindo a uma espécie de catástrofe (AGAMBEN, 2014 [2005]). O autor volta-se para o questionamento de como lidar estrategicamente com essa proliferação, não se limitando a destruir os dispositivos ou a fazer o uso correto deles. Em vez disso, somente a profanação, termo evocado da esfera religiosa, seria um contradispositivo para interromper seu funcionamento.

Trago, novamente, Butturi Junior para essa leitura, que explica a positividade que é dada às formas de subjetivação, em Foucault, no mundo moderno e contemporâneo ao relacioná-las à ética. Essas formas têm “[...] no bojo a implicação do perigo, visto que tais dispositivos não são passíveis de ‘profanação’ (BUTTURI JUNIOR, 2016a, p. 511, grifos do autor). Citando Foucault, em *Ditos e escritos IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade*, Butturi Junior (2016a) lembra os três tipos de luta apontados pelo francês: contra as formas de dominação, as formas de exploração e contra, ainda, a submissão de indivíduos a outros, a partir da ligação do indivíduo com ele mesmo. Enquanto que a profanação seria o conceito de Agamben, em Foucault haveria a recusa do que seríamos e, em seguida, a construção de invenções de si, funcionando como “[...] espaços de liberdade nos dispositivos,

reescrevendo-os de forma crítica” (BUTTURI JUNIOR, 2016a). “Mais do que um ‘antagonismo’ essencial, valeria mais a pena falar de um ‘agonismo’ – de uma relação que é, ao mesmo tempo, de incitação recíproca e de luta” (FOUCAULT, 2014 *apud* BUTTURI JUNIOR, 2016a, p. 512). Nesse cenário, a polivalência tática dos dispositivos pode ser aludida, além de ser possível retomar o que Foucault (2008 [1979]) chamou de dispositivos liberógenos, que, em agonística, funcionam entre a sujeição de identidades e a irrupção de práticas de liberdade e de resistência.

Pensando em uma biopolítica agentiva, e não catastrófica, Preciado (2018, p. 36), em *Testo Yonqui*, propõe um deslocamento: os corpos se comportam como “prótese política viva” no que chamou de era ou regime farmacopornográfico, que, pós-industrial, global e midiático, “[...] o termo se refere aos processos de governo biomolecular (fármaco-) e semiótico-técnico (-pornô) da subjetividade sexual”, em que a pílula e a Playboy são resultados. O autor pensa, ainda, nas mudanças que o capitalismo nos faz testemunhar, que abrangem desde as transformações do sexo, do gênero, da sexualidade, do prazer, como sendo objetos de controle biopolítico da vida (aos moldes dos sistemas de controle social descritos por Foucault), até “[...] o fato de que esta gestão em si mesma será levada adiante por meio das novas dinâmicas do tecnocapitalismo avançado, da mídia global e das biotecnologias” (PRECIADO, 2018, p. 27).

A noção de bioquímica dos hormônios, durante o século XX, e o desenvolvimento farmacêutico de formas sintéticas de moléculas tornaram-se modificadores radicais das noções de identidades sexuais. Nas seções anteriores desta dissertação, a pílula anticoncepcional foi descrita, a partir das considerações do autor, como substância engolida que define subjetividades, através de muitos atravessamentos, configurando-se como um panóptico comestível. Além das substâncias que abastassem o metabolismo, as subjetividades toxicopornográficas são construídas na sociedade contemporânea por próteses cibernéticas que não somente orientam as ações dos sujeitos, como também os transformam em agentes (PRECIADO, 2018).

Preciado (2018) propõe uma potência (seja presencial, seja virtual) do funcionamento do farmacocapitalismo que chamou de *potentia gaudendi*, para pensar o corpo não como organismo, nem como máquina, mas como um sistema que, em fluidez e em dispersão, é formado por uma rede tecno-orgânica-textual-mítica, em conversa com Donna Haraway e o conceito de ciborgue. Em 1985, Haraway (2009) sugere o mito do ciborgue, em que é transgredida a barreira entre o humano e o animal, havendo o acoplamento de ambos. Somado a isso, há o vazamento entre o animal-humano (organismo) e a máquina, e, ainda, entre o que é físico e o que não é físico. Essa figura compõe os processos de subjetivação contemporâneos,

a partir da biopolítica de Foucault, adensando a vida, a tecnologia e a política. Não seria mais o poder voltado somente para a vida, “[...] mas de poder e controle exercido sobre um todo tecnovivo e conectado” (PRECIADO, 2018, p. 47).

De um lado, entendo o contraceptivo DIU como um dispositivo DIU – para além de um dispositivo de plástico que contém cobre e que controla a fertilidade –, que, não somente pela estratégia global, exige estratégias locais que o fixam, que o retomam, que o readaptam, e que, ainda, produzem, nas mulheres, processos de objetivação e de subjetivação através de discursos: de promiscuidade, de natureza, de aborto, de perigo, de higiene e de produção da categoria englobante “mulher”. Dessa perspectiva e tomando o que já apontou Takeshita (2012), a análise se dará através da verificação da intervenção biopolítica: dos mecanismos disciplinares e das tecnologias regulamentadoras dela; e da racialização, que fragmenta o campo biológico e que, nesse dispositivo, precariza mulheres de diferentes raças, classes sociais e nacionalidades.

De outro lado (em confluência com o primeiro), defendo que o DIU pode ser lido como uma prótese cibernética, um dispositivo micropotético que faz parte “[...] das técnicas de controle da sexualidade que antes costumavam ser uma questão rígida, externa, visível e pesada” (PRECIADO, 2018, p. 231) – conforme epígrafe da seção. Ainda que Preciado (2018) tenha citado, em brevidade, o DIU com difusão de progesterona, para indicar a forma de administrar as mulheres cis, os corpos heterossexuais normatizados femininos e sexualidades passivas, pela dose farmacopornográfica de administração de hormônios, o DIU de cobre (sem hormônios), como se viu já na primeira parte de análise desta pesquisa e se verá no decorrer desta seção, ainda tem seu funcionamento engendrado na administração dos corpos e na construção de subjetividades, fruto da tecnociência e da indústria pornográfica. Além da subjetivação dos sujeitos em atos performativos (a partir da conceituação de Butler, como trarei adiante), a confluência entre sujeito e técnica, o tecnocorpo, também interessa para a análise da produção de corporalidades e de formas de subjetivação.

Com isso dito, eis que assumo, também, o tecnobiodiscursivo (BUTTURI JUNIOR, 2019b) como espaço de análise que põe em disputa discursos, práticas e materializações das relações biopolíticas e dos deslocamentos das técnicas de controle da vida que abrangem não somente o biológico e a natureza, mas a tecnologia e o capital (BUTTURI JUNIOR, 2019b; LAZZARATO, 2006; VOLKART, BUTTURI JUNIOR, 2020).

Nesse interim, faço notar a regularidade de alguns dos enunciados postos nas narrativas transcritas das entrevistas, não questionando as verdades. Lembro, antes, que,

segundo Foucault (2016 [1969]), o enunciado não pode ser esgotado pela língua e pelo sentido, já que se trata de um acontecimento (“estranho” – como coloca), pois, de início, está ligado, por um lado, à escrita ou à articulação das palavras,

[...] mas, por outro lado, abre para si mesmo uma *existência remanescente no campo de uma memória*, ou na materialidade dos manuscritos, dos livros e de qualquer forma de registro; em seguida, *porque é único como todo o acontecimento, mas está aberto à repetição, à transformação, à reativação*; finalmente, porque está ligado não apenas a situações que o provocam, e a consequência por ele ocasionadas, mas, ao mesmo tempo, e segundo uma modalidade inteiramente diferente, *a enunciados que o precedem e o seguem* (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 35, grifos meus).

Pensando nesses três pontos foucaultianos para o acontecimento enunciativo (a existência remanescente no campo da memória; a unicidade passível de repetição, transformação e reativação; e a ligação com enunciados que anteriores e posteriores), verifico, nas entrevistas feitas, de que maneira determinados enunciados apareceram (e não outros) e como estes têm seus funcionamentos adensados na construção de formas de subjetivação. Nas narrativas, a tecnologia de confissão engendra, senão, o aspecto fronteiro entre a produção de verdade sobre si, a afirmação de si e o assujeitamento, tendo efeitos sobre o próprio sujeito, com a fixação de identidades (FOUCAULT, 2017 [1976]; 2016 [1977]). Nesse jogo de produção de verdade, constitui-se “[...] um saber do sujeito, saber não tanto sobre sua forma, porém daquilo que o cinde; daquilo que o determina, talvez, e sobretudo o faz escapar a si mesmo” (FOUCAULT, 2017 [1976], p. 79). Nesse jogo, ainda, a rede de captura e de produção dos sujeitos tem, na linguagem, um espaço de materialização da vigilância. A linguagem é tida, também, como um dispositivo, que, em seu interior, as tecnologias disciplinares e biopolíticas produzem os sujeitos (AGAMBEN, 2014 [2005]; BUTTURI JUNIOR, 2018, 2019a).

Para isso, divido esta seção em quatro subseções; em cada uma, detenho-me a analisar cada protagonista desta pesquisa e os discursos proferidos por esses sujeitos, verificando, por um lado, os discursos do olhar médico e do olhar da enfermagem sobre o outro, sobre o paciente, e, por outro lado, os discursos das mulheres, pois se entende que este “[...] subalterno carece necessariamente de um representante por sua própria condição de silenciado” (CARVALHO, 2001a, p.120). Antes disso, porém, descrevo um pouco a instituição HU/UFSC/EBSERH, suas atuações e alguns documentos atrelados a ela, para, com isso, introduzir-me no microespaço do SASC. Na sequência, percorro alguns deslocamentos que a pesquisa sofreu no percurso entre o projeto elaborado e a pesquisa de campo.

3.1 HU/UFSC/EBSERH E SASC

Nesta subseção, encarrego-me de descrever, brevemente, alguns pontos fundamentais que marcaram a construção dos hospitais universitários em geral e, em sequência, o início do HU/UFSC/EBSERH, destacando seus projetos, em especial o SASC. Investigo alguns documentos, mais uma vez, enquanto monumentos, não com a pretensão de valer os documentos em si mesmos ou isolá-los de um referencial, mas de pensar a noção de descontinuidade discursiva como horizonte para a busca de unidades que aí se formam (FOUCAULT, 2016 [1969]). No caso, as unidades discursivas sobre as mulheres, cerne desta pesquisa.

Vinculados ao SUS e às Instituições Federais de Ensino Superior (IFESs), os Hospitais Universitários (HUs), segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018b), prestando serviços à população, produzem protocolos técnicos para diversas patologias e “[...] são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde”. Com seus programas de educação continuada, proporcionam a constante atualização técnica dos(as) profissionais do sistema de saúde em geral. Paula (2016) explica que, até meados dos anos 1980, os HUs serviam unicamente como hospitais-escolas, mas, com a Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu que esses hospitais seriam certificados e denominados Hospitais de Ensino (HEs) (BRASIL, 2004c). Os HEs são importantes para o SUS, uma vez que desenvolvem áreas como “[...] referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população” (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p. 7).

Aposto à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, cerne desta pesquisa, é fruto de constante reivindicação de professores, de profissionais da saúde e de estudantes de áreas da saúde. Chamado Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, na época (década de 1960), teve sua obra aprovada pelo Reitor João David Ferreira Lima. Contudo, sua construção foi cessada durante quase toda a década seguinte. Por conta de protestos dos estudantes e dos professores e com o apoio da Assembleia Legislativa de Santa Catarina e da Secretária de Saúde e Câmara de Vereadores, a Reitoria também passou a exigir a finalização do hospital. Com a gestão de

Caspar Erich Stemmer na Reitoria, de 1976 a 1980, as obras, do não mais Hospital das Clínicas, mas sim Hospital Universitário, foram finalizadas em 1980.

Segundo a página de apresentação do hospital (UFSC, 2019a), atendendo exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus quase 40 anos de funcionamento, o HU da UFSC, e cumprindo com as políticas públicas, atua nos três níveis de assistência: as atenções de básica, de média e de alta complexidade. É composto por laboratórios didáticos para diversas especialidades, oferece estágios curriculares para variados cursos – não somente para enfermagem e para medicina – e para outras universidades (particulares e de outras regiões do estado) e seu papel de formação é consolidado, ainda, por conter um total de 106 vagas de residência médica em mais de 20 especialidades. Possui um corpo clínico que, constituído por professores dos Departamentos do Centro de Ciências de Saúde, é multidisciplinar, contemplando diversas especialidades da medicina (UFSC, 2019a). Esses(as) profissionais são detentores(as) de altos índices de qualificações e titulações profissionais e acadêmicos e têm demasiado interesse em pesquisa e em práticas clínicas, o que colabora para o grande prestígio social e comunitário desse hospital (UFSC, 2019b).

Volto-me ao objeto de discussão deste trabalho e a relação com o HU, seus discursos e suas práticas. Nota-se, nesse sentido, que em 2014, ampliou-se a Residência Integrada com a área de atuação em Saúde da Mulher e da Criança (UFSC, 2019b). A área de ensino, de pesquisa e de assistência que mais recebe destaque é a maternidade, dando, ao hospital, o reconhecimento nacional de “Centro de Excelência em assistência obstétrica” (UFSC, 2019b). Por um lado, o documento *Carta de serviços ao cidadão*, de 2012, menciona que a filosofia do hospital é trabalhar a humanização no atendimento e que esta conta com o apoio da Associação dos Amigos do HU (AAHU) (GELBCKE; ROVARIS, 2012). Ainda que a humanização da assistência seja prezada em várias iniciativas, de acordo com o documento (GELBCKE; ROVARIS, 2012), nele, dá-se destaque ao trabalho exercido na maternidade. Cita-se a questão do parto humanizado, discutida em 1998 e aprovada em 2005 – pela Lei do Acompanhamento –, como aquela que possibilitou a presença de um acompanhante durante o parto, mas que “evoluiu” (GELBCKE; ROVARIS, 2012, p. 7) para *Grupo de Casais Grávidos ou Gestantes*, “[...] para o estímulo ao resgate do parto natural e para a adoção de medidas como o método Mãe Canguru, para assistir os recém-nascidos de baixo peso, que necessitem de cuidados especiais”. Os documentos de 2016 e de 2018, por sua vez, não fazem menção à excelência obstétrica, a essa lei e nem mesmo ao parto humanizado. O acontecimento discursivo foi colocar, como estratégia, a humanização em seus valores e princípios gerais e citar que, em decorrência de ser um hospital entre os dez brasileiros que participaram do projeto-piloto do

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde em 2001, agora está inserido na Política Nacional – Humaniza SUS (GELBCKE; ROVARIS, 2016; SALLES; SCHMIDT, 2018).

Na busca de estabilização de um regime discursivo coeso, em 2009, sua maternidade ficou entre as dez melhores do país, no que diz respeito à amamentação, no *ranking* que a revista *Pais e Filhos* divulgou (BURIGO, 2009). Desde 17 de dezembro de 1997, o HU tem o credenciamento e o reconhecimento de Hospital Amigo da Criança (BURIGO, 2009). Essa certificação é outorgada, aos hospitais que fazem o incentivo ao aleitamento, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF*). A UNICEF e a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1990, promoveram o encontro *Breastfeeding in the 1990s: a Global Initiative*, com o objetivo de alinhar metas de operação mundialmente, visando à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno, as quais estariam estabelecidas “[...] no documento Declaração de Innocenti, com medidas para o cumprimento do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e para a implementação dos *dez passos para a amamentação bem-sucedida*” (LAMOUNIER, 2019, p 487, grifos meus). Com o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) – para os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) –, intentando assegurar a prática e prevenir o desmame precoce, foi publicado o documento *10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* (LAMOUNIER, 2019). “O Brasil foi um dos países selecionados para dar início à IHAC ao assinar a Declaração de Innocenti, comprometendo-se a fazer dos dez passos da amamentação uma realidade nos estabelecimentos de atenção ao parto e nascimento” (LAMOUNIER, 2019, p 487), ficando o Ministério da Saúde responsável por avaliar esse cumprimento. Esses passos se destinam aos(às) profissionais de saúde, de forma a mobilizá-los(as) para a efetiva promoção e proteção à causa (LAMOUNIER, 2019), e Burigo (2009) descreve-os:

- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde;
- Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
- Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
- Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê;
- Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica;
- Praticar o alojamento conjunto: permitir que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia;
- Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda;
- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;
- Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.

O HU da UFSC continua sendo referência e intitulado Hospital Amigo da Criança, e a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) é a responsável por promover, anualmente, curso para os estudantes e para os(as) profissionais da UFSC, além de promovê-lo em unidades básicas de saúde da prefeitura e do estado de Santa Catarina (BURIGO, 2009). A CIAM se responsabiliza, ainda, pelo cuidado com as mães em fases lactação e pós-parto (BURIGO, 2009). Na Semana Mundial de Aleitamento Materno (de 01 a 07 de agosto) do ano de 2018, o HU da UFSC promoveu diversas palestras e divulgou o início da campanha “Agosto Dourado”, criada em 2017, para estimular a amamentação (HOSPITAL, 2018). Na página do *Notícias UFSC* (HOSPITAL, 2018), divulgaram-se as entrevistas de alguns(mas) profissionais comentando a importância dessa semana de conscientização. Dentre elas, a enfermeira da Central de Incentivo ao Aleitamento Materno, Isabel Maliska, relatou que esses dias têm propósito não somente de anunciar, principalmente aos(as) profissionais da saúde (para além dos encarregados do setor materno-infantil), a atenção à importância do aleitamento e das implicações positivas na saúde da mãe e do bebê, mas de demonstrar o impacto social que isso causa, promovendo a qualidade de vida – “A amamentação está ligada à boa nutrição, segurança alimentar e *redução da pobreza*”, resumiu Isabel” (HOSPITAL, 2018, grifos meus). Novamente, o que se nota são os discursos polivalentes (FOUCAULT, 2017 [1976]), que têm estratégias de governo e de produção de subjetividade, já que a amamentação, ao mesmo tempo que tem a biopolítica constituída da natalidade com a função da produção de um “fazer viver” (FOUCAULT, 2018 [1976], p. 207) entre a mãe e a criança, é tecnologia de governo e de assujeitamento biopolítico das mulheres, com a exigência da responsabilização e com a consequente disciplinarização delas para fins de efeitos econômicos e políticos.

Em 16 de março de 2016, uma modificação estrutural: o HU da UFSC assinou contrato de gestão especial gratuita com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), esta que, criada pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, é uma empresa pública e é vinculada ao MEC (BRASIL, 2011a). Dessa forma, o hospital passou a ser referenciado, em seus documentos, como HU/UFSC/EBSERH.

Na mesma estratégia de consolidação de uma política específica voltada para a maternidade, também em 2016, a EBSERH publicou o documento *Dimensionamento de Serviços Assistenciais*, em que objetiva mapear todas as áreas do hospital, descrevendo os serviços, as instalações e os(as) profissionais/especialistas que subsidiam seu funcionamento. Dentre as 29 unidades que compõem a estrutura organizacional da gerência de atenção à saúde, há uma denominada “Unidade de Atenção à Saúde da Mulher”. Os serviços assistenciais que compõem essa unidade são (EBSERH, 2016, p. 7):

Serviço de Ginecologia; Serviço de Mastologia; Programa de Atendimento a Vítimas de Violência sexual e Interrupção da Gravidez; Serviço de Centro Obstétrico; Serviço de Emergência Ginecológica e Obstétrica; Serviço de Alojamento Conjunto; Serviço de Ultrassonografia Obstétrica; Serviço de Medicina Fetal; Serviço de Gestação de Alto Risco; e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

Para complementar essa citação, abro parênteses para mencionar que, em um trecho da seção que aborda sobre a “Internação Hospitalar”, o documento (EBSERH, 2016, p 12, grifos meus) diz que o HU tem o credenciamento de ser um “[...] Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde, *para mulheres, adolescentes, crianças, homens, idosos e para interrupção de gravidez nos casos previstos em lei [...]*”. Contudo, conforme exibem as sequências 7 e 8 (primeira coluna), da Figura 8, na seção de assistência ambulatorial, somente as unidades de Atenção à Saúde da Mulher e de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente que têm o serviço do Programa de Atendimento a Vítimas de Violência, sendo feito, respectivamente, por médico ginecologista e por médico pediatra. Noto que a violência é evocada tanto como uma política de enfrentamento que dá visibilidade a populações estigmatizadas e discursivamente vulneráveis quanto como um apontamento à vulnerabilidade racial, que tem exatamente essa primeira função de “[...] fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder” (FOUCAULT, 2018 [1976], p. 214).

Figura 8 – Estruturação Assistencial – HU/UFSC/EBSERH.

SEQ	UNIDADES ASSISTENCIAIS	SERVIÇOS	PROFISSIONAIS	PRODUÇÃO CONSULTAS/MÊS - 2015		PROJEÇÃO PRODUÇÃO CONSULTAS/MÊS - 2016
				SIA (MÊS PROCESSAMENTO)	SISLAPA	
1	Unidade do Sistema Cérvico facial	Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Cirurgião de Cabeça e Pescoço	130	144	144
		Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial	Cirurgião Bucomaxilofacial	97	127	127
		Serviço de Oftalmologia	Oftalmologista	532	491	491
		Serviço de Otorrinolaringologia	Otorrinolaringologista	263	190	190
2	Unidade do Sistema Cardiovascular	Serviço de Cardiologia	Cardiologista Clínico	684	551	551
		Serviço de Cirurgia Vascular/ Endovascular	Cirurgião Vascular	187	167	167
3	Unidade do Sistema Digestivo	Serviço de Coloproctologia	Coloproctologista	103	90	90
		Serviço de Gastroenterologia	Gastroenterologista	683	195	195
		Serviço de Hepatologia	Transplante Hepático		111	111
			Triagem e Punção - Biópsia Hepática		3	3
		Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo	Hepatologista		290	290
			Obesidade Mórbida Pré e Pós Bariátrica	101	101	
4	Unidade do Sistema Neuromusculoesquelético	Serviços de Neurologia	Neurologista	596	457	457
		Serviço de Neurofisiologia	Neurofisiologista	45	3	3
		Serviço de Ortopedia	Ortopedista	85	68	68
		Serviço de Reumatologia	Reumatologista	259	341	341
5	Unidade do Sistema Respiratório	Serviços de Pneumologia	Pneumologista	76	124	124
		Serviço de Cirurgia Torácica	Cirurgião Torácico	29	23	23
6	Unidade do Sistema Urinário	Serviço de Urologia	Urologista	202	242	242
		Serviço de Nefrologia	Nefrologista	105	57	57
7	Unidade de Atenção à Saúde da Mulher	Serviço de Ginecologia	Ginecologista	950	610	610
			Histeroscopia		54	54
			Ginecologista - Oncológica		28	28
		Serviço de Mastologia	Mastologista	189	142	142
		Programa de Atendimento a Vítimas de Violência	Ginecologia	2	2	
		Serviço de Medicina Fetal	Obstetra - Medicina fetal	250	24	24
8	Unidade de Atenção à Saúde da Criança e adolescente	Serviço de Pediatria e Medicina do Adolescente	Obstetra	664	173	173
			Cardiologista Pediátrico		61	61
			Endocrinologista Pediátrico		100	100
			Neurologista Pediátrico		99	99
			Pneumologista Pediátrico		37	37
			Reumatologia Pediátrica		9	9
			Dermatologia Pediátrica		80	80
			Psiquiatria Pediátrica		31	31
			Pediatra Geral		358	358
			Nutrologia		34	34
		Serviço de Cirurgia Pediátrica	Cirurgião Pediátrico	28	11	11
Programa de Atendimento a Vítimas de Violência	Pediatra	1	1			
9	Unidade de Oncologia/ Hematologia	Serviço de Oncologia Clínica	Oncologista	16	14	14
		Serviço de Cirurgia Oncológica	Cirurgião Oncológico	232	56	56
			Hematologista	248	97	97
10	Unidade de Clínica Médica	Serviço de Hematologia	Oncohemato	680	270	270
			Clinico Geral		538	538
			Acupuntura		322	207
		Serviço de Medicina Interna	Homeopatia	34	34	
			Dermatologista	500	590	590
		Serviço de Endocrinologia	Endocrinologista	406	453	453
		Serviço de Geriatria	Geriatra	32	32	32
		Serviço de Imunologia	Imunologista	64	71	71
		Serviço de Genética	Geneticista	110	103	103
		Saúde do Trabalhador - Comunidade	Médico do Trabalho			64
Serviço de Cuidados Paliativos e Clínica da dor		0	0	48		
Serviço de Atendimento Domiciliar	Clinico Geral					
11	Unidade de Cirurgia Geral	Serviço de Anestesiologia	Anestesiologista	69	71	71
		Serviço de Cirurgia Geral/Videocirurgia e Cirurgia Ambulatorial	Cirurgião Geral	267	384	384
			Cirurgião Plástico		373	373
Serviço de Cirurgia Plástica	Pós Bariátrica	148	30	30		
12	Unidade de Atenção Psicossocial	Serviço de Psiquiatria	Psiquiatra	415	629	629
TOTAL DE CONSULTAS				9.704	9.608	9.863

Fonte: SAI/DATASUS (2016) *apud* EBSERH (2016).

Fecho parênteses, mas, ainda observando a Figura 8, especificamente a Unidade de Atenção à Saúde da Mulher: somada a toda essa rede discursiva de maternidade, amamentação, atenção às mulheres em período fértil, enfim, exhibe mais um documento público que se volta a esse grupo, sob a égide um dispositivo da maternidade, caracterizado pela normalização e

regulação (de discursos, de ações e de condutas relacionadas à maternidade) de mulheres mães e de mulheres como população.

Para encerrar esta subseção, cito ainda que: além dos projetos, como o Projeto Amanhecer, a Sala de Leitura, o Projeto HPV e os Projetos de Pesquisa no Âmbito do HU, o HU/UFSC/EBSERH oferece mais de 20 serviços e, dentre eles, o Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC) que, nas dependências do ambulatório, destina-se a prestar atendimento de saúde à comunidade universitária, que envolve alunos(as) da UFSC, do NETI, do Colégio de Aplicação da UFSC (com 16 anos ou mais), servidores(as) e professores(as) da UFSC (ativos ou aposentados) (UFSC, 2013), conforme darei mais detalhes na próxima subseção.

3.1.1 O microespaço SASC

*[...] captar o poder na extremidade cada vez
menos jurídica de seu exercício
(FOUCAULT, 2016 [1977], p. 283).*

O SASC, enxergado aqui como um microespaço, endossa que, na análise genealógica, o poder não tem suas formas regulamentares em um centro – que, através de mecanismos gerais, tem efeitos em constância –, mas sim que é preciso captar e “[...] estudar o poder em sua face externa, onde ele se relaciona direta e imediatamente com aquilo que podemos chamar provisoriamente de seu objeto, seu algo ou campo de aplicação, quer dizer, onde ele se implanta e produz efeitos reais” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 283).

Exibindo um pouco mais a minha aproximação com o SASC, descrita brevemente na introdução desta dissertação, relato, nesta subseção, minha vivência nas dependências desse espaço atrelada à determinação biomédica à qual estive/estou submetida. Foi em um dia, dos primeiros meses de 2016, que, certa de minha decisão – abandonar a pílula anticoncepcional para fazer uso do DIU –, fui ao HU, em busca do SASC – tão falado pelas minhas colegas da universidade. Até aquele momento, a única informação que eu tinha era de ter que acessá-lo pela lateral do HU (Figura 9⁵⁹). De imediato, perguntei à segurança local logo na entrada (Figura 10), e, mais ou menos assim, ouvi: “Vire à direita e vá reto, até o final do corredor!”.

⁵⁹ As imagens/figuras desta subseção do texto, conforme reafirmarei mais adiante, foram retiradas em 2021, em emergência da pandemia.

Figura 9 – Fachada HU – entrada lateral.



Fonte: imagem da autora (2021).

Figura 10 – Entrada lateral HU.



Fonte: imagem da autora (2021).

Era um dia quente, e os corredores em constante movimentação de pessoas. Como em uma avenida principal (Figura 11), eu seguia reto e passava: à minha direita, por cadeiras ocupadas, cabeças baixas e olhares para o alto que chegavam a franzir as testas; e, à minha esquerda, por corredores transversais a ela. Nestes, mais e mais pessoas à espera, em cadeiras, em macas ou sob o apoio dos pés. Cada um ali somava para o abafamento local. Qualquer movimento curto do meu diafragma, de uma respiração vaga, fazia-me reconhecer o desconforto que é frequentar um hospital.

Figura 11 – Corredor principal – ao fundo, com porta aberta: o SASC.



Fonte: imagem da autora (2021).

Ao fundo, avistei a porta azul. Sobre esta, a placa “SASC” (Figura 12⁶⁰). Abrir aquela porta (não só nessa primeira vez) foi um desafio: ar resfriado, poucas pessoas, cadeiras vagas e uma recepcionista. Era perceptível a separação que se fazia dos demais setores do hospital, possibilitando a circulação desse público do SASC com contato mínimo com doentes. A organização interna, a arquitetura vista ali, é uma das características (a primeira) da transformação do hospital a partir do final do século XVIII (FOUCAULT, 2016 [1977]). “O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 185). Justamente nesse sentido, o SASC não fazia atendimento de emergência (UFSC, 2013).

Desde aquele primeiro dia, vi que a marcação de consulta poderia ser de um dia para o outro (sempre feita presencialmente) ou, se fosse o caso, eu poderia esperar que todas as pessoas fossem atendidas no dia, para ser encaixada ao final. Nessa época, era um local de atendimento composto por diferentes especialidades (dermatologia, nutrição, psicologia, psiquiatria, ginecologia-obstetra, clínico geral, por exemplo) e, por isso, o movimento de pessoas era mais intenso.

⁶⁰ Já no mês de fevereiro de 2021, o SASC não existe mais. Em substituição (provisória, talvez) e em reforma, a imagem mostra a placa “Ambulatório de Pediatria - EBSEH”. A porta azul ainda está ali: mas, aberta e para outro fim.

Figura 12 – Porta azul – onde ficava o SASC.



Fonte: imagem da autora (2021).

Fui orientada, pela recepcionista, antes de marcar minha consulta, a fazer minha Carteira de Identificação do HU (conforme exemplo da Figura 13). Para isso, precisava voltar pelo corredor, de frente para a entrada, e ir ao guichê 8 (Figura 14). Em minutos, a carteira ficou pronta e pude voltar ao SASC. Como este é voltado para o atendimento à comunidade universitária da UFSC, eu precisava, obrigatoriamente, apresentar: documento de identidade com foto; o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), constante na Carteira de Identificação do HU; e, por ser estudante, o Atestado de Matrícula atualizado. Marquei para dias depois.

Figura 13 – Carteira de Identificação do HU.



Fonte: imagem da autora (2021).

Figura 14 – Guichês do HU.



Fonte: imagem da autora (2021).

Para o dia do atendimento com o médico ginecologista-obstetra, em minha memória, encontro não só a perturbação de estar à espera do supervisionamento médico e de repetir, em minha mente, todo o enunciado que havia construído para aquele momento de confissão, mas o desconforto em saber que seria atendida por um médico (e não por uma médica – como de costume). Buscava, ao meu redor, escutar comentários de quem estava sentada por ali, também ansiosa pelo chamamento. Qualquer sutil palavra lançada ao ambiente se tornara a ruptura do silêncio e, ainda, o momento certo de interagir: “Você já se consultou com esse médico?”. Por

sorte, a resposta foi positiva e mais longa do que a pergunta demandava, mas guardei somente: “Ele é diferente!”. Mesmo que houvesse a pretensão, de uma dessas mulheres, de me tranquilizar, eu sabia que nada do que dissesse esgotaria a minha inquietação.

Em um sobressalto, para minha surpresa, naquele dia, havia criado uma relação de informalidade com o médico, uma vez que as consultas se tornaram, em parte, conversas e trocas de experiências. Ou seja, por um lado, fazia os exames, as checagens e passava por inquirição que compunha o prontuário, escrito à mão – este que, nos registros, acumula e transmite informações, constituindo-se, assim, um campo documental de formação de saber (FOUCAULT, 2016 [1977]). E, por outro lado, os assuntos se prolongavam, beirando ao riso e à distração. A interrupção, por vezes, dava-se por mim, por preocupar-me que outras pacientes pudessem estar à espera.

Para inserção do DIU, aliás, fui acolhida de tal maneira que, em caráter emergencial, fui encaixada na lista de agendamentos de uma médica que não era do SASC (foi um caso atípico, digamos assim), de forma rápida e cuidadosa. A minha inserção do DIU não foi no SASC, porém a um corredor de distância. Nesse dia, quatro ou cinco residentes assistiram ao procedimento, seguindo o protocolo de um Hospital Universitário (HU). Se, enquanto sentia uma dor diferente de outras que tive o desprazer de experimentar, tendo que me manter imóvel, e tinha lapsos de pensamentos, ainda que em delírio, de arrependimento, por sentir-me invadida, eu era observada, estudada e registrada. Todo diálogo em torno de mim tornou aqueles minutos intermináveis. Pelo que descreveu Foucault (2016 [1977]), como mais uma marca da transformação do hospital, a clínica era parte da organização do hospital, já que este se configurava como local de formação e transmissão de saber. Isto posto, sem me prolongar, anoto: já pude sentir o corpo diferente dias após a inserção do DIU, mas a associação que faço tende a se voltar mais ao abandono dos hormônios da pílula e não ao DIU em si.

Em meados de 2018, contudo, para fazer mais uma consulta de rotina, no mural de avisos da recepção, encontrava-se um cartaz, como descrevi na introdução: “O SASC não faz mais a inserção do DIU”. Naquele dia, dos mais de trinta minutos de consulta, já costumeiros, investi meus questionamentos ao médico sobre aquele cartaz. No começo, achei que fosse por motivos financeiros, por falta de investimentos públicos, já que, nessa época, o SASC estava composto por poucos(as) profissionais, contando apenas com uma médico ginecologista-obstetra, uma psicóloga e uma técnica em enfermagem. Isso era também um problema. O médico me contou das faltas de concursos, de verbas e de instrumentos para as consultas, inclusive da falta de DIU por um tempo. Mas, um dos motivos da pausa era outro, era marcado

por enunciados e práticas estigmatizantes que incidiam, naquele microespaço, sobre as mulheres que decidiam inserir o DIU (a exemplo: a promiscuidade).

Assim, movida pela investigação, minha trajetória e esse espaço de nível micro se somaram à justificativa desta pesquisa se dar nesse ambiente, de modo a verificar o funcionamento discursivo nas narrativas que fazem parte do jogo do dispositivo DIU. Debruço-me às narrativas que constroem os discursos nesse espaço, visando ao poder em suas extremidades, nas quais se faz capilar “[...] a partir da multiplicidade dos corpos, das forças, das energias, das matérias, dos desejos, dos pensamentos etc.” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 283). Nesse espaço, há o desencadeamento do nível micro de poder, que, em extremidades, em formas capilares, tem sua ramificação ali, penetrada à instituição.

Para que essa pesquisa fosse possível, marquei uma consulta com o médico, porém, em segundos, já o avisei de que a intenção ali era outra. Contei-lhe minhas inquietações, minha área de atuação na universidade e lhe fiz a proposta de ser entrevistado. Sempre receptivo, acolheu a ideia. O desconfortável, contudo, mostrou-se presente em relação à minha área de pesquisa: “O que a Linguística tem a ver com hospital, paciente, médico, enfermeira, DIU?”. Assim como para a enfermeira, posteriormente, fiz uma síntese de qual seria minha abordagem, de quais seriam minhas pretensões. Ambos simpatizaram. Firme dessa aceitação, pude me direcionar à Gerência de Estudo e Pesquisa (GEP), responsável por cuidar das pesquisas científicas no HU/UFSC/EBSERH.

Com isso posto, finalizo esta subseção para dar início à parte desta pesquisa em que analiso os enunciados/discursos gravados em entrevistas com os protagonistas da relação médico(a)-enfermeiro(a)-paciente nesse microespaço.

3.2 O TRAJETO EM PROJETO E OS DESLOCAMENTOS

A segunda via da análise também foi seccionada em duas fases, conforme planejamento feito em projeto de pesquisa: a realização das entrevistas semiestruturadas com médico e com a técnica em enfermagem do SASC do HU/UFSC/EBSERH; e a realização da observação dos sujeitos que inseriram (ou que pretendem inserir ou que tentaram, mas não conseguiram inserir) o DIU de cobre no SASC, seguida da prática das entrevistas semiestruturadas. Assim, antes de partir para a análise das entrevistas colocadas em prática, faço um apanhado de como se deu a pesquisa de campo, descrevendo todo o processo que antecede a coleta das narrativas.

Como já descrito na introdução desta dissertação, esta pesquisa tem Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, nº 25498519.7.0000.0121, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, no dia 26 de novembro de 2019, e está disponível no Anexo A desta dissertação. Não especificamente em razão de esta pesquisa envolver a observação e a participação de seres humanos, mas por este estudo ser desenvolvido em ambiente hospitalar, esse processo de aprovação ética se deu como parte de uma das exigências da GEP. Assim, foi preciso que o projeto fosse lido e aprovado pela GEP, especificamente pelo Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica do HU/UFSC/EBSERH, conforme consta na declaração de ciência da instituição presente no Anexo B, antes de ser encaminhado para o Comitê de Ética. É interessante comentar aqui, aliás, que, apesar de esta pesquisa problematizar determinações e discursos (dentre outros, mas sobretudo) biomédicos, a elaboração de um projeto para aprovação em Comitê de Ética, de modo a sustentar esta pesquisa, faz ver a agonística de ainda estar injungida ao dispositivo biomédico e ao funcionamento dele.

Continuo com a descrição do trajeto da pesquisa. Com esses documentos em mãos, médico e técnica em enfermagem – já cientes, previamente, da realização desta pesquisa –, passaram-me seus contatos (*e-mail* e telefone – *WhatsApp*) para a marcação das entrevistas. Dia 07 de fevereiro de 2020, foi marcada a entrevista com o médico ginecologista-obstetra do SASC, sendo realizada no próprio SASC no consultório do profissional de saúde e durando pouco mais de uma hora e cinquenta minutos de gravação. Antes de iniciar as perguntas constantes no roteiro da entrevista semiestruturada⁶¹ (Apêndice A): agradei o despendimento de tempo para participar da pesquisa; fiz a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (disponível no Anexo C), ressaltando os pontos principais da pesquisa (o objetivo, a participação do entrevistado, riscos e benefícios e resultados); frisei, mais uma vez, que seria feita a gravação do áudio, mas que somente a transcrição deste seria usada, mantendo-se a imagem/o nome do entrevistado sob sigilo; e esclareci que seguiria um roteiro, fazendo as perguntas constantes nele, mesmo que já tivessem sido respondidas, para o caso de serem complementadas, e acrescentando outras a depender do que fosse falado.

Seguindo essa mesma premissa de explicação da pesquisa, com a leitura (e assinatura) do TCLE (Anexo C), de saneamento de dúvidas, de agradecimentos prévios e de seguimento

⁶¹ Conforme descrito em projeto, as entrevistas feitas foram do tipo semiestruturadas (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 188), contendo um conjunto “[...] de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento”. Esse tipo de entrevista mostrou-se, portanto, mais adequado a esta pesquisa, já que não teve a pretensão de conseguir respostas uniformes, mas sim almejou ter maior flexibilidade interativa entre mim e as/os entrevistadas/os, possibilitando que informações significativas pudessem surgir no decorrer da interação.

de um roteiro (constante no Apêndice B), a entrevista com a e técnica em enfermagem ocorreu no dia 11 de fevereiro de 2020, no SASC, em uma sala destinada a consultas de outra especialidade médica, que não a de ginecologia-obstetra. A duração dessa entrevista ultrapassou quarenta e cinco minutos de gravação.

A transcrição dessas duas primeiras entrevistas seguiu a modalidade *ipsis litteris*, optando por manter algumas palavras e frases incompletas, gaguejamentos, contrações (em interjeições, por exemplo), repetições de palavras, falta de concordância verbal e nominal, enfim, privilegiando-se a escuta. Além disso, foram utilizadas algumas ferramentas nas transcrições: (i) reticências (“...”) para as pausas (os silêncios breves) ou as interrupções (frases incompletas, começando-se outras, por exemplo); (ii) uso de parênteses para quando não fosse possível entender o que foi dito, acrescido do tempo em que isso aconteceu, entre colchetes – (inint) [hh:mm:ss], por exemplo; (iii) uso de parênteses sinalizando uma hipótese do que foi dito – (hipótese de fala) [hh:mm:ss], por exemplo; (iv) uso de parênteses para comentários a respeito de quem ou do quê está se falando no momento e para marcar a entonação da voz e as reações, como risadas e voz baixa. Outra observação a ser colocada é que, visando à preservação da identidade das pessoas, foram utilizados os seguintes codinomes: “Técnica em enfermagem V”, na entrevista do médico, fazendo referência à técnica de enfermagem do SASC, participante da pesquisa; “Sr. Y”, na entrevista da técnica em enfermagem, fazendo referência ao médico ginecologista-obstetra do SASC participante da pesquisa; e “Sra. S”, em ambas entrevistas, fazendo referência à médica ginecologista-obstétrica da Área C, que não foi entrevistada.

Com essas duas primeiras entrevistas realizadas e com parte da análise documental feita, a banca de qualificação dessa parte inicial ocorreu no 16 de março de 2020. Nesse dia, aliás, a UFSC suspendeu as atividades em virtude da pandemia da COVID-19 (em Nota Oficial⁶²) e, devido a essa instabilidade (em muitos aspectos), a segunda parte de pesquisa de campo desta pesquisa ficou pausada. Após alguns meses, com o entendimento de que a pandemia se prolongaria e com a prorrogação dada pelas universidades e pelas bolsas de pesquisa, retornei à pesquisa de campo, contudo, com alterações. Foram duas mudanças principais. Primeira, que a seleção das pessoas participantes já estava prevista em projeto como

⁶² A Nota Oficial da universidade, publicada no dia 12 de março de 2020, pode ser acessada em: <https://noticias.ufsc.br/2020/03/administracao-central-anuncia-medidas-de-contingencia-na-ufsc-em-razao-da-pandemia-de-covid-19/>. A primeira, de três prorrogações, deu-se do dia 16 de março ao dia 13 de junho de 2020. Na sequência, do dia 14 de junho ao dia 13 de julho de 2020. E, por fim, do dia 14 de julho ao dia 12 de agosto de 2020.

sendo por meio das redes sociais⁶³, contudo, dada a situação, todo processo seu deu forma remota, inclusive as entrevistas. Em segundo lugar, os critérios de inclusão estipulados em projeto para escolha das pessoas participantes da pesquisa foram: sujeitos que se autodeclararam mulheres cisgênero e sujeitos que se autodeclararam homens transexuais maiores de 18 anos, que sejam heterossexuais, bissexuais, homossexuais ou que não se considerem enquadrados em uma orientação sexual, mas que se relacionem com sujeitos autodeclarados homens cisgênero; e de qualquer raça e credo, que já passaram ou que ainda desejam passar por processo de inserção de DIU de cobre no SASC, do HU/UFSC/EBSERH. Esses critérios tiveram duas mudanças: (i) à medida que a aplicação da pesquisa de campo seria de forma remota⁶⁴, à distância, e pelo médico do SASC já ter mencionado, em entrevista (como abordarei adiante), que se lembrava de somente um caso de homem trans ser atendido por ele (e que não foi para colocação DIU, já que havia feito cirurgia de retirada de útero – histerectomia – e de ovários – ooforectomia), resolvi ouvir, nesta pesquisa⁶⁵, somente as mulheres autodeclaradas cisgênero; (ii) em virtude de muitas mulheres terem se entusiasmado com a pesquisa (conforme mostrarei em seguida), querendo relatar suas experiências, decidi somar à pesquisa mulheres que tivessem colocado o DIU fora do SASC (em postos de saúde ou em clínicas) e mulheres que não tivessem colocado o DIU, mas com a condição de que fossem estudantes da UFSC (ainda em andamento ou já formadas) – tendo tido contato com o SASC ou não.

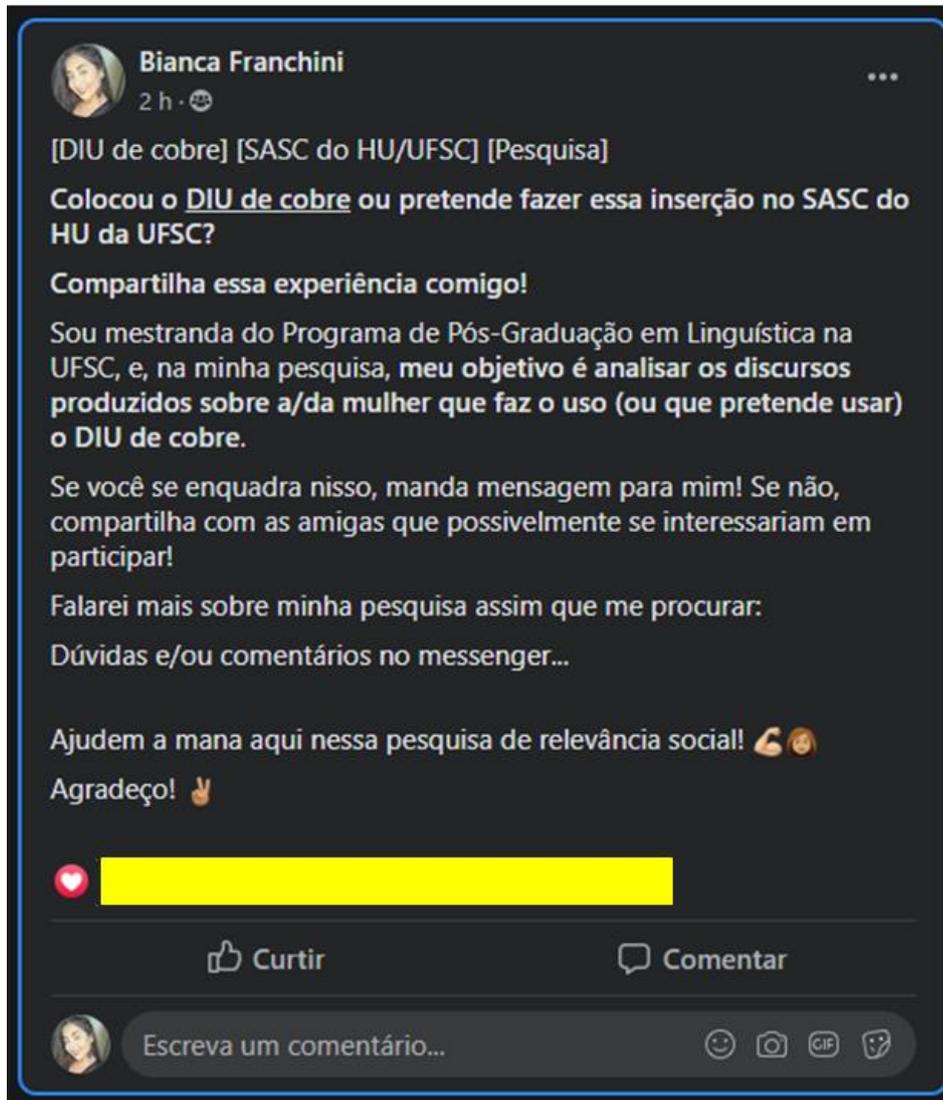
A partir dessas circunstâncias e com definições feitas, para a seleção das participantes, fiz uma publicação *Facebook*, no dia 30 de julho de 2020. Conforme colocado em projeto, a publicação foi feita, com minha conta pessoal, na página *Mulheril – Florianópolis/SC* (<https://www.facebook.com/groups/836923593068645/>), que é um grupo fechado que se descreve como sendo “[...] um grupo feminista voltado para o acolhimento de diversas formas de ser mulher e tornar-se mulher. Mulheres cis e pessoas trans são bem-vindas”. O texto da minha publicação encontra-se exposto na Figura 15.

⁶³ Essa maneira de seleção justificou-se tanto por ser uma forma flexível (deixando os sujeitos autônomos em escolherem participar ou não da pesquisa, estando abertos ou não a se pronunciarem – não ficando somente ao meu encargo) quanto pelo alargamento que as redes sociais têm de atingirem um maior número de pessoas.

⁶⁴ Em projeto, os locais pretendidos tanto para a observação em roda de conversa quanto para as entrevistas seriam em salas no Centro de Comunicação e Expressão (CCE), da UFSC, bloco B. Em ambos os casos, as salas selecionadas seriam delimitadas para esse fim, contendo boas condições de segurança e de acústica, de maneira que garantissem o sigilo e a confidencialidade dos dados.

⁶⁵ Anoto que essa alteração não se configurou como um abandono total da ideia, estando passível de realização em próxima pesquisa.

Figura 15 – Primeira publicação – chamada para entrevista – *Facebook*.



Fonte: captura de tela feita pela autora (2021).

À medida que, de imediato, prezei o convite sucinto, as descrições básicas da pesquisa (objetivo, metodologia – rodas de conversas e entrevistas –, riscos e benefícios) foram feitas na sequência. Ou seja, em caso de manifestação de interesse, convidei as interessadas a dialogarem comigo em conversa privada (*Messenger*) no *Facebook*, para resolução de demais dúvidas, para certificação de participação e para registro de outros meios de contato (*e-mail* e telefone – *WhatsApp*).

Além dessa, também fiz uma publicação, em minha conta pessoal na rede social *Instagram*, em que anexeí uma imagem (Figura 16) somada ao seguinte texto:

Mulheres, oi!

Vim convocá-las para participação em minha pesquisa!

Colocou o DIU de cobre ou pretende fazer essa inserção no SASC do HU da UFSC?

Compartilha essa experiência comigo!

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e, na minha pesquisa, **meu objetivo é analisar os discursos produzidos sobre a/da mulher que faz o uso (ou que pretende usar) o DIU de cobre.**

Para isso, farei entrevistas com mulheres que inseriram (ou que pretendem inserir) o DIU de cobre, **especificamente** no Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC), do Hospital Universitário (HU) da UFSC.

Se você se enquadra nisso, manda mensagem para mim! Se não, compartilha com as amigas que possivelmente se interessariam em participar!

Falarei mais sobre minha pesquisa assim que me procurar!

Ajudem a mana aqui nessa pesquisa de relevância social! 🤝🌍

Agradeço!

Figura 16 – Segunda publicação – chamada para entrevista – *Instagram*.



Fonte: captura de tela feita pela autora (2021).

Obtive apoio no *Instagram*, através de compartilhamentos, de amigas/colegas em suas páginas pessoais e, inclusive, da página do Programa de Pós-Graduação do qual faço parte,

@linguisticaufsc. Em ambas redes sociais, mulheres se mostraram animadas, mas, no *Instagram*, recebi mais mensagens. Foram, de início, 17 mulheres interessadas, mas, destas, 13 seguiram até o fim do processo da pesquisa. Com esse número inicial de 17 mulheres, ultrapassando o que havia estipulado em projeto como sendo suficiente (de 5 a 10), desativei as publicações.

Feito isso, foi dado início à combinação de datas com as participantes para a realização da roda de conversa e para posterior realização da entrevista. Visando ao contato individual e sem interferência das demais participantes, encaminhei *e-mail* para cada uma delas, com: pedido de dados pessoais; e pedido de escolha entre duas datas – domingo (dia 30 de agosto) e segunda (dia 31 de agosto), ou à tarde ou à noite – para realização da roda de conversa. Com isso feito, a roda de conversa foi marcada no dia 31 de agosto de 2020, no período da noite. A ideia, em projeto, era a realização de mais rodas de conversa. Porém, em razão de terem de ser feitas virtualmente, optei por realizar somente uma, para que ainda pudesse fazer a observação participante das entrevistadas. De modo a explicá-la: a observação participante consiste na participação do pesquisador na comunidade ou no grupo, incorporando-se a ele (MARCONI; LAKATOS, 2010). É nesse cenário que eu também sendo uma mulher que fez a inserção de DIU, passando pelo mesmo local pesquisado (o SASC), teria a intenção de tornar essa etapa mais próxima das pesquisadas. O objetivo pretendido com essa roda de conversa, então, além da aproximação e da criação de uma familiaridade das participantes comigo, seria conduzi-las a falarem, pois, falar “[...] de si, de suas experiências pessoais singulares e íntimas em uma esfera coletiva constitui, com efeito, um aspecto essencial da afirmação de si e da demarcação simbólica de uma identidade individual e coletiva” (MALUF, 1999, p. 74-75).

Na ocasião em si, não foram todas as mulheres da pesquisa que puderam estar presentes⁶⁶ (como expõe o Quadro 1⁶⁷). De modo inicial, determinei um tempo para efetuar uma breve apresentação, às mulheres presentes, da proposta do estudo e dos termos de participação e enfatizei que a participação delas não era obrigatória e que era possível desistir dessa conversa a qualquer momento, sem a necessidade de oferecer explicações. Além disso, frisei que, na roda de conversa, apesar de estar sendo gravada, seria apenas para que eu pudesse

⁶⁶ De modo que a roda de conversa era opcional, caso alguma das participantes escolhesse não participar dessa fase da pesquisa, a observação dela não seria realizada, sendo somente feita a etapa de entrevista individual.

⁶⁷ Visando à preservação das identidades das mulheres entrevistadas (assim como já comentado a respeito do médico, da técnica de enfermagem e das pessoas citadas), farei o uso de nomes fictícios. Dessa vez, optei por oferecer a possibilidade de as participantes escolherem um nome. Diante da surpresa de muitas, que acharam o pedido singular, algumas indicaram uma designação (apegando-se às flores) e outras optaram por deixar ao meu encargo.

fazer anotações, para que pudéssemos nos conhecer e dialogar, sem que fossem citados trechos, na íntegra, na pesquisa, mantendo suas imagens/seus nomes em sigilo.

Quadro 1 – Entrevistadas e participação na roda de conversa.

Entrevistadas	Participou da roda de conversa?
Bea	Sim
Girassol	Não
Flora	Não
Sabrina	Não
Débora	Não
Lara	Sim
Azaleia	Sim
Jasmim	Sim
Lis	Não
Ana	Sim
Miriam	Sim
Pri	Sim
Carol	Sim

Fonte: autora (2021).

Antes mesmo da roda de conversa, já pude, por exemplo, separar, nas minhas anotações, as participantes entre: (i) as que colocaram o DIU de cobre (no SASC ou não); e (ii) as que não inseriam ainda o DIU de cobre, seja por ainda estar em processo, seja por ter tentado e não conseguido, sem a necessidade de terem passado pelo SASC em atendimento ginecológico, mas que sejam (ou tenham sido) estudantes da UFSC. O Quadro 2 mostra alguns desses detalhes. Nesse sentido, para essa observação, dois TCLEs foram feitos (Anexo D e Anexo E).

Quadro 2 – Entrevistadas e participação na roda de conversa.

Participante	Usa o DIU?	Relação com o SASC?
Bea	Usa DIU há cerca de um ano.	Pré-DIU foi no SASC, mas a inserção foi no posto de saúde do Pantanal.
Girassol	Usa DIU desde 2016.	Colocou no SASC.
Flora	Usa DIU.	Colocou no SASC.
Sabrina	Não usa DIU.	Não conhece o SASC.
Débora	Usa DIU.	Colocou no posto de saúde na Trindade, há poucos meses. Não teve contato algum com o SASC.
Lara	Não usa DIU.	Foi ao SASC, mas este já não colocava mais o DIU. Foi encaminhada para o posto de saúde do Córrego Grande.
Azaleia	Usa DIU.	Colocou no SASC.
Jasmim	Usa DIU há três anos.	Colocou no particular, mas passou por atendimentos no SUS. Não conhece o SASC.
Lis	Usa DIU desde 2011.	Não colocou o DIU no SASC, mas fez atendimentos lá depois de já ter colocado.
Ana	Não usa DIU.	Tentou colocar no SASC, mas não conseguiu, porque foi na época em que o SASC parou de colocar.
Miriam	Usa DIU.	Colocou no SASC.
Pri	Não usa DIU.	Tentou colocar no SASC, mas foi encaminhada para colocar no HU e não conseguiu (acabou desistindo).
Carol	Usa DIU há três anos e meio.	Colocou no SASC, mas passou por postos de saúde antes.

Fonte: autora (2021).

Posteriormente, para a prática das entrevistas, assim como para a roda de conversa, precisei, primeiro, agendar horários com a secretaria da Pós-Graduação em Linguística da UFSC, para o uso da plataforma *Zoom*, uma vez que havia se tornado o meio de realização de atividades/reuniões acadêmicas, estando sobrecarregada. Com estipulação de dias e horários feita, criei uma enquete (Figura 17) para que todas as participantes pudessem votar em horários e dias (mais de um) em que estariam disponíveis para a entrevista. Após as 13 respostas, pude separá-las convenientemente para a entrevista individual.

Figura 17 – Enquete para datas das entrevistas.

Perguntas Respostas 13



Entrevista - Pesquisa DIU - Bianca Franchini

Em virtude da agenda cheia (e imagino que a sua também esteja, rs!), achei interessante abrir essa possibilidade de escolha.
Aqui, você coloca todas as suas possibilidades (marcando mais de uma opção, se possível, em cada dia), nos horários disponíveis que eu tenho para uso da plataforma Zoom da minha Pós-Graduação, e, com isso feito por todas as mulheres participantes, poderei alocar cada uma de vocês.
Em seguida, entrarei em contato para fazer essa marcação!

Obrigada! <3
Qualquer dúvida/sugestão, sinta-se à vontade para me dizer...

Nome *

Texto de resposta curta

Dia 14/09 - Segunda-feira (se puder, marque mais de uma opção) *

Das 16h às 17h30

Das 18h às 19h30

Das 20h às 21h30

Não posso nesse dia!

Fonte: captura de tela feita pela autora (2020).

Para cada entrevista, inicialmente, as participantes foram informadas, mais uma vez, a respeito do objetivo da pesquisa e dos aspectos centrais das perguntas. Mencionei, também, que a aplicação da entrevista se daria mediante a assinatura do TCLE (Anexo F e Anexo G), o que sustenta a voluntariedade do ato e assevera a austeridade da pesquisa, tanto para as participantes quanto para as Instituições envolvidas. Além disso, frisei que a entrevista seria gravada. Com todos os avisos introdutórios e agradecimentos feitos, comentei que seguiria um roteiro de perguntas (presente no Apêndice C desta dissertação), não deixando de fazer os

questionamentos mesmo que a entrevistada já tenha discorrido sobre a temática da questão, e que faria acréscimos de perguntas, a depender do que fosse narrado em diálogo.

Com exceção do dia 23 e do dia 25, as entrevistas começaram às 16h e todas terminaram depois das 21h30min. Relembro que foram 13 mulheres participantes, totalizando mais de 16 horas e 50 minutos de entrevistas que compõem o *corpus*. O Quadro 3 contém a duração da entrevista de cada uma das mulheres. As transcrições foram feitas na íntegra⁶⁸, para efetuar, assim, a seleção das categorias pretendidas para análise, ou seja, não podendo ser escolhidas previamente, já que dependiam do desenvolvimento do trabalho de campo.

Quadro 3 – Datas, entrevistadas, duração das entrevistas.

Data	Entrevistadas	Duração da entrevista
14 set. 2020 Segunda-feira	Sabrina	00h58min11seg
	Bea	01h41min25seg
	Lis	01h40min40seg
21 set. 2020 Segunda-feira	Carol	00h46min41seg
	Pri	01h07min19seg
	Ana	01h41min05seg
23 set. 2020 Quarta-feira	Débora	01h00min23seg
	Miriam	01h01min12seg
24 set. 2020 Quinta-feira	Flora	01h33min20seg
	Azaleia	01h12min04seg
	Girassol	01h19min40seg
25 set. 2020 Sexta-feira	Lara	01h33min05seg
	Jasmim	01h15min38seg

Fonte: autora (2021).

Com o trajeto traçado em projeto e os deslocamentos descritos, sigo para as subseções de descrição e de análise das narrativas das pessoas entrevistadas, a começar por médico e técnica de enfermagem que, inseridos no *microespaço* SASC, têm seus discursos e suas práticas imbrincados às técnicas disciplinares e regulamentadoras do dispositivo DIU; e, posteriormente, seguindo para os relatos das mulheres e de suas relações de cuidado de si e de reconhecimento de si.

3.3 O OLHAR DO OUTRO

A partir das entrevistas realizadas, trago à tona, nesta subseção, o discurso médico e o discurso da enfermagem, dispostos no *microespaço* SASC, entendendo-os como parte dessa

⁶⁸ Assim como a transcrição da entrevista com o médico e com a técnica em enfermagem, a transcrição dessas entrevistas se deu na modalidade *ipsis litteris*, seguindo-se as mesmas características descritas anteriormente.

tecnologia versátil (TAKESHITA, 2012) que é o método contraceptivo DIU, produto de atividades discursivas do controle biopolítico dos corpos, e parte do funcionamento do dispositivo de controle e microprotético DIU. Disponho-me a narrar esse processo de coleta, de diálogo e de questionamentos, com acréscimo da análise proposta nesta pesquisa.

Pensar no método contraceptivo DIU como dispositivo de controle é considerar que suas técnicas, suas práticas e seus discursos se voltam, biopoliticamente, tanto para o corpo individual, pelas formas disciplinares, quanto para o corpo social, pelas formas de regulamentação, que, em ambiguidade, são produtivos e positivos.

Faço uma breve retomada da primeira frente estratégica de exercício do poder, a disciplinarização do indivíduo, que tem, como uma das características básicas, o olhar, que faz o registro contínuo de conhecimento, produzindo saber ao mesmo tempo em que exerce o poder. As demais características da disciplina, em inter-relação, dizem respeito à organização do espaço; ao controle do tempo; à vigilância (hierárquica) (FOUCAULT, 2014 [1975]). A sociedade disciplinar tem, utopicamente, sua materialização na arquitetura do *Panóptico* de Bentham, cuja torre principal não permite que tenha o olhar retribuído; o olhar sai de lá, podendo ser de qualquer pessoa que ocupe aquele lugar. Quem vigia não pode ser visto por quem ocupa uma cela. O efeito do Panóptico (o mais importante) é essa indução que provoca no detento o estado, em consciência, de permanente visibilidade, garantindo o funcionamento do poder. Resume-se: os detentos encontram-se presos na situação de poder em que eles mesmos o portam. Funcionando como uma espécie de laboratório de poder, o *Panóptico*, graças aos mecanismos de observação que tem, “[...] ganha em eficácia e em capacidade de penetração no comportamento dos homens: um aumento de saber vem se implantar em todas as frentes do poder, descobrindo objetos que devem ser conhecidos em todas as superfícies onde este se exerça” (FOUCAULT, 2014 [1975], p. 198). O visível torna-se: armadilha, contrariamente ao funcionamento do princípio da masmorra, não mais privando o detendo da luz e escondendo-o (conservando-se, apenas, a função de trancar); e produção de saber (não havendo esgotamento do poder), com registros em arquivos (o histórico de comportamentos e o quadro de saúde – no caso do hospital).

Com isso dito, o dispositivo de controle (e microprotético) DIU tem, em sua composição, como parte de seu funcionamento, a disciplinarização e a normalização social dos corpos das mulheres através da circulação de saberes, constituídos a partir de observações, de exames e de discursos. Interessa-me, nesta seção da dissertação, a verificação da vigilância não somente do que está inscrito na organização do espaço do HU ou do *microespaço* SASC, mas na relação de “pirâmide de olhares” (MACHADO, 2016, p. 23) que é formada (dentre outros

sujeitos) por médico e por profissionais da enfermagem, que têm seus discursos e suas práticas voltados para/na produção da individualidade das mulheres que usam (ou que procuram usar) o DIU. No dispositivo Panóptico, na torre de controle, “[...] o diretor pode espionar todos os empregados que tem a seu serviço: *enfermeiros, médicos* [...]”; poderá julgá-los continuamente, modificar seu comportamento, impor-lhes métodos que considerar melhores; e ele mesmo, por sua vez, poderá ser facilmente observado” (FOUCAULT, 2014 [1975], p. 198, grifos meus). Mais uma vez, é preciso dizer: o investimento sobre os corpos, com as disciplinas, facilita o exercício de poder, pois este deixa de ter qualquer negatividade e ponto central, passando a ser micro, capilar e anônimo.

Além da disciplina, que tem seu eixo político na individuação (acessando o indivíduo e treinando seu corpo), a regulamentação biopolítica, para o entendimento do funcionamento do dispositivo DIU, é elementar. A nova arte de governar, da biopolítica, incide no nível da vida, como já discorrido nesta dissertação, realocando (não dispensando as estratégias de docilidade dos corpos) o indivíduo à massificação da população, do problema político das massas. O corpo passa a ser objeto de intervenção da nação (com as tecnologias da vida voltadas para o homem-espécie). As ciências humanas, na genealogia, são consideradas por Foucault como o saber (em sua materialidade, prática e acontecimento) que se torna peça do dispositivo político (articulado com a estrutura econômica) (MACHADO, 2016). Investigar o saber, portanto, não significa se remeter a um sujeito do conhecimento como origem, mas às relações de poder que o constituem. Nesse aspecto, “[...] o hospital não é apenas local de cura, ‘máquina de curar’, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber (MACHADO, 2016, p. 28, grifos do autor).

A rede de discursos que produz o dispositivo DIU deve ser lida, como está proposto nesta dissertação, de acordo com estratégias polivalentes e ubíquas, sejam elas globais, sejam elas locais, de intervenção biopolítica. Os discursos e as práticas dos dois primeiros sujeitos entrevistados (médico e técnica em enfermagem) materializam a forma específica de governo sobre a vida, principalmente das mulheres.

3.3.1 “[...] o negócio sempre acaba no médico”

Era dia 07 de fevereiro de 2020, um dia de sol, e a universidade estava menos movimentada, em meio ao recesso acadêmico. O hospital universitário, do contrário, anunciava-se em pique já no pátio rente à entrada principal, onde muitos buscavam qualquer

brisa e sombra em momento de espera. Dirigi-me ao SASC e, tão logo, já estava de frente com o médico a ser entrevistado, em seu consultório. Antes mesmo de iniciar a entrevista, pusemo-nos a conversar, como em outras conjunturas em que nos vimos. Contudo, mostrou-se ansioso, fazendo um comentário em relação à sua exposição. Já imaginando que a preocupação com o controle e a vigilância das palavras poderia vir à tona e seguindo os protocolos estipulados na pesquisa, revi os pontos principais da pesquisa e descrevi como que se daria a entrevista, de modo a deixá-lo mais confortável. Mesmo sabendo de certa impraticabilidade do pedido, disse-lhe para manter a celeridade de conversas triviais que já havíamos tido.

Às 14h30min, com o gravador posto à mesa entre nós, iniciei a gravação. As perguntas iniciais voltaram-se para a formação e a carreira acadêmica e profissional dele. Formado na Universidade Federal de Goiás, em 1983, fez residência em São Paulo, durante quatro anos. Contou que, na época, quase que no Brasil inteiro, era preciso fazer dois anos de residência para formação em ginecologia, mas, nessa região, eram obrigatoriamente três anos: “[...] a gente fazia um ano de cirurgia geral e depois mais dois anos de ginecologia-obstetrícia”. A partir disso, desabafou sobre o quanto a formação na área passou a se subespecializar:

[...] Hoje o pessoal está muito subespecializado, né. [...] Hoje, na Endocrinologia, tem gente que faz a Endocrinologia puberal, a infantil, menopausa, pra infertilidade, quer dizer, cada um segue... tem muita subespecialidade. Naquela época, além de não tê-la todas, eu não tinha interesse, entendeu? Eu estudei tudo isso né, então eu gostava de tudo isso e fazia um pouco de cada coisa pra ser um médico geral mais bem formulado etc.

Nesse seu comentário a respeito da subespecialização dentro da medicina, é possível fazer notar que o domínio do perito, que Foucault vai explicar como sendo agente do poder (já que é agente de constituição do saber – a partir do século XIX), passa a se ramificar. Foucault (2016 [1977]) explica que, derivado de forma mais diversa ao intelectual “universal”, o intelectual “específico” é o “cientista-perito” que se tornou cada vez mais importante, pois passou a assumir responsabilidades políticas: com saber local que tem implicações aos saberes das massas; com ocupação de um lugar estratégico; e com produção de efeitos específicos a partir de seus discursos verdadeiros⁶⁹.

Voltando ao discurso do entrevistado, seu incômodo se volta para o quanto essas especificidades têm se capilarizado e que isso, para ele, seria uma fragilidade para a área. No

⁶⁹ É mister dizer, ainda, que “discursos verdadeiros” não seriam conjuntos de coisas a serem descobertas e postas para aceitação, mas sim “[...] conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 53). Ou seja, não se trata de estar ou não a favor da verdade, mas de entendê-la como desempenhando um estatuto e um papel econômico-político.

que diz respeito à produção de verdades, de corpos e de subjetividades, essa capilarização encaminha-se, cada vez mais, para a disciplinarização e regulação biológica e minuciosa dos corpos, mantendo o funcionamento do papel econômico-político.

Adiante, quando lhe perguntei o que o levou a fazer ginecologia-obstetrícia, o entrevistado me contou de sua trajetória e respondeu, primeiro, como que a medicina foi por acaso.

O que me levou a fazer? Na verdade, foi... é... as coisas que acontecem com a gente é tudo meio que por acaso, né? **Eu fui fazer medicina por acaso**, fui fazer residência por acaso, mudei para São Paulo por acaso... e foi esse negócio de última hora, de então ir para São Paulo, eu passei no concurso e daí fui. Era considerada a melhor residência da América Latina, entendeu? Era um hospital super conceituado. E tinha médicos em Goiânia, porque eu frequentava assim... os serviços né, que tinham feito residência em São Paulo e falavam muito bem e **todo mundo falava muito bem**. [...] Aí, pô, eu pensei “não posso deixar de entrar no lugar onde todo mundo está louco para entrar e etc.”. E eu era medroso, morava no interior, eu não tinha aquela ideia de “Ah vou sair, vou fazer um negócio fora, vou para o exterior”. **Era caipira do interior**.⁷⁰

Apesar de, em sua narrativa, colocar o acaso como algo involuntário e inconsciente, é possível verificar que o discurso que produz a medicina como requisitada (“[...] não posso deixar de entrar no lugar onde todo mundo está louco para entrar”) e ótima oportunidade de o “caipira do interior” tornar-se sujeito e poder falar “muito bem”. O lugar estratégico do perito materializa-se, inicialmente, nessa visão. Contudo, como se verá adiante, sua posição de perito é, ainda, *diferente*. Essa diferença pode ser entendida segundo estratégias ambíguas, uma vez que esse médico, além de voltar seu olhar para o corpo e a subjetividade das mulheres (corpos relegados e precarizados), tem práticas de resistência à atuação disciplinar.

Continuando sua narrativa de ingresso na medicina e na atuação hospitalar, manteve-se entusiasmado com o retorno a essas memórias e contou-me como começou a atuar com ginecologia-obstetrícia, que, também, segundo ele, foi por acaso. Inicialmente, começou a trabalhar, a partir de um contato de um colega de turma, em uma maternidade para as pessoas (que denominou como) “indigentes”, já que, na época, não havia SUS e muitas pessoas não conseguiam pagar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O diretor dessa maternidade era chefe do serviço de obstetrícia do INAMPS, um hospital localizado em Goiânia, que tinha o serviço e a residência de ginecologia-obstetrícia. Para trabalhar lá, era preciso fazer uma prova e passar no concurso de obstetrícia. Como não havia estudado ginecologia ainda, precisou estudar um livro sobre a área (chamado *Resende*, e

⁷⁰ Nas citações das entrevistas, os destaques que darei aos trechos serão feitos em negrito.

o resumo deste era o *Resendinho*) e fazer um curso de dois ou três meses, oferecido pelo próprio INAMPS. Ao fazer a prova, teve a aprovação. Trabalhou lá por um ano, fazendo plantões de 24h por semana e, segundo ele, aprendendo bastante. No ano seguinte, fez o concurso novamente, e pôde atuar no local por mais um ano.

[...] Então, assim, fiquei dois anos fazendo só obstetrícia e depois como primeiro interno a gente fazia, ajuda muito em cirurgia ginecológica, do próprio Hospital Escola, e eu frequentava o INAMPS também. Eu frequentei o INAMPS, esse hospital que era muito bom, na parte de terapia intensiva, de UTI. A gente ia toda sexta à noite, dormíamos lá toda sexta à noite, dormia não ficava acordado...

[...] Então, eu já tinha uma relação anterior com esse hospital e, depois quando eu tinha tempo, eu ficava com o pessoal da obstetrícia. Ajudava na cirurgia, dava plantão na obstetrícia. **Então, quer dizer, eu já estava embolado com a ginecologia-obstetrícia**, não tinha mais como escapar. Aí aquela coisa, eu tinha ciclo de amigos, conheci as pessoas, fazendo esses dois estágios, frequentando o hospital do INAMPS, eu falei “Pô, para que fazer outra especialidade? Eu já sei praticamente tudo o que existe na ginecologia, já conheço todo mundo”. O meu sonho era fazer a ginecologia-obstetrícia lá do INAMPS.

Na sequência, passou em um concurso em Brasília, para atuar no Hospital Escola do INAMPS de lá. Narrou, ainda, que, por se identificar muito com a atuação cirúrgica, pensou em continuar mesmo com ginecologia-obstetrícia, já que esta é uma especialidade clínica e cirúrgica. Desse modo, colocou: “Então, assim, todas essas influências acabaram me levando a fazer a residência disso e etc. Então, é difícil falar que eu sempre sonhei em fazer ginecologia-obstetrícia, é um troço que vai aparecendo, sabe?”.

Aqui, sob anuência de análise, abro parênteses. Sobre a ginecologia-obstetrícia ser “um troço que vai aparecendo” – nas palavras do entrevistado – faço notar a biopolítica e os regimes de saber-poder científico e técnico que se tornaram hegemônicos em relação aos corpos das mulheres, não ocorrendo por acaso. Conforme explica Martins (2014, p. 83) e conforme os deslocamentos anotados nas seções anteriores desta dissertação a respeito das práticas, dos discursos e das políticas de saúde voltadas para as mulheres, à medida que o controle da reprodução da espécie passou a ser importante para os médicos (a regulamentação biopolítica), que as mulheres eram positivadas como mães e que o discurso médico passou a ser fundado na experiência clínica (no princípio da visibilidade), a “antiga arte dos partos”, nas palavras da autora, foi reestruturada e promoveu a constituição de “[...] uma especialidade com objeto e vocabulários próprios”: a obstetrícia. As transformações da medicina no século XIX deslocaram a gravidez, o parto, o puerpério e as queixas ginecológicas para o domínio dos médicos e para a construção de saberes institucionalizados, os quais passaram a acessar a vida privada das mulheres (MARTINS, 2014). De acordo com leitura que faz de Foucault, a autora cita que conhecer o corpo das mulheres foi o primeiro passo para construir “[...] saber indiciário

produzido pelo exame, e isto significava recortá-lo como individualidade e objetivá-lo no interior de um novo campo do saber que o tornasse inteligível; um corpo dócil, sujeito às manipulações, às análises, a ser utilizado e aperfeiçoado” (MARTINS, 2014, p. 88). Quando a autora menciona que as práticas sobre a gravidez, o parto e maternidade eram experiências das mulheres, cuja história passou a ter marco com os “pais” da obstetrícia (e não “mães”), retomo a emergência da caça às bruxas que tinha a premissa de erradicar os saberes e poderes populares para apropriar-se do corpo das mulheres com fins de controlar a reprodução e a produção econômica (FEDERICI, 2017; PRECIADO, 2018). A ginecologia, da mesma forma, recebeu estatuto de especialidade na metade do século XIX, como ciência das mulheres, sendo baseada na observação, na técnica cirúrgica e na construção das diferenças sexuais (corpos sexualizados *versus* representação cerebral e racionalizada; natureza *versus* cultura) (MARTINS, 2014). Fecho parênteses.

Aproveitei o andar de sua fala e o questionei sobre como foi o deslocamento dele para Florianópolis e para o SASC, em particular. Em sua resposta, pontuou que foi em decorrência de tudo que havia contado. Decidiu não retornar a Goiânia, por questões pessoais, as quais, nesse momento da entrevista, fizeram-no parecer pouco à vontade para dizer. Pôs-se a continuar narrando que tinha a pretensão de se mudar de São Paulo para uma cidade pequena. Com 23 anos, em uma sessão de psicanálise, seu terapeuta indicou a cidade de Florianópolis: “[...] é uma cidade pequena, tem umas praias super bonitas, é um lugar super sossegado, tem universidade...”. Gostou da ideia, mas pensou em passar um tempo na cidade para ver se tinha interesse, “[...] foi um negócio que não tem muita relação com a profissão, ou com o trabalho, foi um negócio pessoal mesmo, porque, assim, médico qualquer cidade que chegar arruma um emprego”. Mas, na profissão, demorou para se adaptar, já que o pessoal de Florianópolis, na época, “[...] era extremamente fechado”. O ingresso no HU/UFSC/EBSERH não foi imediato. Esperou de dois a três anos para que abrisse um concurso.

No hospital da universidade, começou a trabalhar na ginecologia geral, passando por um período (de alguns anos) como responsável pelo serviço de cirurgia geral (“tumores benignos, miomas, cistos de ovário, incontinência urinária, nódulos de mama, essas coisas gerais que você não precisa encaminhar para um subespecialista, né” – em suas palavras). Antes disso, aliás, ficou um tempo no ambulatório de escola, cujo local teve sua atuação como orientador do chamado internato (alunos do sexto ano de medicina). Nesse ponto, fez mais um desabafo:

Médico: [...] Mas eu me desgostei um pouco desse negócio. Porque os caras não têm, eu não sei se eles não tinham interesse em nada, ou se era só na ginecologia e obstetrícia. **A ginecologia-obstetrícia ela sempre foi relegada ao último plano**, entendeu? Você chega em um hospital, por exemplo, igual o hospital regional aqui, o pior material cirúrgico é o da ginecologia e obstetrícia. **Tudo para a ginecologia-obstetrícia é ruim**. Se vai cancelar uma cirurgia, se vai botar alguém na frente, tira a ginecologia e bota, entendeu? Sempre foi assim. E, ali, na coisa, o pessoal que não vai fazer a ginecologia e obstetrícia eles não têm interesse nenhum, entendeu? Então, é aquele desinteresse, aquela coisa...

[...]

Bianca: E você sentiu isso quando veio pra cá? Na ginecologia aqui, você sentiu isso?

Médico: É eu fiquei vários anos nesse serviço de ambulatório né, **com essa função, junto com outros médicos, de orientar os doutorandos**, né. Porque os doutorandos não têm essa aula teórica, prática que chama igual tem anos antes. Por exemplo, no quinto ou quarto ano, quando a pessoa passa na disciplina de ginecologia-obstetrícia, eles vêm com um professor aqui né, eles ficam ali misturados com a gente, **atendia uma paciente só com o professor e com todos os alunos juntos**.

[...] a paciente ficava patinando na mesma coisa eternamente e não resolvia nada.

[...] Então, assim, eu via que o negócio não saía do lugar. Ensinar medicina para alguém é um negócio muito complicado. **Que tipo de técnica, de metodologia, que a gente usa para ensinar médico?** Agora já modificou um monte de coisa, eu acho que cada dia está pior, sabe? É difícil, muito difícil.

Nessa sua fala, ponho em análise duas partes de seus enunciados: (i) a ginecologia ser relegada – “A ginecologia-obstetrícia ela sempre foi relegada ao último plano”; “[...] o pior material cirúrgico é o da ginecologia e obstetrícia. Tudo para a ginecologia-obstetrícia é ruim”; e (ii) a orientação, experimentação dentro do hospital – “[...] com essa função, junto com outros médicos, de orientar os doutorandos”; “[...] atendia uma paciente só com o professor e com todos os alunos juntos”; “Que tipo de técnica, de metodologia, que a gente usa para ensinar médico?”. Em relação à primeira, ponho em reflexão, a partir do que o entrevistado desabafa, que os saberes médicos sobre os corpos das mulheres passaram por transformações, mas a ginecologia-obstetrícia é, ainda, atravessada pela inferiorização e degeneração das mulheres e de seus corpos, sendo, assim, relegada e precarizada, em relação a outras especialidades médicas. Quanto à segunda, é possível verificar o *Panóptico* hospitalar da experiência e da experimentação clínica que observa, que estuda, que registra para formação e transmissão de saber. Esse local que é utilizado como “[...] máquina de fazer experiências, modificar o comportamento, treinar ou retrainar os indivíduos. Experimentar remédios e verificar os efeitos” (FOUCAULT, 2014 [1975], p. 197). A tecnologia hospitalar que incide sobre o indivíduo pelas técnicas disciplinares simultaneamente incide sobre a população, ambos (indivíduo e população) objetos de saber e alvos de intervenção da medicina (FOUCAULT, 2016 [1977]). A experimentação é, ainda, estratégia biopolítica de intervenção em populações

situadas às margens, pensadas como “matáveis” (AGAMBEN, 2007; FOUCAULT, 2018 [1976]; CAPONI, 2004). Ou seja, “[...] um poder de morte que persiste como seu limite, como uma antiga estratégia de poder que se refere à corporeidade nua e sem direitos” (CAPONI, 2004, p. 454). Mais uma vez, os corpos das mulheres são condicionados à experimentação e a testes (“[...] a paciente ficava patinando na mesma coisa eternamente e não resolvia nada”), e, acrescento, ainda: à dominação cultural, à purificação racial através da racionalização biopolítica e do laboratório e da indústria farmacopornográficos (PRECIADO, 2018).

Proseguiu, mostrando-se frustrado, dizendo que era complicado ver que a maioria dos alunos do ambulatório não conseguia ter direcionamento nos atendimentos aos pacientes, e que estes não tinham seus problemas resolvidos. Por isso, mesmo intervindo e colaborando, achou melhor sair, e foi direcionado à atuação cirúrgica, como já comentado. Retornou a falar de como no ambulatório cirúrgico-ginecológico sua atuação foi expressiva, trabalhando e se dedicando bastante. Pontou que tinha um comportamento diferente dos demais:

O negócio ali era *punk*. **Porque as minhas pacientes eu mandava vir de qualquer jeito. Sem marcar consulta, com retorno livre.** Eu inventei um tal de retorno livre que o pessoal ficou doído. Porque a minha função, **a minha filosofia** era o seguinte: **você tem que resolver o problema do doente.** O médico não está ali para resolver o problema dele. E se o paciente não tiver consulta? Mas eu sabia quais os pacientes precisariam vir, entendeu? Eu falava “você tem tal dia, só vai voltar se acontecer qualquer coisa, você pode me procurar ali e etc.” E as pacientes às vezes abusam, muitas vezes, o pessoal não abre as pernas porque se não vai acabar tendo problema, mas eu não ligava pra isso. As minhas pacientes eram... Eu achava que era melhor pecar por excesso do que por falta. E a maioria que vinha, quase 90%, era coisa importante mesmo, a gente resolvia coisa simples, orientar, né, para a paciente ficar mais segura. Então, eu inventei esse tal de retorno livre, e, com as minhas pacientes, eram assim. Aí, pessoal assim “Ah doutor, você fica dando liberdade para as pacientes, aí elas vêm todo dia!”.

Nesse trecho de sua fala, há uma memória discursiva desperta: a memória de uma medicina individualista, que Foucault (2016 [1977]) vai marcar como sendo configurada nos séculos XVII e XVIII. Se, ao colocar que sua “função” e “filosofia” sejam “resolver o problema do doente”, o entrevistado, em seu enunciado, faz notar a regularidade discursiva de uma medicina que, através de rituais de compreensão de textos e de transmissão de receitas (mais ou menos secretas ou públicas), observava o doente e a doença, excluída de uma experiência hospitalar, dos séculos mencionados. Na medicina individualista, o médico tinha o papel de prognosticador e árbitro, precisando prever a evolução da doença e dizer de que lado estaria a vitória na luta entre natureza e doença. “Essa espécie de teatro, de batalha, de luta em que consistia a cura só podia se desenvolver em forma de relação individual entre médico e doente” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 176).

Ainda no caso do entrevistado, em especial, sua posição de não marcar consulta e de *inventar* o retorno livre, além de ser um gesto de um único sujeito da medicina individualista, mostra certa resistência à (re)organização hospitalar que passou a funcionar, desde a metade do século XVIII, a partir da tecnologia política disciplinar (como já comentado no início desta seção). Essa sua prática de retorno livre desestabiliza, por exemplo, a técnica de distribuição espacial dos indivíduos no hospital, no que diz respeito ao aspecto combinatório (de marcação de horários), sendo, por vezes, questionado pelos demais profissionais: “Aí, pessoal assim ‘Ah doutor, você fica dando liberdade para as pacientes, aí elas vêm todo dia!’”. A burocracia de funcionamento do hospital é colocada em suspenso pela sua atuação individual. A resistência verificada nessa prática configura-se, também, como um deslocamento da posição de perito (cara ao funcionamento do hospital, concebido como instrumento de cura e terapêutico, desde o final do século XVIII) (FOUCAULT, 2016 [1977]). Assim, há (também) uma ambiguidade desperta. Primeiro, de um lado, o médico entrevistado engendra práticas de transgressão e de liberdade à posição e ao olhar de perito (ainda que relativamente reduzidas). E, segundo, de outro lado, as demais técnicas de controle do hospital (para além da distribuição espacial) e do perito que dele faz parte continuam em funcionamento (tanto nesse trecho de sua fala quanto no decorrer da entrevista, como se verá): a técnica de observação dos gestos mais eficazes, rápidos e bem-ajustados – os “mecanismos de gestão disciplinar dos corpos” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 181); a técnica de vigilância constante dos indivíduos; e a técnica de registro contínuo. Em especial, a *liberdade* dada às pacientes de se consultarem sem agendamento prévio é investida de vigilância perpétua, de modo que torna essas mulheres dependentes do conhecimento especializado do perito, submetendo-as à incessante pirâmide de olhares. No final do século XVIII, quando o hospital é concebido como instrumento de cura e terapêutico, “[...] o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar”, como conta Foucault (2016 [1977], p. 186), mais uma vez, sendo possível aferir aproximação com a atuação do entrevistado, controlando o regime hospitalar, adequando-se às normas disciplinares.

Prossigo com a narrativa. Depois de um tempo, o médico entrevistado recebeu um convite da chefe da ginecologia do hospital, que era responsável pelos médicos ginecologistas, a sugestão de migrar para o SASC. “Aí eu nem sabia que existia esse SASC”, ele disse. Lembrou-se de que a própria médica mencionou perceber o excesso de trabalho dele, e, com isso, ela fez essa proposta, alegando que o SASC era um local bom, que atendia à comunidade universitária, bem tranquilo, sem todo o estresse que ele estava passando, e que um dos médicos estava pensando em sair de lá. Apesar de frisar que queria continuar fazendo cirurgias (e continuou, uma vez por semana), o médico entrevistado aceitou essa mudança: “Aí eu aceitei e

acabei vindo e ficou bem tranquilo.”. No SASC, então, foram mais de dezesseis anos de dedicação, e, no hospital da universidade, foram mais de vinte anos.

O início da narrativa sobre o microespaço SASC se deu vinculada ao atendimento local. Quando lhe perguntei sobre as contracepções frequentes de suas pacientes, não titubeou e logo me disse que, em grande maioria, utilizavam o anticoncepcional oral:

A maioria usa anticoncepcional oral. Os anticoncepcionais hormonais têm vários tipos, tem os orais, os injetáveis, tem o próprio DIU Mirena, tem o implante, tem aquele (Plat, de pregar) [00:35:24], tem injetável e tudo mais. Então, assim, a maioria usa o anticoncepcional oral, né. Primeiro, porque são as pacientes mais jovens, né! Aqui, a clientela já é diferente, né, mas a gente tem muita paciente jovem né, abaixo de 35 anos, que realmente precisa fazer uma contracepção. Então, a pílula é a mais frequente mesmo...

Em associação, colocou que, por serem pacientes mais jovens, o uso da pílula é mais frequente entre essas mulheres. O local, segundo ele, é frequentado, em peso, por estudantes da universidade, e, muito pouco, por adolescentes e jovens do Colégio de Aplicação da UFSC: “[...] a cada cem pacientes que eu atendo aqui uma é do Aplicação. Então, é muito pouco. [...] Agora, a grande maioria são alunas [da universidade] mesmo né. Até porque o rol de pacientes aqui seria 5% de funcionárias e de professoras e 95% de alunas. [...]”. A partir das regularidades analíticas que fui verificando ao longo da pesquisa, aqui, os discursos já ofereceram correlações entre idade das mulheres e o uso do tipo de contracepção.

Nesse interim, relaciono dois trechos da fala do entrevistado em diferentes momentos da entrevista (deixando-os elencados respectivamente na sequência). Primeiro, sua resposta à pergunta subsequente às já descritas, que se mostrou pertinente, em que o indaguei sobre como que se dava o processo de escolha da contracepção pelas pacientes atendidas, se eram elas quem já faziam pedidos ou se era ele quem indicava uma específica. Mais uma vez, construindo-se como um médico perito *diferente*, sustentou, em seu discurso, a ambiguidade entre liberdade e controle, pois começou dizendo que a maioria das pacientes já o procuravam alegando o desejo de certa contracepção, e não de outra, e que ele não fazia sugestões, deixando as pacientes escolherem; mas, na sequência, disse (de forma enfática) que explica para as pacientes sobre cada método de acordo com o “perfil” de cada uma delas. Segundo, em outro ponto da entrevista, quando comentava algumas questões relativas ao DIU, voltou a dizer que é preciso dar suporte às pacientes e que estas têm que escolher, experimentar, sendo a função do médico auxiliar e orientar, a depender das especificidades de cada corpo. Seguem os trechos:

Eu, geralmente, **não sugiro muito**. Eu falo dos métodos, né, e vejo com as pacientes, por exemplo, a paciente que tem um filho, por exemplo, que, às vezes, pergunta, e

está em dúvida, então, para essa paciente, eu digo: “Olha, o DIU para você é uma excelente opção!”. Porque para quem já teve um filho e coisa e tal. Então, **eu falo do método em relação ao perfil do paciente, né**. Eu não falo pra ela, eu não induzo geralmente não, entendeu? **Eu deixo a paciente escolher. Eu falo das vantagens e desvantagens de cada método**.

[...]

Mas aí, eu sempre digo: “**Olha... tudo você tem que experimentar, pô! Você não pode julgar alguma coisa sem saber o que é!**”. Tanto que têm muitas que colocaram [o DIU] e ficaram supersatisfeitas. Falavam “Ah, doutor, estou satisfeítíssima, é um método muito tranquilo... estou ótima!”. Então, assim, você tem que experimentar! **Você não pode dizer pra paciente “Ah... que não vai dar certo!”**. Esse negócio, né? A gente não sabe o que vai acontecer no futuro. Tem uma pílula, pô, que é muito usada e que, para algumas pessoas, não dá certo. Tem que experimentar para saber.

No primeiro trecho, então, sua fala deixa entrever a polivalência: em comparação a outros médicos (que, simplesmente, prescrevem uma contracepção de imediato, sem qualquer tipo de conversa, de escuta, de atenção), o entrevistado, em sua produção de profissional distinto, ao mesmo tempo que diz não sugerir ou induzir (“[...] geralmente, não sugiro muito”; “[...] eu não induzo geralmente não”) suas pacientes, que diz explicar e expor vantagens e desvantagens dos diversos métodos contraceptivos às mulheres, conduz suas pacientes a escolherem a partir do que informou a elas, não havendo, por exemplo, a indicação de leitura de manuais, de cartilhas ou o aconselhamento de as mulheres se autoconhecerem. Disse, aliás, prezar o que chamou de “perfil” das pacientes: “[...] a paciente que tem um filho, por exemplo, que, às vezes, pergunta, e está em dúvida, então, para essa paciente, eu digo: ‘Olha, o DIU para você é uma excelente opção!’. Porque para quem já teve um filho e coisa e tal. Então, eu falo do método em relação ao perfil do paciente, né”. A todo tempo, então, a construção de médico perito em distinção está em funcionamento em seus discursos, e, na agonística desse trecho, é possível aventar práticas de liberdade do entrevistado somada (em confronto) a práticas de controle.

No segundo trecho, em relação com o primeiro, seu discurso segue arraigado de polivalência, e problematizo: se, de uma lado, o incentivo à experimentação abre possibilidades de práticas de liberdade às mulheres, de uma retórica emancipatória de poder de escolha, de outro lado, os discursos de experimentação conjecturam tanto o incentivo à experiência da observação e dos testes clínicos quanto o encorajar à cooperação das mulheres a seguirem o regime farmacológico, disciplinando-as e regulando-as biotecnologicamente, a depender de *suas escolhas*.

Nessa rede discursiva, seus enunciados a respeito do DIU também se mostravam favoráveis à escolha dessa contracepção pelas mulheres: “[...] eu não falo que não, né! Se elas querem usar DIU, é um direito e é um direito de opção, né.”. Contudo, quando perguntado sobre

as contraindicações do uso do DIU, disse que, apesar de haver contraindicação para tudo, as do DIU são poucas e complementou: “A não ser umas coisas de idiosincrasia, que é uma coisa que acontece com a paciente, que ela nunca teve, e é raro acontecer”. Volto a marcar a possibilidade de leitura da problematização que, no discurso de reestabelecimento da categoria de médico *diferente*, não impede a colocação de DIU nas mulheres interessadas, a idiosincrasia, contudo, está nelas. O DIU aparece nesse local de possibilidade de *escolha*, apoiada (ou não negada) pelo médico (tendo em vista enunciados de segurança do perito), mas, no limite, ancorado à gestão (também diferencial) de riscos.

Sua fala, nesse instante, direcionou-se a fazer críticas (assim como em outros momentos da entrevista), a outros médicos que, por questões pessoais, ligadas à religião e à moralidade, enfim, carregavam tabus. Antes de comentar, exponho essa sua fala e, também um enunciado que fez em outro momento da entrevista, de modo a dialogá-las:

[...] como eu te disse, antigamente, tinha um monte de tabus, esses tabus que implicavam nas contraindicações. E o paciente que nunca teve filho, os médicos não colocavam DIU em quem nunca teve filho, o paciente muito jovem... Tipo assim, não sei o que era jovem para eles, se era 18 ou se era 21, elas começam a ter relação com 16, não sei se era muito jovem, então assim... e pacientes que julgavam que eram promíscuas sexualmente, né. A promiscuidade sexual, por exemplo, é definida aí mais do que dois parceiros sexuais por ano. Eu falei, “Po, então...” (risada).

Então, assim... isso tudo é baseado na premissa de que: o DIU ele pode causar mais problemas nessas mulheres, que têm mais parceiros, mas eles não explicavam que é por causa do risco de ter uma relação desprotegida, por exemplo, de ter uma infecção e ela ser mais grave. Sabe? Então, as mulheres achavam que era porque ela era promíscua sexualmente. Não podia usar DIU, né? A que nunca teve filho... “Ah, por que não pode?”, “Ah, porque nunca vai poder ter filho!”. Então, o cara não explica né... E isso é raro, essa condição dela ter um problema e ter a consequência maior que seria a obstrução das trompas por uma infecção pélvica, né. [...] Eles colocavam tudo no mesmo saco, né? Então, essas eram as contraindicações na cabeça dos médicos. É lógico que uma paciente que está com infecção não deve colocar, né? Uma paciente com alteração menstrual né, sem saber porque ela está tendo alteração menstrual, né. Pode ser um colo, pode ser um tumor, pode ser uma gravidez ectópica ou pode ser uma infecção. Você tem que examinar as pacientes, ver as queixas. E daí, só com isso, você já coloca 90% das mulheres em um parâmetro de normalidade, entendeu? Alguns exames que precisa fazer. Então, as contraindicações são poucas, mas precisam ser todas... né...

[...]

Eu explico que a mulher que nunca teve filho ela expulsa mais o DIU do que a mulher que já teve filho, porque o útero é um pouquinho menor. Mas isso não é contraindicação, que, **se ela quiser mesmo e tiver motivada, ela pode usar né**. E, se perder, tira e coloca outro ou não coloca, sei lá. Então, assim, **eu sou totalmente neoliberal nesse aspecto**. A minha função é essa, mostrar os métodos, as vantagens e desvantagens, **ajudar nessa escolha dentro do que é possível, como eu te falei né, essa coisa de observar**.

Pôs-se a comentar alguns enunciados que, em regime, atravessam o dispositivo DIU: mulheres jovens não poderem colocar o DIU; mulheres que nunca engravidaram também não poderem fazer essa escolha; e a ligação destas com a promiscuidade. Recorro aos manuais da FEBRASGO (FINOTTI, 2015) e do Ministério da Saúde (2018a), já descritos na seção anterior desta dissertação, que marcam que o critério de escolha do método é uma opção da paciente e que cabe ao médico, profissional da saúde, orientar (a respeito de riscos e benefícios), contraindicando o método a depender das características clínicas da paciente. Essa contraindicação, aliás, em relação ao DIU, não se atribui à idade e à nuliparidade, já que esse método se qualifica para “[...] qualquer mulher” (FINOTTI, 2015, p. 169). A primeira leitura possível é que as prescrições dos manuais estão reverberadas na narrativa do médico entrevistado, nas práticas que diz ter com suas pacientes, reforçando sua postura de observação de queixas das pacientes, de orientação e de ajuda às pacientes, e acrescentando o caráter *neoliberal* à sua atuação (diferentemente de outros profissionais, referindo-se a “o cara” e “eles”) – “[...] tem que examinar as pacientes, ver as queixas”; “Eu explico que a mulher que nunca teve filho ela expulsa mais o DIU do que a mulher que já teve filho, porque o útero é um pouquinho menor”; “A minha função é essa, mostrar os métodos, as vantagens e desvantagens, ajudar nessa escolha dentro do que é possível, como eu te falei né, essa coisa de observar”; “Então, assim, eu sou totalmente neoliberal nesse aspecto”.

Para uma segunda leitura, recorro, ainda para pensar nas estratégias biopolíticas, ao texto de Takeshita (2012), associado às séries discursivas: “[...] antigamente, tinha um monte de tabus, esses tabus que implicavam nas contraindicações”; “[...] os médicos não colocavam DIU em quem nunca teve filho, o paciente muito jovem”; “[...] e pacientes que julgavam que eram promíscuas sexualmente”. Na seção anterior, discorri a respeito das estratégias utilizadas pelos desenvolvedores e defensores do DIU para que este retornasse ao uso, na década de 1980, e uma delas foi a exclusão de mulheres nulíparas, em virtude das sequelas causadas àquelas que utilizaram o *Dalkon Shield* (ou a versão mini deste, o nullip – também comercializado por A. H. Robins). Apesar de estudos posteriores terem se mostrado confusos na época quanto ao problema ou não de mulheres nulíparas poderem aderir ao uso do DIU, a comunidade internacional de planejamento familiar liberou o DIU para essas mulheres, permanecendo, entretanto, os tabus a respeito disso. Antes do *Dalkon Shield*, contudo, no início da década de 1960, Takeshita (2012) conta que ao mesmo tempo que havia se descoberto, a partir de um novo ensaio, que mulheres sem filhos retinham melhor o DIU de cobre T (em relação ao DIU de plástico), os Estados Unidos tinham seu foco de controle de natalidade voltado para o problema de gravidez na adolescência. O problema nacional se afastava do excesso de

fertilidade dos indigentes e direcionava-se ao aumento da gravidez em adolescentes brancas de classe média, que havia se tornado o novo temor dos grupos sociais dominantes. A descoberta dos DIUs contendo cobre com resultados de testes positivos para inserção em mulheres nulíparas levou o *Population Council* a se posicionar a favor do uso desses dispositivos nessas mulheres. No entanto, com a exigência de aprovação em testes pré-comercialização da FDA, o dispositivo T de cobre do conselho não foi lançado nos Estados Unidos até 1976. Nesse cenário, os desenvolvedores do nullip comercializaram indiscriminadamente esse modelo de DIU, com a propaganda de que seriam adequados para mulheres jovens (TAKESHITA, 2012).

Volto a comentar sobre o retorno do DIU, depois *Dalkon Shield*. A *G. D. Searle* foi a primeira empresa a comercializar DIU portador de cobre nos Estados Unidos, em 1974, com formato do número sete, chamado *Copper-7*. Grande parte da venda desse dispositivo se deu para mulheres abaixo dos 25 anos e sem filhos, por ser um método em tamanho menor, fazendo com que essas mulheres fossem o público ideal para esse tipo de contracepção. Mas Takeshita (2012) salienta que isso durou pouco. Quando a *ynoPharma* se tornou a nova distribuidora americana do cobre T, em 1988, ela rotulou as jovens mulheres sem filhos como usuárias inadequadas, argumentando que estudos haviam mostrado que esse grupo era mais sujeito a DIP.

Com isso dito, é possível verificar, como conta Takeshita (2012), que as adequações no DIU se deram (e ainda se dão) seguindo *scripts* biopolíticos alternativos, a depender das intenções. E acrescento, o dispositivo microprotético DIU em funcionamento está: tanto nessas redes discursivas e não discursivas, que, em jogo, modificam suas funções, com estratégias diferenciais, respondendo a urgências, e que disciplina e regula certas modalidades de vida, subjetivando-as (FOUCAULT, 2016 [1977]); quanto na produção tectônica do corpo das mulheres para o controle microprotético (PRECIADO, 2018). Quanto à fala do médico entrevistado, o tabu torna-se uma agonística constitutiva do dispositivo DIU: o controle biopolítico desse dispositivo cinde corpos e subjetividades com estratégias polivalentes de produção de modalidades de vida, assentando vínculo entre mulheres jovens e mulheres nulíparas e comportamentos promíscuos, imprudentes e desprotegidos. Ademais, proponho a leitura de que seria o tabu um *preenchimento estratégico* (FOUCAULT, 2016 [1977]) do dispositivo DIU, para a reutilização desse método em mulheres nulíparas e jovens, com fins políticos e econômicos diversos, para o controle biopolítico. O discurso de motivação também se faz presente nessa sua fala (“[...] se ela quiser mesmo e tiver motivada, ela pode usar né”), mas comentarei sobre isso mais adiante.

Contudo, não somente de tabus essas decisões se sustentavam. O entrevistado disse achar que questões judiciais são tão adensadas que conduzem às práticas médicas a determinadas posições de privatização de escolhas. A rejeição à colocação do DIU, pelo que ele diz, é feita, também, por medo da litigiosidade.

[...] mais antigos assim, ou que [...] não teve uma formação acadêmica muito ampla, não teve muito conhecimento com outras pessoas e com outras coisas. E tem outro negócio, né. **A medicina, como um todo, ela agora está extremamente litigiosa, agora o médico tem medo de tudo.** Então, vamos supor que se eu coloco um DIU na menina, está tudo ok, se eu coloco um DIU **na menina** de 20 anos, ou 22 anos, e coisa e tal... Aí, daqui a dois ou três anos, ela está usando o DIU e está com o problema e descobre que é o DIU, entendeu? **O médico tem medo de ser processado por causa disso.** Eu acho que sempre me dei bem com esse negócio porque eu nunca tirei nenhum processo. “Se quiser me processar, processa!”... Porque quando você faz a coisa certa você tem um embasamento [...] científico, de mostrar que a coisa não é assim. Porque o processamento é muito fácil, mas agora defender que é o problema, né. **Então, os médicos morrem de medo. Por que você acha que os médicos pedem uns trezentos milhões de exames desnecessários? Tudo por causa do processo, entendeu?** Porque, nos Estados Unidos, é assim... Se o cara é processado porque tem uma cicatriz no seu queixo, ele “Ah, por que você não pediu um hemograma?”. Entendeu? Então, **a gente herdou todas as mazelas do Estado americano em relação à processo médico**, em relação a tudo essas coisas. A prova prática da medicina.

Seus discursos de a medicina ser “litigiosa”, de que “médico tem medo de ser processado”, de que excesso de exames por parte dos médicos, enfim, retomam o que Takeshita (2012) descreveu como fazendo parte do (que chamei de) retorno do DIU às vendas (o modelo ParaGard), em meados dos anos 1980 (após ter ficado marcado como método ruim associado ao *Dalkon Shields*). Para que fossem evitadas alegações de desinformação, a *GynoPharma* e o *Population Council* decidiram produzir folhetos de informações, anexados aos DIUs, de modo a fazer com que os médicos se sentissem protegidos contra processos de imperícia. Diferentemente da pílula, que teve folhetos das fabricantes anexados às embalagens, com riscos em relação ao uso (ordenado pela *Food and Drug Administration* – FDA, após pressão e exigência de ativistas feministas), o DIU não teve o consentimento informado em sua venda (TAKESHITA, 2012). As feministas tinham o objetivo de garantir que as mulheres tivessem controle sobre o corpo, tendo decisão sobre o controle de natalidade e, para isso, defendiam que as mulheres soubessem de todas as informações sobre as contracepções. Na época, no começo, os médicos acreditavam que isso seria uma renúncia à autoridade que tinham, o que fez com que resistissem, assim como indústrias farmacêuticas, às bulas nas embalagens. Outros médicos, contudo, favoreceram a inserção, pois acreditavam que seria uma maneira de lhes proteger contra possíveis processos de negligência médica. Quando o DIU de cobre T foi reintroduzido à venda, foi enfatizado aos médicos o consentimento informado como meio de salvaguardar sua profissão (TAKESHITA, 2012).

A “herança” que o entrevistado cita, em sua fala, está nessa associação entre processo médico e a inserção do DIU nos Estados Unidos. Takeshita (2012) comentou sobre um exemplo do casal Snyders, da Califórnia, que, em 2002, fez uma queixa de lesão corporal contra a *Ortho-McNeil Pharmaceuticals*, alegando que o DIU T de cobre falhou em prevenir a gravidez. *Ortho-McNeil Pharmaceuticals* ganhou a causa, cuja alegação foi de que os consumidores haviam sido avisados previamente pelo provedor de saúde e pelo formulário de consentimento informado. Com isso dito, Takeshita (2012) reitera que, assim como a mulher desse caso, as mulheres que recebem o DIU hoje não são protegidas pelo consentimento informado. Este, aliás, exige que elas sejam consumidoras de um produto legalmente seguro, mas não necessariamente fisicamente.

Os discursos do entrevistado conduzem a outra polivalência: de um lado, a postura de ser distinto em relação a outros/as profissionais e de se posicionar a favor das escolhas e das decisões das pacientes, mas, diante de uma medicina litigiosa, as “meninas” (e não *mulheres* ou *pacientes*) podem causar problemas judiciais.

Adiante, em outro momento da entrevista, reiterou o quanto o excesso de exames pode ser ruim, o que, mais uma vez, mostra sua postura de resistência a uma das tecnologias disciplinares do hospital e do médico: o registro contínuo. Enquanto que, para ele, é preciso prezar uma postura que converge com o que chamou de *filosofia médica*, encontrada em todo livro da área (“[...] a principal função do médico é não causar danos. Isso está em todo o livro de filosofia médica. Não é curar o paciente, é não causar danos”), fez críticas a como outros médicos (referindo-se a: “o cara”) e a medicina, com o exagero na quantidade de exames, causam problemas para os pacientes, dando um exemplo de uma paciente que atendeu:

Porque, se a maioria das pessoas estão saudáveis, se você causar danos nas pessoas saudáveis... Você tem que mexer com os doentes, né. Não precisa um médico criar problemas. Então, eu já notei que o que tem disso na cidade! O cara examina e vê uma ectopiazinha lá e diz “Ah, a senhora está com uma ferida no colo do útero!”. “Ferida, pô! Como assim ferida, pô?”. Uma ferida é um machucado, é uma lesão, é uma doença e é um negócio hormonal, uma coisa fisiológica. Aí, as mulheres ficam doidas, tem que fazer coloposcopia, biópsia e saem correndo, ficam preocupadas e já ligam pra mãe. **Ou seja, médico criando problemas.** E o mesmo acontece com esse excesso de exames, sabe? Porque exame com erro laboratorial tem pra caramba.

Eu tenho uma história de uma paciente que está aqui comigo há vários anos, e ela fez um monte de exames e deu tudo normal, fez uns trezentos mil exames, e deu um alterado! Por causa dessa amilase alterada, você não acredita no que aconteceu... Aí, um dia, ela chegou aqui e eu perguntei: “O que aconteceu com a senhora?”. Aí, ela respondeu: “Ah, doutor, eu fiz aqueles exames daquela amilase alterada... Eu fui num gastroenterologista, não como mais nada, não tomo mais remédio nenhum, não posso tomar os hormônios que você me deu...”. A mulher estava assim um caco, ela tava parecendo só pele e osso, deprimida, envelheceu 50 anos, super deprimida por causa

de um exame alterado. Aí, ela fez biópsia de tudo quanto é coisa que você pode imaginar, de fígado, de não sei o quê, ultrassom, ressonância magnética, é... Tudo que você pode imaginar. E ela não tinha nada, nada. E a mulher estava morrendo. Então, eu não sei né... Isso é (inint) [01:18:18] **em medicina, excesso de exame que cria problema para o paciente.** É porque, o que acontece? **A formação médica é... todo mundo quer ser médico, mas nem todo mundo pode ser médico, você precisa ter dom para o negócio. Eu não sabia se tinha dom, talvez até tinha.** Mas é a partir daí que **você vai direcionar os pacientes para um determinado exame** e etc. É assim que funciona a coisa. E não ir pegando tudo quanto é exame possível que existe e passar para o paciente. Depois o cara não sabe o que fazer com os exames. Tem um livro aqui que o (inint) [01:18:54] fala isso, que é: **o pior do médico não é pedir o exame sem saber é depois que pegar o exame não saber o que fazer com ele, né. Isso é rotina!**

Além de retomar o discurso médico individualista, que tem como cerne a batalha entre médico e doente, na relação individual (“Porque, se a maioria das pessoas estão saudáveis, se você causar danos nas pessoas saudáveis... Você tem que mexer com os doentes, né”), seus enunciados voltam a reforçar a produção de si distinta de outros médicos e o engendramento de práticas de resistência a uma das técnicas de controle disciplinar. Neste caso, a técnica de vigilância seria a realização de exames⁷¹, que, de forma permanente e classificatória, “[...] permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localiza-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 183). É através do exame que a individualidade se torna elemento propício para o exercício do poder (FOUCAULT, 2016 [1977]). Para o entrevistado, essas atitudes de outros médicos (não dele) e da medicina resultam em problemas aos pacientes, já que seria preciso *ter dom* para interpretar exames, encaminhar os pacientes para os lugares certos, enfim. A questão do dom (assim como do “acaso” – vista em outros trechos) mereceria uma seção à parte nesta análise (uma vez que seria preciso aventar as questões de percepção, de ordem e de conhecimentos imediatos do olhar médico, nas discussões de *O nascimento da clínica*), mas, para agora, interessa fazer o seguinte questionamento: seria esse problema relatado pelo entrevistado uma fragilidade da prática médica ou parte da tecnologia médico-hospitalar de gerar dependência dos/das pacientes e de produzir acúmulo e formação de saber?

Nesse recorte de sua fala, ainda, é possível verificar que a paciente descrita (“A *mulher* estava assim um caco, ela tava parecendo só pele e osso, deprimida, envelheceu 50 anos, super deprimida por causa de um exame alterado”) deixa de ser “menina” e é aludida como “mulher”, “senhora”, voltando à flutuação entre as maneiras de se referir e deixando em suspenso se essa paciente não seria uma estudante universitária.

⁷¹ Anoto: o termo “exame”, na leitura foucaultiana, não diz respeito somente aos registros laboratoriais, mas às perguntas sobre minúcias, sobre práticas, funcionando como uma técnica de extração de verdade.

Ainda sobre as pacientes, quando lhe pedi para descrever a relação que tinha com elas, ele, sempre provido de bom humor, disse, rindo, que suas pacientes parecem mais ou menos satisfeitas. “Porque, quando as pacientes estão muito insatisfeitas, elas reclamam com o próprio médico, entendeu? Elas não vão fazer queixa lá na diretoria.” – ele complementou.

Mas, no geral, as minhas pacientes eu acho que dá certo. Elas voltam, sei lá... Eu explico tudo direitinho o que elas têm que fazer, eu não tenho esse negócio de pressa.

[...]

Mas nunca atendi uma paciente com mais pressa porque têm outros pacientes pra atender. **Tem paciente que precisa de meia hora, tem um que precisa de uma hora,** entendeu? [...]

Então, eu acho que está bom, porque eu faço de tudo para ajudar. O meu objetivo, o meu norte, é resolver o problema da paciente e não para resolver o meu problema. O meu problema é que eu trabalho, com salário e é só isso, mais nada. **A minha função é resolver o problema, encaminhar, orientar, explicar, deixar mais tranquila e coisa e tal.**

Ainda respondendo ao mesmo questionamento, voltou a investir em discursos de diferenciação na sua atuação e em discursos que sustentam sua discordância com a questão de excesso de exames, e foi justamente essa uma reclamação que já fizeram contra ele:

Aliás, eu só tive umas duas queixas na diretoria. E foram assim, **as garotas** queriam fazer *check up* clínico. E eu sou contra fazer exame, entendeu? **Exame só se for necessário**, ainda mais na ginecologia-obstetrícia. Como eu te disse, os médicos pedem exame pra todo mundo e todos os exames. E esses casos em específico, eram **duas alunas** de 19, 20 ou 21 anos, que queriam fazer um *check up*, fazer tudo quanto é exame.

E eu sou assim, quando a pessoa quer fazer um *check up*, ela precisa passar por um clínico, porque daí ele vai conversar com você, vai examinar o seu corpo, vai te examinar, seu corpo interior, o seu coração, vai solicitar um eletro, ver se tem queixa relacionada, o seu pulmão... É isso o que o médico clínico tem que fazer. Conversar, perguntar sobre as coisas mais importantes, né. **Se o paciente já não queixa nada é porque ele não tem quase nada. Porque tudo começa com uma queixa.** “Pô, estou sentindo uma queimação no estômago!” ou “Ah, eu estou dormindo muito mal!”. Sempre tem uma queixa, pô. *A priori*, **as pessoas só deviam vir no médico quando têm uma queixa, porque não se descobre coisa quando não tem queixa, o nosso corpo fala.** Então, tem que ter uma queixa, tudo começa com essa coisa. Tanto que, na história médica, né, na semiologia, **a primeira coisa é que a queixa é a principal**, né. “Ah, por que o senhor veio aqui, o que está sentindo, qual é o motivo da consulta?”, “Ah, doutor eu estou sentindo uma dor ao urinar”. Tudo é assim. [...] Eu peço pouquíssimo exames, porque está em tudo quanto é livro do mundo, gente, 90% de todos os exames pedidos, eu acho que até chega a 95%, dão normais, pô.

[...] É carimbão mesmo hein, isso é uma coisa terrível! **E isso é coisa da indústria farmacêutica também, né, a indústria que está por trás do negócio.** Então, essa garota foi fazer uma queixa de mim lá na direção, aí eu disse que ela era muito nova, não tinha nada e não sei o quê.

Para além da verificação de que pacientes com determinada idade, perfil e práticas sociais sejam designadas “garotas” (ou “meninas”, não são “mulheres” – pelo que enunciou), faço notar uma ambiguidade desperta: se, de um lado, como já comentado, o entrevistado se constrói em deslocamento, como outro em relação aos demais, insistindo no maldizer das práticas descomedidas de exames e da falta de atenção e de dom; de outro lado, constrói-se como quem tem a função de resolver problemas, de orientar, de ouvir e de tranquilizar, voltando à regularidade clínica das técnicas disciplinares. Ou seja, a este segundo ponto, ao se mostrar disponível para as individualidades (“Tem paciente que precisa de meia hora, tem um que precisa de uma hora”), para poder ouvir cada paciente e poder saber “resolver o problema, encaminhar, orientar, explicar, deixar mais tranquila e coisa e tal” – nas suas palavras –, o entrevistado materializa a prática clínica de organização do hospital da medicina moderna como lugar de formação e transmissão de saber, a partir da observação disciplinar. Se, antes na medicina clássica (classificatória), o diálogo ocorria entre médico e doente e fazia-se o questionamento “O que é que você tem?”, com a clínica, houve a reorganização da experiência médica para o novo perfil do perceptível e do enunciável. Assim, passou-se a perguntar: “Onde lhe dói?” (FOUCAULT, 2008 [1979], p. XVIII). Na situação que descreve das duas “garotas”, frisa que o que paciente precisa ter é queixa, “[...] porque não se descobre coisa quando não tem queixa, o nosso corpo fala”. A fala do corpo, o enunciável, a queixa são a relação entre o significante e o significado que se redistribui na experiência médica em vários níveis: “[...] entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala etc.” (FOUCAULT, 2008 [1979], p. XVIII).

No fim desse trecho, posicionou a indústria farmacêutica associada à problemática de sua rejeição aos exames excessivos, o que, para esta análise, como já se viu e ainda se verá, faz irromper o regime biopolítico de funcionamento de estratégias médico-farmacológicas de produção de novas modalidades de vida.

Aproveitando de sua eloquência, indaguei-o a respeito do que ele pensa sobre as políticas de saúde para as mulheres, e ele se mostrou tranquilo e afirmou: “[...] de uma maneira geral, elas são todas aconselhadas por *experts* da área, como o Ministério da Saúde e coisa e tal, esse pessoal que orienta muito as federações, como a federação de ginecologia-obstetrícia”. Contudo, viu-se na oportunidade de complementar que “Não agora, ultimamente, né”, com risos ao final, dando a entender tanto o descontentamento e a desaprovação em relação à atual presidência (acompanhada de ministros e demais secretarias) quanto a referência à

incompetência (não expertise) de que mostram se orgulhar e aos reflexos discriminatórios nas políticas públicas e nos direitos sociais.

Apesar da boa referência à elaboração das políticas públicas e de marcar a emergência política da anticiência do regime enunciativo atual, deu ênfase ao funcionamento dessas políticas se darem de outra maneira:

[...] Ah, **agora funcionar é outra coisa!** Agora, no papel e coisa e tal (está tudo certo) [00:52:42]. O que acontece é um paradoxo, é uma discrepância muito grande entre a, como eu te falei, coisa na teoria é bem fundamentada. O Ministério da Saúde nunca vai proibir a mulher de usar DIU, né, porque sempre o que acontece, em relação à saúde, eu acho que em qualquer lugar do mundo, **tudo vai ser o médico que, no fim das contas, na ponta, que vai decidir. Tudo, tudo, tudo. Não adianta o presidente da república falar um negócio, o ministro da saúde falar outra aqui, é o médico que vai decidir, entendeu?** Por exemplo, você pode chegar pra mim e dizer, “Ah, eu gostaria de usar o DIU!”, e eu dizer “Ah, eu não coloco DIU!”, pronto! Ou “Não! Você não pode colocar DIU, porque você não teve filho!”, entendeu? **É o médico que decide, e ninguém pode obrigá-lo a fazer alguma coisa.** Você não ir lá na direção e dizer “Olha, o doutor não quer colocar o DIU em mim, e eu quero que alguém coloque!”. Isso não existe.

Então, assim, **o negócio sempre acaba no médico.** Aí, é como eu te disse, aquela história do médico que tem preconceito, do médico que é cheio de tabu, que tem uns... Então, assim, tudo é decidido pelo médico. **Tudo depende da formação que ele teve, religiosa, moral, acadêmica, né... as experiências que ele teve.**

Neste breve trecho de seu relato, é possível observar a materialização discursiva que tanto retoma as especificidades do médico enquanto intelectual perito quanto marca o médico como quem legisla sobre o outro: “[...] tudo vai ser o médico que, no fim das contas, na ponta, que vai decidir. Tudo, tudo, tudo. Não adianta o presidente da república falar um negócio, o ministro da saúde falar outra aqui, é o médico que vai decidir, entendeu?”; “É o médico que decide, e ninguém pode obrigá-lo a fazer alguma coisa”; “[...] o negócio sempre acaba no médico”. Somada à materialização discursiva da medicina moderna, do olhar sobre o outro, sua fala faz notar, ainda, o médico enquanto um dos agentes de mecanismos de controle/de poder (FOUCAULT, 2016 [1977]). Apesar de a fala do entrevistado conduzir, à primeira vista, à interpretação de um poder incisivo, dominante e centralizado, é “[...] preciso estudar o poder colocando-se fora do modelo do Leviatã, fora do campo delimitado pela soberania jurídica e pela instituição estatal. É preciso estudá-lo com base em técnicas e táticas de dominação” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 289). Contudo, trago à baila que a disciplinarização, enquanto técnica estratégica nova de exercício do poder, não fez desaparecer a soberania, mas, na verdade, nas sociedades modernas, “[...] os poderes se exercem através e a partir do próprio jogo da heterogeneidade entre um direito público da soberania e o mecanismo polimorfo das

disciplinas” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 293). Isso não quer dizer que haja uma separação entre sistema de direito, que é sábio e explícito (da soberania), e as disciplinas obscuras e silenciosas, que atuam no subsolo de uma grande mecânica do poder. As disciplinas têm seu próprio discurso e são criadoras de aparelhos de saber e de domínios de conhecimento, estando alheias às leis e regras que são efeitos de vontade soberana, pois veiculam discursos e códigos através de normas, nas sociedades de normalização. Pelos enunciados do médico entrevistado, é possível verificar que as normalizações disciplinares se chocam com os sistemas jurídicos da soberania, sendo, então, a medicina esse campo de permuta e de confronto entre esses dois planos heterogêneos: “[...] dos mecanismos das disciplinas com o princípio do direito” (FOUCAULT, 2016 [1977], p. 294).

Nesses enunciados, ainda, ao mesmo tempo em que, sob uma governamentalidade (FOUCAULT, 2008 [1979]), as políticas públicas da saúde, que (entre uma das técnicas da polivalência tática) produzem efeitos sobre os corpos, a figura do médico é mais uma que, na sua figura de agente, objetiva e subjetiva corpos. Isso, a propósito, tem implicações no funcionamento do dispositivo DIU entre os discursos médico, religioso, moral, de família, de escolha e de feminismo. Trago Takeshita (2012) para essa análise e recupero as verificações que a autora fez no que diz respeito à versatilidade da tecnologia do DIU, que se adapta às políticas reprodutivas feministas e não feministas, recebendo múltiplos esforços e fazendo do útero um campo de batalha entre conservadores religiosos e defensores do DIU (tanto neo-malthusianos quanto feministas pró-escolha). Há de se notar a regularidade, quando o entrevistado diz: “Tudo depende da formação que ele teve, religiosa, moral, acadêmica, né... as experiências que ele teve”.

Aproveitando essa discussão do sujeito médico na sociedade de normalização, dirijo a análise da entrevista para a problemática que provocou os questionamentos preliminares desta pesquisa (e que a justificou também – somando-se à minha trajetória): o SASC ter deixado de fazer a inserção de DIU por um período. Pelo relato do médico entrevistado, essa situação foi deliberada por ele mesmo por conta do que chamou de “probleminhas”: “É, esse tempo que eu fiquei sem colocar foi por causa desses probleminhas que deu aí”. Duas questões emergem aqui como sendo “probleminhas”: a alta demanda pelo DIU e falta de disponibilidade deste pela rede pública; e a enfermagem que trabalhava com ele ter atravancado algumas colocações de DIU. Começando pela primeira das duas questões, ele me contou sobre como a demanda/a procura pelo DIU havia aumentado:

Primeiro, o seguinte, foi um negócio de demanda né. De repente apareceu não sei aonde, no Facebook, que morreu uma mulher lá no sei aonde de trombose. Aí, todas

as mulheres da cidade que tomam pílula da cidade começaram a aparecer aqui. Aí, chovia aqui! Tinha dia que eu atendia 4 ou 5 garotas que queriam colocar DIU. De todas as idades, de 18 e 20. “Ah.. não sei quem teve trombose... eu quero usar DIU!”. Então, assim...

Porque o DIU... Os meus professores sempre diziam que a mulher, para usar DIU, **ela precisa estar bem motivada**. Até porque, primeiro, tem **toda essa mitologia em volta do negócio**. Segundo, que **é um procedimento doloroso para colocar, né? Tem que fazer um acompanhamento sério. Têm todos esses probleminhas, né**. Aí, na maioria das vezes, é só mais uma questão de dar suporte para a paciente. **Tem o sangramento e coisa e tal**. E, se a paciente não estiver **bem motivada**, “Ah, eu quero usar DIU, porque eu **não quero tomar hormônio, eu quero sentir o corpo...**”, aquelas coisas que elas sempre falam. Então, a paciente tem que estar bem motivada. E o que aconteceu foi isso. **Apareciam menininhas...** até mais jovem do que aquela faixa etária que costuma usar DIU, de 24 e 25 anos... de 18 e de 20 anos. Ah, mas um monte, um monte...

Aí, nessa época... **Aí, eu não falo que não, né!** Se elas querem usar DIU, **é um direito e é um direito de opção, né. Não tinha contraindicação nenhuma**. Aí, eu comecei a colocar DIU pra caramba, tinha dia que eu colocava uns 4 a 5 DIUs. E era todo dia, e eu atendia de manhã e de tarde. Então, assim, era muito DIU!

[...]

Mas, nessa época, foi por causa disso, entendeu? Foi por causa de notícias que elas viam, então, era uma motivação pessoal delas mesmo, entendeu? Mas muitas dessas meninas não estavam muito motivadas, era tipo uma paixão passageira. Muitas delas, depois, desistiram, não achavam que era isso que elas queriam.

O início dessa sua descrição traz à tona os movimentos de saída das mulheres do dispositivo anticoncepcional, a pílula, principalmente em virtude da enunciabilidade de saúde e de risco, cuja marca é a associação à trombose, aparecendo parte da modalidade de resistência a esse controle tecnobiopolítico. Contudo, de acordo o entrevistado, a escolha do DIU precisa estar sustentada pela “motivação”, já que esse método está acompanhado de alguns “probleminhas”. Aqui, faço notar quatro regularidades em seus enunciados que se fazem (e farão no decorrer da análise) presentes na rede de produção do dispositivo DIU: (i) “[...] toda essa mitologia em volta do negócio”; (ii) “[...] é um procedimento doloroso”; (iii) “Tem que fazer um acompanhamento sério”; e (iv) “Tem o sangramento e coisa e tal”.

Na primeira regularidade (ou no primeiro “probleminha”), o médico entrevistado faz alusão, usando da expressão “mitologia”, aos discursos que atravessam o dispositivo DIU e que, desse modo, incidem sobre as mulheres que utilizam esse contraceptivo. Voltarei a essa questão para quando o entrevistado discutirá sobre tabus ligados ao DIU.

Quanto à segunda, é preciso mencionar que o dispositivo DIU carrega não somente a memória das dores concatenadas ao “útero zangado”, às expulsões, aos sangramentos, às falhas e às esterilizações dos períodos de testes dos diferentes DIUs e do temido *Dalkon Shields*, mas

marca o adensamento tecnobiopolítico que invade o corpo das mulheres, exigindo que estas aceitem os riscos, o (possível) sofrimento da inserção e controlem o medo – relembrando o *Manual de Anticoncepção* do FEBRASGO, de 2015, que, na inserção do DIU, as mulheres poderiam ter dor moderada a severa, podendo provocar síncope, palidez, taquicardia e sudorese (FINOTTI, 2015). A corporeidade associada a dor, também, requereria uma seção à parte na análise. Contudo, por ora, identifico a dor vinculada/atribuída à produção de gênero (e de *feminilidade* microprotética), em que os corpos das mulheres são construídos discursivamente (recorrendo à mitologia da natureza) como fortes em sujeição às tolerâncias aos padecimentos e ao sofrimento, parte da servidão maquinária (PRECIADO, 2018): se no *Panóptico ingerível* os efeitos colaterais foram suportados, a dor de inserção do DIU pode ser aturada. Ambos dispositivos são performativos e tendem a produzir os sujeitos que afirmam abrigar: mulheres dóceis. Ligada a essa regularidade, aliás, a quarta delas (pulando a terceira), a respeito do sangramento, é mais uma produção de subjetividades de retorno à mitologia do natural, de aceitação das dores menstruais, do aumento de fluxo menstrual – em oposição à biocamuflagem citada por Preciado (2018) – pertencente ao dispositivo microprotético DIU.

Já que mencionei o controle do *Panóptico* da pílula, o qual deixou de ter a torre de vigilância para a administração feita pelos próprios olhos das mulheres que o ingerem (PRECIADO, 2018), vou à terceira das regularidades marcadas, para verificar que, no dispositivo DIU, pelo que se vê, há o retorno à necessidade do controle externo – o acompanhamento sério do médico, conforme sublinhou o entrevistado.

Mais adiante, nesse mesmo trecho, a problematização da categorização de mulheres por idade, “as meninhas”, volta a marcar um regime discursivo. Somada ao discurso de que suas pacientes são orientadas a experimentarem os métodos disponíveis (como visto em outro trecho), a polivalência tática se faz presente novamente: enquanto que se diz apoiar, explicar e orientar as decisões das mulheres, sem negar suas escolhas (“Aí, eu não falo que não”; “[...] é um direito e é um direito de opção, né. Não tinha contraindicação nenhuma”) e não concordando com as ditas “mitologias”, ainda parece ser preciso haver a aceitação dele (do perito), a partir do convencimento pela motivação. O discurso de motivação volta a se fazer presente não somente como condição de convencimento do perito, mas também como demonstração do controle microprotético de si, exigindo dessas mulheres o cuidado consigo mesmas. Quanto às “meninhas”, “de 18 e de 20 anos”, estas seriam menos motivadas, “[...] era tipo uma paixão passageira”; “Muitas delas, depois, desistiram, não achavam que era isso que elas queriam”. O convencimento, também, precisa atravessar a barreira das próprias orientações (ao que parecem, impostas). No somar das regularidades a essa problematização, há de se anotar que o dispositivo

DIU exige novas e ativas produções de objetivações e subjetivações das mulheres, em defesa da emancipação sexual do corpo microproteticamente controlado.

Ainda sobre a trombose (dando uma pausa na discussão sobre o SASC não inserir o DIU por um período), pedi ao entrevistado para que me falasse mais sobre ela, os hormônios sintéticos e os discursos de mito sobre isso. Depois de me dizer que não seria um mito, ele acrescenta a trombogénia como sendo natural ao corpo das mulheres e que a trombose associada ao uso da pílula é rara:

Médico: A mulher é trombogênica por natureza. E o estrogênio que é o hormônio da pílula, que é mais sintético, ele é um pouquinho mais trombogênico do que o hormônio natural que a mulher produz. Mas, por exemplo, **a incidência de trombose com pílula é pequena**, entendeu? Eu atendo milhares de mulheres aqui e eu só vi duas com trombose. E todas as duas tinham trombofilia, que é uma doença trombogênica familiar né, herdada geneticamente. [...]

Ainda que o hormônio da pílula, sinteticamente alterado, de estrogênio seja mais trombogênico que o hormônio estrogênio próprio aos corpos das mulheres (“Mas, ele é mais trombogênico. Mas esse mais trombogênico é pouca coisa também, como eu te disse”), o entrevistado reiterou que não seria comum a trombose por conta do uso da pílula e que seria preciso avaliar um conjunto de fatores, não somente esse – “[...] avaliar trombose e pílula você tem que ver um monte de outros fatores”. Para fortalecer a explicação, despendeu alguns minutos da entrevista para me explicar o funcionamento hormonal e as alterações farmacêuticas feitas na pílula no decorrer dos anos. Exponho, em um trecho um pouco longo, essa fala em diálogo comigo para, na sequência, apontar algumas observações:

Médico: A tendência dos anticoncepcionais foi diminuir a dose do estrogênio, né. O estrogênio ele é o trombogênico, né, ele é o hormônio feminino, vamos dizer assim. O outro hormônio que tem na pílula, que é o progestágeno, ele é... cada tipo diferente de pílula tem um progestágeno diferente, porque o estrogênio, que é o etinilestradiol, ele é o mesmo para todas as pílulas. Só, agora, recentemente, uns 10 anos pra cá, é que fizeram pílula via oral com estradiol, que é o mesmo que a mulher toma na menopausa. Porque o que usava, na pílula, e se usa ainda em quase todas as pílulas, é o etinilestradiol, é aquele que pega a fórmula do natural e acrescenta no etinil e, então, fica um negócio sintético. Então, ele é 100 vezes mais potente. E aí, a gente usa em microgramas, por exemplo, o hormônio você usa 1 ou 2 miligramas. Na pílula, tem de 20 microgramas, 15 microgramas, é mil vezes menos, porque ele é mais potente. **Mas, ele é mais trombogênico. Mas, esse mais trombogênico é pouca coisa também, como eu te disse.**

Então, **avaliar trombose e pílula você tem que ver um monte de outros fatores**, né. **Tudo tem que ser olhado em conjunto.** Então, assim... o que acontecia era o seguinte, antigamente, as pílulas anticoncepcionais a pessoa tinha pouco conhecimento da coisa né. Tinha 50 microgramas de etinilestradiol, depois, passou para 30. O Diane ainda tem 35...

Bianca: Nossa, muito alto...

Médico: Passou pra 30, depois 20, depois 15 e, concomitantemente, tem uma pílula que tem zero estrogênio. Então, se a paciente disser pra mim: “Ah, eu que tomar pílula, mas tenho medo da trombose!”. **Então, eu digo: “Toma essa pílula que é a única que tem no mercado e que não tem estrogênio!”.**

[...] Se tivesse o estrogênio, ela sangrava... Então, o estrogênio está na pílula, porque, quando surgiu a pílula, em 1950 e pouco lá, o que acontecia? Pô, isso era uma novidade, né? Então, o que eles fizeram, **aspecto psicológico: a mulher vai tomar a pílula, mas ela ainda tem que menstruar. Ela tem que mimetizar o ciclo dela normal.** Ela vai tomar a pílula e ficar 20 e tantos dias sem menstruar, 28, para e menstrua, toma, para e menstrua. Então, **para ocorrer esse tipo de fenômeno, o sangramento, que não é menstruação, é um sangramento, tem que ter estrogênio. Porque, se tiver progestágeno puro, ela tem que usar contínuo.** Então, a pílula de progestágeno puro é modo contínuo, não tem pausa para menstruar. **Então, naquela época, você dizia, “Não, você não vai menstruar!”. Aí, quase morriam, pô, “Como é que eu não vou menstruar? Vai ficar essa sujeira dentro de mim, vai para a minha cabeça...”. Até hoje, tem gente que pensa desse jeito. Então, ficar sem menstruar era uma coisa louca.**

Mas, depois nos anos 70 ou 80, sei lá, essa coisa da mulher usar contínuo, sem pausa, ficou muito bom. Então, “Ah... não, não quero menstruar, odeio menstruar...”. **Então, toma contínuo, não tem diferença nenhuma, entendeu? É bom que economiza absorvente, pô, não tem aquele monte de lixo, que não recicla.** (risada) Então, as mulheres começaram a usar a mesma pílula comum, né, com estrogênio, no modo contínuo. Então, lançaram essa pílula só com progestágeno. Desogestrel é recente, eu já morava aqui quando foi lançado. Já faz uns vinte e poucos anos que lançaram o desogestrel, né, que é a pílula de modo contínuo. Inclusive, é bom que pode usar a mulher que amamenta, entendeu? O estrogênio ele é anti, ele inibe a produção de leite, entendeu? Então, tem que usar só o progestágeno injetável, que dá muito efeito colateral. **Outra coisa: engorda! Esses injetáveis, assim, a maioria das mulheres ganham peso... E falou em ganhar peso para a mulher... (risada) elas querem morrer!** Porque elas não querem ganhar peso.

Então, assim, **a questão da dose foi diminuída mesmo, porque era preciso, porque o estrógeno não é anticoncepcional.** Ele não precisa nem estar na pílula, então, não precisa estar em dose alta, e ele dá muito efeito colateral, né. **Ele é trombogênico, ele dá mancha na pele, dá aquelas microvarizes, dá enjoo, dá dor de cabeça...** Se o paciente tem enxaqueca que piora com estrógeno, ele não pode usar estrógeno, tem que tomar uma pílula sem estrógeno. É contraindicação absoluta, inclusive! Então assim, **a indústria farmacêutica mexe ali, mexe aqui, tira um negócio daqui, bota outro negócio ali.** Pegaram a pílula mais antiga que existia, que é aquele Microdiol e reduziram a dose aí se chama Level, passou de 150 para 100 e tirou de 30 para a 20, ou seja, só diminuiu a dose. O nome é novo: Level. E o preço quadruplicou. Porque uma carteirinha de Microdiol deve custar uns R\$ 3,00 ou R\$ 4,00 e o Level uns R\$20 e tantos. Então, tem muita coisa na jogada né...

Esse trecho perfaz que o entrevistado (assim como na prática clínica nos atendimentos que tive com ele) depende grande parte do tempo explicando detalhadamente o que lhe é perguntando (como, no caso, o funcionamento de determinados hormônios), distanciando-se, por vezes, da especificidade da linguagem médico-científica de intrincada interpretação.

Com esse excerto amplo, concentro-me (diante de tantas enunciações) em três problematizações. Primeira, a defesa de que a pílula não seria o principal agente da trombose, mesmo que essa contraceção tenha estrogênio e que este seja “mais trombogênico” – “Mas, ele é mais trombogênico. Mas, esse mais trombogênico é pouca coisa também, como eu te

disse”; “[...] avaliar trombose e pílula você tem que ver um monte de outros fatores, né. Tudo tem que ser olhado em conjunto”. Segunda, ligada à primeira, é essa constante adaptação do panóptico químico que tem seu deslocamento adensado à manutenção do controle bioquímico dos corpos das mulheres: seja para aquelas que têm medo de trombose – “Então, eu digo: ‘Toma essa pílula que é a única que tem no mercado e que não tem estrogênio!’”; seja para aquelas que querem ter a biocamuflagem de uma falsa menstruação (PRECIADO, 2018), das pílulas tradicionais; seja, ainda, para aquelas que não querem sangrar. É possível notar as estratégias de controle se fazem sob ininterrupta produção farmacopornográfica planejada (PRECIADO, 2018). E, a terceira problematização é que, diante da variedade de opções, todas estas, além evocarem mulheres modernas e consumidoras das *melhores* escolhas, são carregadas de ilusões e simulações fisiológicas e, ainda, de efeitos colaterais – deixo um exemplo “[...] tem que usar só o progestágeno injetável, que dá muito efeito colateral. Outra coisa: engorda! Esses injetáveis, assim, a maioria das mulheres ganham peso... E falou em ganhar peso para a mulher... (risada) elas querem morrer!”.

Com o fim desse excerto, retorno à segunda das duas questões de parada de colocação do DIU do SASC. Além da alta taxa de mulheres desejando colocar o DIU e de governo Gean ter parado de comprar DIU e encaminhar para os hospitais da região (“Foi naquela época em que o Gean foi preso e coisa e tal. A Prefeitura estava falindo, e tudo... os postos estavam um desastre! Aí, faltou o DIU, e eu parei de colocar.”), o entrevistado contou sobre um empecilho que teve com a enfermagem local e com uma técnica em enfermagem específica:

Eu já tava meio... eu estava colocando bem menos DIU, por causa do problema que deu aí com a enfermagem (Técnica em enfermagem V), por causa do material, uma paciente que foi **fazer queixa porque a mulher (Técnica em enfermagem V) disse pra ela que não era pra colocar o DIU... “Cê tá louca? Não sei o quê...”**. Eu falei **para ela assim, ôh... foi um problema sério aí.**

[...]

Ah, isso tem um ano e meio, dois anos... Aí teve um dia que ela (Técnica em enfermagem V) chegou, e a paciente veio aqui pra colocar o DIU [...] Aí, você acredita que a Técnica em enfermagem V foi lá, a menina foi lá, a menina estava na fila, e a **enfermeira (Técnica em enfermagem V) foi lá na fila e disse pra menina “Ah, você vai colocar o DIU mesmo? E não o quê... Você tá maluca? Não sei o quê... Esse negócio é perigoso! E bá, bá, bá...”**. E a paciente pegou o DIU e veio aqui. Chegou aqui chorando, pô, e veio aqui com o DIU na mão, “O que que aconteceu?”, e ela disse, “Ah doutor, eu não sei se vou colocar o DIU, porque a enfermeira disse que é perigoso!”. Aí, eu pensei: “Eu não posso acreditar numa coisa dessas!”. A menina chorando aqui, me deu um desespero! Aí, conversamos, conversamos, e ela ficou mais calma, colocamos o DIU, e foi tudo bem. Deu tudo certo!

Mas, assim, depois disso, eu pensei que o (foda é que antes falava) [01:48:50] **que não tem o instrumental**, eu falei “Pô, não interessa, vai até um centro cirúrgico e fala que precisa de, no mínimo, uns cinco materiais para colocar o DIU, pô...”, “Ah, mas só tem dois!”. “**Mas quem que determina isso?**”, “Ah só vou dar dois pacotes [materiais] para o doutor colocar o DIU!”. Tenha paciência! **Se a demanda é maior, se precisa de mais material...** [...] **Aí, eu pensei, “Pô, vou parar de colocar o DIU, porque eu não aguento essa pressão mais, é uma enchêção de saco!”**.

Nota-se que foram duas frentes, segundo o entrevistado, que a técnica em enfermagem lhe deu “problemas”: a dificuldade de conseguir instrumental e o discurso contra-DIU que a técnica empreendeu com uma paciente. Ambas, conduziram-no, segundo ele, a decidir (sob decisão de sua posição) não colocar mais o DIU, naquele *microespaço* – “Aí, eu pensei, “Pô, vou parar de colocar o DIU, porque eu não aguento essa pressão mais, é uma enchêção de saco!”. Aqui, na análise empreendida, interessa pensar essa problematização adensada entre a técnica em enfermagem e discursos de perigo atrelados ao regime do dispositivo DIU (“Ah, você vai colocar o DIU mesmo? E não o quê... Você tá maluca? Não sei o quê... *Esse negócio é perigoso!* [...]” – na narração do médico). Nesse trecho, pela descrição feita pelo entrevistado, o discurso da técnica em enfermagem, a partir de uma memória discursiva que produz o DIU como perigoso, opera aterrorizando a paciente e engendra, a partir da visão do médico, uma prática que converge não somente com os mitos (aludidos anteriormente), mas à falta de profissionalismo.

Aproveitei que o entrevistado estava mostrando-se enérgico ao falar da enfermagem e conduzi a entrevista para a questão de enfermeiros(as) poderem fazer inserção de DIU – assunto esse que o próprio entrevistado dava indicativos, ao longo de vários momentos do nosso diálogo, de que queria se manifestar a respeito. Para defender sua indignação em relação a isso, contou-me sobre uma “menina” (uma de suas pacientes) que teve a inserção de DIU feita por uma enfermeira:

Tem lugar que não tem ginecologista. Aí, quem coloca é o clínico, mas aí, tudo bem, ele é médico. Mas é lógico que, se houver alguma complicação, ele vai mandar pra um ginecologista, né. Aí, eu vi não sei o quê... uma menina falando, “Ah, foi uma enfermeira que colocou pra mim!”. Aí eu, “Mas, uma enfermeira?”. Enfermeira não pode colocar DIU. E ela “Não, estão colocando e tal!”. Aí, eu vi a notícia que eles estão treinando a enfermeira para colocar DIU. Aí, depois que a guria veio aqui e falou, “Ontem, eu fui lá no posto, eles me falaram que, enquanto eles não resolverem essa questão, deve ser uma questão jurídica entre aspas né, de ética... enquanto não resolver essa questão, não vai se colocar mais DIU, enquanto não resolver se a enfermeira pode ou não colocar DIU!”. Isso é um absurdo! Isso é essa questão demorar uns 20 anos! Provavelmente, esses postos não têm nem ginecologista, porque se tivesse ginecologista, eles não iam nem deixar colocar!

De modo a complementar a análise dos enunciados desse trecho, cito algumas políticas públicas que fizeram parte desse regime. De início, no *Manual Técnico para Profissionais de*

Saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A, do Ministério da Saúde, de 2018, já mencionado nesta dissertação, contém, no Anexo 2, a Nota Técnica N° 5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS. Nela, há a autorização do procedimento de inserção de DIU de cobre por enfermeiros(as), “[...] no âmbito da Atenção Básica e das maternidades (como anticoncepção pós-parto e pós-abortamento), respectivamente, *desde que tenham sido treinados para tal*” (BRASIL, 2018a, p. 64, grifos meus), visando proporcionar maior acessibilidade às mulheres a serviços de atendimento à saúde reprodutiva, econômicos e de qualidade. Como parte dos argumentos dispostos, a nota explica que a adesão ao DIU, no Brasil, ainda é baixa (de 1,9%), apesar de ter eficácia alta, de ser reversível e de ser de longa duração (BRASIL, 2018a).

Contudo, a partir da publicação dessa nota, entidades médicas reagiram contrariamente a essa decisão, alegando que inserção de DIU deveria ser ato privativo de médicos, em respeito à Lei n° 12.842, de 2013 – Lei do Ato Médico (BRASIL, 2013a). Em uma matéria do *O Globo* (MADEIRA, 2019), uma afirmação do Terceiro-vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Emmanuel Fortes, foi divulgada, em que alegou, em uma publicação oficial do CFM, que isso é uma competência exclusiva dos médicos e que o Ministério da Saúde deveria impor o respeito à hierarquia normativa da assistência médica. Concluiu, ainda, que a “[...] tentativa *de invasão* de outros profissionais à medicina tem provocado diversos problemas à saúde dos brasileiros” (MADEIRA, 2019, grifos meus). Em 2019, o Ministério da Saúde, através da Nota Técnica N° 38/2019, revogou a nota de 2018, depois de a Justiça Federal de Alagoas, em decisão do juiz André Carvalho Monteiro, determinar a proibição de inserção do DIU, por enfermeiros(as), já que esse procedimento se configuraria como atividade exclusiva dos médicos (CFM, 2019). O juiz retomou parte da Lei do Ato Médico que estabelece, como uma das atividades privadas do médico, a realização de procedimentos invasivos (CFM, 2019), sendo a inserção de DIU caracterizada como “invasão dos orifícios naturais do corpo, atingindo órgãos internos” (parágrafo 4° dessa lei) (BRASIL, 2013a). Além disso, o juiz citou que a FEBRASCO classificava essa inserção como um ato “complexo” (CFM, 2019).

Em 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou, ao Ministério da Saúde, que fosse feita a revogação dessa proibição, uma vez que, através de conselheiros (representantes da sociedade civil e do governo), entendia que essa decisão prejudicaria as mulheres que usassem o SUS, pois o envolvimento de profissionais qualificados para ações de planejamento reprodutivo se configuraria como um aumento da possibilidade de as mulheres terem acesso aos métodos contraceptivos (LEÃO, 2020). Shirley Marshal Diaz Morales, que é conselheira do CNS e presidente da Federação Nacional dos Enfermeiros, disse que a inserção

de DIU já seria um procedimento que faz parte da grade curricular e das normas da enfermagem e que são cerca de 100 horas de capacitação de como proceder, tendo, ainda, a prática médica. Em sua fala, publicada no *O Globo*, a conselheira disse: “Esse procedimento não é privativo da categoria médica. Nessa queda de braço, o governo favorece os médicos em detrimento da saúde da população. Nós não temos médicos suficientes para atender toda a demanda” (LEÃO, 2020).

De modo semelhante, contando uma história ocorrida entre esses anos de transição desse debate, o médico entrevistado, em seus enunciados, defendeu não concordar com a ideia de enfermeiras colocarem DIU, indicando achar absurdas tanto essa decisão, mesmo que essas profissionais tenham treinamento específico, quanto a interrupção de inserções de DIU até que a deliberação judicial, ministerial e do CFM sobre isso fosse resolvida. Seus enunciados, em regularidade, fazem ver que esse tipo de prática, marcado como sendo do médico ginecologista, não pode deixar de estar sob seu controle, não pode desestabilizar a posição médica, sendo, isto, inclusive, parte do controle do dispositivo DIU – a dependência das mulheres para/com o médico.

Quanto a toda essa rede de discursos, o que se apresenta, mais uma vez, é o corpo das mulheres que se torna campo de batalha de uma tecnobiopolítica de controle, sob a sustentação de que essas disputas entre a medicina e a enfermagem têm preocupação com a garantia do acesso à saúde reprodutiva de qualidade às mulheres. Em polivalência, as estratégias dos discursos que sustentam o dispositivo DIU mostram-se pluralizadas entre: salvaguardar os direitos reprodutivos das mulheres, oportunizando-lhes possibilidades outras de inserção de DIU, que não somente a prática médica, já que muitos postos de saúde são precarizados e que vários deles têm somente médico clínico geral e/ou profissionais de enfermagem; e, ainda, assegurar que a hierarquia da prática hospitalar seja mantida, que o controle de corpos com o DIU seja parte do exercício médico, da prática do perito, tendo em vista os enunciados sobre segurança e risco, sobre prática invasiva ser atribuição médica e sobre o controle microprotético ser visível ao perito.

Ao longo da entrevista, o médico fez o uso de algumas expressões (“naturebas” e “hippies”) em alusão a mulheres que não queriam mais contracepção combinadas com hormônios. Com isso, emendei a pergunta que tinha em meu roteiro sobre como suas pacientes se expressam no tocante à escolha da contracepção e a construção de uma identidade. Ele tornou a dizer:

Médico: [...] Ah, sim... é... Esse pessoal mais natureba, mais naturalista, elas realmente não gostam de usar a pílula...

Bianca: O hormônio...

Médico: Isso é um fato geral. Elas sempre preferem usar só o preservativo **ou o método natural**, que chamam, **que aí envolve a ovulação e etc...**

[...]

É por isso que **essas garotas, assim, mais hippies**, que são mais **naturebas**, elas têm uma motivação boa para usar o DIU, entendeu? Elas querem usar um método assim e sempre dá mais certo, do que aquelas que chegam no calor das emoções.

Pelo que se pode ver, suas enunciações configuram-se como a criação de novos estereótipos às mulheres que não somente são adeptas ao DIU, mas que rejeitaram o uso da pílula – “Esse pessoal mais natureba, mais naturalista, elas realmente não gostam de usar a pílula”. Apesar de, como se verá na análise dos discursos das mulheres entrevistadas, a escolha do DIU ser associada, por muitas mulheres, à positivação de discursos de busca por corpos *naturais* (sem hormônio sintéticos) e de percepção de fertilidade, na fala do médico, essas mulheres passam a ser estereotipadas em tom de jocosidade. Anoto, também, que, nesta pesquisa, o dispositivo DIU se mostrará, nas redes de discursos e de práticas, em deslocamento ao panóptico ingerível, o que não se configurará em uma cisão entre ambos, mas sim o constante tensionamento e entrecruzamento de poderes e resistências.

Pouco antes dos minutos finais da gravação, o médico entrevistado fez mais algumas ponderações sobre o DIU, dizendo que: “[...] o melhor método que existe além da pílula é o DIU. É um método reversível. [...] Então, assim, o DIU, sem sombra de dúvidas, é o melhor. Ele é super barato, super eficaz etc., etc., e alcança todo mundo, então...”. O início dessa sua fala continua mostrando a constante relação entre os dispositivos anticoncepcional e DIU, alinhados tanto a patamares parecidos quanto à substituição (“o melhor”) de métodos de controle farmacopornográficos. Adiante, nesse único trecho, faço notar a regularidade já observada por Takeshita (2012) de esse dispositivo, em versatilidade, atingir o Sul e o Norte globais, por ser economicamente acessível.

Por fim, o roteiro da entrevista ainda continha, conforme planejado em projeto, uma pergunta sobre os sujeitos que se autodeclaram homens transexuais. Eu o questionei sobre quais eram as indicações dele para esses sujeitos no que diz respeito às contracepções. Além disso, complementei, que esses sujeitos poderiam ser heterossexuais, bissexuais ou homossexuais, de modo que, na análise, eu pudesse problematizar as diferenças implicadas nas formas de vida dos sujeitos (em comparação com as mulheres cisgênero). Ele se mostrou um pouco confuso, deixando entrever alguns limites em sua fala. Exponho os trechos de nosso diálogo:

Médico: Eu só atendi uma pessoa aqui. Garotas lésbicas eu atendo muito, entendeu? A gente vai notando que aumentou muito, não sei se é porque as pessoas agora não têm mais muito preconceito, aí aparece... ou aumentou porque essa cidade é mais propícia para isso, por ser litorânea... Então, a quantidade aumentou muito. Não sei se é relativa ou absoluta! Mas essa coisa da transexualidade, eu atendi um caso só aqui, que era uma garota, né... que resolveu virar homem, né. Então, assim... Hoje em dia, a gente tem tanto nome pra isso, tanta coisa que eu nem sei...

Bianca: Nesse caso, é um homem trans.

Médico: É! Sim, um homem trans. Ele tirou as mamas, começou a fazer o hormônio, tirou o útero e o ovário e ficou só com a vagina, né. E, provavelmente, eu acho até que a intenção dele era fechar a vagina, né. Mas eu nem perguntei o que ele ia fazer depois né, ou ela, sei lá... porque ela veio só para ver se estava tudo ok, né. Eu examinei e coisa e tal...

[...]

Médico: E depois, é o seguinte, se **ela virou homem**, ela vai ter relação com mulheres, provavelmente, não sei. Aí é que também... é meio confuso... Ah...

Bianca: É a sexualidade, aí é outra coisa...

Médico: É outra coisa, né. Até pode ter relação com homem mesmo, né. Aí, sei lá, cada cabeça é uma cabeça. Mas ela tinha tirado o útero e o ovário. Então, ela não ia engravidar nunca, né. Aí, eu examinei, passei só o espécule porque só tem vagina e mais nada, né. Aí, estava tudo bem, não tinha nada. E **não tem muita coisa o que fazer**, né. Não tem o preventivo, porque não tem como. Foi o único caso de transexualidade.

De início, comento, em brevidade, o seguinte enunciado: “A gente vai notando que aumentou muito, não sei se é porque as pessoas agora não têm mais muito preconceito, *aí aparece...* ou aumentou porque essa cidade *é mais propícia para isso, por ser litorânea*”. Nele, é possível verificar que o discurso de resistência do entrevistado tem limites: uma vez que os corpos de sexualidades que não a heterossexual são objetos de repatologização, já que, simplesmente, “aparece”; e que, ainda, colocar Florianópolis como cidade litorânea – que seria espécie de epicentro do turismo e capital LGBT, conforme assinalaram Lanzarini e Rial (2010 *apud* BUTTURI JUNIOR; LARA, 2018) – como sendo “propícia” para “isso” aponta para padrões de riscos, para controle do prazer e para a constituição de identidades e corpos dissidentes.

Vou adiante nesse diálogo que tivemos para fazer notar mais um limite no discurso de resistência que o entrevistado foi construindo ao longo da entrevista, que se resume a dois pontos: (i) a estigmatização, a precarização e a patologização de corpos transgênero; (ii) e a positivação da heteronormatividade. Primeiro, além de haver a estigmatização da transexualidade (“essa coisa da transexualidade”) em que a pessoa citada “resolveu virar homem”, há a visão biomédica que essencializa concepções de gênero. Já que o único sujeito que o entrevistado atendeu “tirou as mamas, começou a fazer o hormônio, tirou o útero e o

ovário e ficou só com a vagina”, o entrevistado conclui que “não tem muita coisa o que fazer”, marcando o quanto as práticas de cuidado médico (assim como as políticas públicas de saúde, analisadas na seção anterior) colocam os corpos trans em lugar de abjeção (ANGONESE, 2016, ANGONESE; LAGO, 2017). Faço notar, ainda, o que Angonese e Lago (2017, p. 47) chamam de *esterilização simbólica* dos sujeitos trans que, nesse lugar de abjetos, “[...] são colocados em uma matriz de ininteligibilidade e relegados a habitar zonas inabitáveis da vida social, não possuindo o status de sujeito, tampouco de humano”. A saúde reprodutiva das pessoas trans é inviabilizada⁷².

O segundo ponto, por sua vez, em associação com o primeiro, reverbera tanto a memória discursiva de confusão entre gênero e sexualidade (ou, simplesmente, o englobamento de corpos dissidentes) quanto a configuração de gênero como tecnologia e como dispositivo (DE LAURETIS, 1994) que produz corpos e subjetividades em uma estrutura/normalização binária (BUTLER, 2019; PRECIADO, 2017), atrelada à heterocisnormatividade, de uma heterossexualidade compulsória própria ao sistema sexo/gênero (BUTLER, 2019) – “se ela *virou homem*, ela vai ter relação com mulheres, provavelmente, não sei. Aí é que também... é meio confuso”. Diante de uma biopolítica do fazer viver, com isso dito, os racismos de Estado marcam a existência de dispositivos e de estratégias de separação/segregação/precarização em uma sociedade de normalização (FOUCAULT, 2018 [1976]; BUTLER, 2018).

Nesta subseção de análise, muito embora o sujeito entrevistado tenha demonstrado, em seus discursos, a construção (em constante ambiguidade) de si de um médico perito diferente e humanizado, o dispositivo DIU é perpassado pelas implicações discursivas e não discursivas que a relação médico-paciente engendra. Adiante, sigo para a análise dos discursos da técnica em enfermagem.

3.3.2 “[...] relatos de segunda-feira”

Era dia 11 de fevereiro de 2020, mais um dia quente de verão na ilha, e, minutos antes do horário combinado para a entrevista com a técnica em enfermagem do SASC, com presteza busquei-a pelos corredores próximos ao setor e encontrei-a na Área C. Com a mesma serenidade que presenciei nas conversas de convite para a presente pesquisa e de marcação da entrevista, a técnica em enfermagem logo se prontificou a encontrar uma sala para que pudéssemos ficar

⁷² Faço outra nota para sinalizar a relevância de uma futura pesquisa que pense e dialogue sobre a saúde reprodutiva de pessoas trans.

a sós, distantes do frenesi local. Seus movimentos mansos, fala vagarosa e em tom baixo e simpatia despreocuparam-me quanto à investida de fazer daquela situação confortável. Já acomodadas no consultório usado pela psicóloga do SASC e cada uma com um copo d'água que a técnica preparou, revi alguns pontos basilares da pesquisa, prezando a não existência de dúvidas.

Às 16h, dispus o gravador à mesa e iniciei a entrevista. Depois de me conceder permissão para que usasse o pronome “você” em sua referência, a entrevistada respondeu, calma e brevemente, às perguntas sobre a carreira acadêmica e profissional. Contou-me que tem o 1º grau completo e que fez o 2º grau com especialidade, em técnico em administração e, depois, técnico em contabilidade. Disse-me que não estava contente em ter que trabalhar “atrás da mesa” e que, por isso, decidiu fazer um curso técnico de enfermagem, na UFSC, sugerido por uma amiga de infância. No mesmo ano, fez o concurso para técnico em enfermagem do HU, e, com 21 anos, passou e ingressou na instituição, contabilizando 23 anos já “de casa”, segundo ela.

O começo no hospital foi atuando na “cirúrgica 2”, cuja área destina-se a tratar de “[...] especialidades de cirurgia plástica, ortopedia, urologia, proctologia [...] cirurgia vascular e, às vezes, cirurgia geral”. Foram 15 anos nesse local que, para ela, não foi muito tempo. Com vagarosa narração, disse-me que se afastou da atividade por “problemas de depressão”, passando por um período de licença saúde, depois de dar forte entoação ao amor que tinha pelo que fazia. “Aí, depois eu descii...”, ela concluiu a resposta, dando a entender que foi realocada para o SASC. Ao questioná-la do tempo que estava no SASC, reafirmou a saudade da “parte de cima do HU” (como descreveu), alegando não querer contar o tempo, como uma forma de não “quebrar a raiz” e não se “separar de lá”. Faço uma pequena pausa para comentar que parece haver, assim como na fala do médico participante desta pesquisa, uma subcategorização desse setor, em que os(as) profissionais são realocados (mudando, até mesmo, de atividades dentro de suas funções) visando à busca por um local de subterfúgio, para não se estressarem e encontrarem tranquilidade.

Volto à descrição. Ainda que tenha comentado no decorrer da entrevista, a técnica em enfermagem também desabafou sobre o excesso de atividades que exerce no setor. Essa declaração foi feita logo após dizer que estava evitando acompanhar os acontecimentos políticos, pois “dá até um enjoo”, e que a saúde não estava tendo importância para o governo: “[...] no momento, [...] o que tá importando mesmo é a economia, é a defesa civil e alguns outros tipos de políticas e não as de saúde”. Aliás, contrariamente ao que se viu até aqui nesta dissertação, a técnica em enfermagem mostra, nessa sua fala, uma (tentativa) de separação entre

corpo e política, de um discurso de autonomia da saúde. Foi, então, depois de ser indagada sobre as políticas públicas de saúde destinadas às mulheres funcionarem ou não, que a entrevistada pronunciou em amargura:

A gente tenta se desdobrar, fazer o que não acontece no papel. A gente acaba fazendo papel de... eu aqui estou fazendo papel de secretária à tarde, telefonista, técnica de enfermagem. Às vezes, faço papel de enfermeira, às vezes, faço papel de técnico-administrativo... Eu fico sozinha aqui à tarde, não era para ser assim, era pra ter mais quatro pessoas comigo.

[...]

Esse é um reflexo que tá lá. Tá bonitinho no papel, mas não tá bonitinho no setor.

Neste trecho, em que a entrevistada fala sobre desdobramento de suas funções, faço a leitura de dois pontos: primeiramente, houve a associação que a entrevistada fez foi em relação às atividades e às funções da sua atuação (dispostos em lei e postos em termo de posse de cargo público) e não às políticas públicas voltadas para as mulheres em si; e, segundo, ligado ao primeiro, é possível verificar tanto a proletarização da técnica que se reflete na ramificação de atividades (até mesmo para aquelas que não condizem com sua atuação e contratação) quanto a precarização de trabalhos discursivamente construídos como sendo atribuídos às mulheres e a divisão de trabalho desigual, em que as mulheres são atravessadas por uma subordinação intensificada, no quadro de gênero binário e na lógica do regime neoliberal (BROWN, 2015; PELEGRINI, 2019).

Aproveito essa brecha para despontar a leitura da fragmentação da enfermagem e para marcar como isso se estende na prática e como, ainda, isso cabe à pesquisa aqui presente. Recorro à Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe a respeito da regulamentação do exercício da enfermagem, e, em seu parágrafo único, anota: “A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação”. Para além das distinções de formação (acadêmica e técnica) entre as diferentes posições de exercício dentro das peculiaridades da enfermagem, descrevo as distinções de atuação entre ambas. Primeiro, o(a) enfermeiro(a) tem formação em curso de nível superior de Enfermagem, com duração média de cinco anos; atua nos diversos níveis de gravidade de atendimento, em companhia do(a) médico(a), com vistas a prestar os cuidados necessários ao(à) paciente; atua na supervisão, organização e gerenciamento das equipes de técnicos e auxiliares; atua na elaboração, na execução e na avaliação de programas e de planos assistenciais de saúde, dentre outras

atividades, e cito, também, o acompanhamento de trabalho de parto, execução de parto sem distócia e educação de saúde à população. Segundo, o(a) técnico(a) de enfermagem tem formação no curso Técnico em Enfermagem, com duração de cerca de dois anos; exerce atividades de complexidade médica; faz orientação e acompanhamento do trabalho da enfermagem; participa do planejamento da assistência em enfermagem; e participa da equipe de saúde. E, terceiro, o(a) auxiliar de enfermagem tem curso de Auxiliar de Enfermagem, com duração média de um ano e meio; atua em atividades de nível médio, que são repetitivas e que são supervisionadas; e atua em atividades de nível de execução simples, como a observação e a descrição de sinais e sintomas e a prestação de cuidados de higiene e de conforto para pacientes (BRASIL, 1986).

Com isto posto, com vistas à elucidação, apesar de haver essas separações de formação e de atuação, para a presente análise que verifica os discursos de uma técnica em enfermagem (e não de uma enfermeira), entenderei os discursos e as práticas da participante entrevistada como parte da governabilidade da enfermagem, com elementos próprios e específicos desta, mesmo que “sob outras roupagens e formatos” (LUNARDI, 1997, p. 77). Ou seja, a imprescindibilidade aqui é, a partir da pesquisa de Valéria Lunardi, *Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem*, analisar os discursos da entrevistada como parte da profissão enfermagem que tem suas construções e transformações de saberes e de práticas de uma governabilidade com foco na sobrevivência de estratégias de poder pastoral. Com isso, será possível pensar na incidência dessas práticas, desses saberes e desses discursos no funcionamento do dispositivo DIU e na subjetivação das mulheres que aderem a esse método de contracepção.

Antes de prosseguir com a narrativa da entrevistada, é pertinente que eu trace alguns pontos-base da pesquisa de Lunardi (1997). De início, a autora (1997, p. 79) expõe que a origem da enfermagem se associa “[...] ao cuidado materno prestado aos filhos indefesos”. Assim, à mãe, é dado mais esse discurso de ser “enfermeira nata”. Quanto à enfermeira, o seu papel foi se ampliando, “[...] extrapolando-se a função, até biológica, da mãe cuidadora que amamenta ao recém-nascido, para significar o cuidado ao doente, ao velho, ao necessitado e aos pobres”. A autora acrescenta, ainda, que a palavra “cuidado” também envolvia – da enfermeira para com seu paciente – o afeto, a preocupação, a solidariedade e a responsabilidade. Para além da habilidade, da experiência e do conhecimento, os cuidados se complexificavam com a necessidade de ter-se, inclusive, como componentes necessários da profissão: o altruísmo, o humanitarismo – como formas de amor e de bondade (LUNARDI, 1997). Assim, a enfermagem é impregnada por “[...] um discurso normatizador para a concretude do cuidado de enfermagem

e de uma aparente bondade extrema, sem retorno ou necessidade de gratificação, na qual a dedicação e o amor ao próximo podiam representar a tônica necessária para ser um bom Enfermeiro” (SANTOS, 2001). E seriam esses – a bondade como o fim de abnegação, a compaixão e ouvir a confissão – aspectos que Foucault denominou de poder pastoral (JAMIESON; SEWALL; SUHRIE, 1968 *apud* LUNARDI, 1997). A partir de Foucault, Lunardi (1997, p. 76) tentou, através de uma análise genealógica entre o governo de si e o governo dos outros, discutir a governabilidade, no caso “[...] os limites percebidos entre as tecnologias do exercício do poder pastoral e as tecnologias do eu e como tais conceitos vêm retro-alimentando e sustentando a prática”, mesmo após uma ruptura nightingaleana – Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna.

Com essa breve descrição, volto para a entrevista e noto esses atravessamentos na fala da técnica em enfermagem, quando eu solicitei que ela comentasse sobre como que ela descreveria a relação que tem com as mulheres pacientes do médico ginecologista-obstetra do SASC, ela me disse:

Quando elas perguntam alguma coisa ou quando elas têm dúvida em entrar, ou perguntam “Ah, dá pra confiar no médico?”, porque têm muita **desconfiança por ele ser masculino**, né? **Eu tiro muito dos medos delas**, dizendo que eu sou paciente dele. Então, eu acho que daí quebra toda aquela ansiedade que vem junto, por ele ser masculino, no caso, e aí, acho que **elas se sentem mais seguras**. E, também, **eu sempre me ofereço para tá do lado delas para o caso delas precisarem de um acompanhante**.

Uma primeira análise possível, a partir do que já delinieie pelo trabalho de Lunardi (1997), é essa responsabilidade da enfermagem com a saúde das pessoas, principalmente da preocupação e do cuidado. Essa figura, descrita por Lunardi (1997, p. 87), além da responsabilidade pelo outro “pobre e sofredor”, há uma abnegação e uma renúncia de si e há, ainda, o recebimento/acolhimento da confissão do outro – “Eu tiro muito dos medos delas”; “[...] elas se sentem mais seguras”; “[...] eu sempre me ofereço para tá do lado delas para o caso delas precisarem de um acompanhante”. É o que a autora reforça como sendo vestígios da continuidade do exercício pastoral no exercício da enfermagem (LUNARDI, 1997). Acrescento, ainda, como uma possível segunda análise, uma ambiguidade presente no enunciado de “[...] *desconfiança por ele ser masculino*”. Se, há, de um lado, a retomada do saber-poder científico e técnico dos corpos das mulheres estar associado hegemonicamente à prática clínica de homens, há, de outro lado: a memória de ancestralidade desses saberes e dessas práticas concernentes às mulheres, às parteiras, às curandeiras; e a busca por profissionais mulheres que tanto imprime a valorização das experiências dos corpos

(posicionando-os em similaridades de um determinismo biológico) quanto reflete a esquiwa das pacientes de uma medicina patriarcal que, em regime, pratica violências de gênero. O uso do termo “masculino”, e não “homem”, além de causar estranhamento, não escapa às fronteiras de inscrição que desenham séries de binômios oposicionistas (homem/mulher, masculino/feminino, cultura/natureza, enfim) e retoma a problemática estrutura epistemológica sexo-gênero que ainda está imbrincada ao saber-poder científico e técnico.

No que diz respeito ao questionamento que fiz sobre as mulheres já terem comentado com ela casos de recriminação à vida sexual delas em outros lugares, que não no SASC, a técnica entrevistada, dentre outras marcas, continuou apresentando regularidades discursivas vinculadas ao cuidado enquanto prática de enfermagem. Na sua resposta, ela pontuou que algumas mulheres já lhe disseram terem sofrido recriminações, em desabafos que classifiquei como “relatos de segunda-feira” (expressão empregada como título para esta subseção):

Técnica em enfermagem: É... Algumas... algumas sim. Principalmente, assim, às vezes, **nas segundas-feiras, quando elas chegam pós-balada**. Às vezes, elas sentam chorando, e a gente vai lá, segura na mão, damos um copo de água e dá um pouco de carinho. E elas acabam meio que conversando um pouco com a gente, e a gente encaminha, né, para o Serviço Social. (diminuição da entonação da voz)

Bianca: Mas assim... nesses **relatos de segunda-feira**, o que acontece?

Técnica em enfermagem: Vão para a balada, aí bebem muito. Não sei se... não invado... eu não pergunto tanto porque, às vezes, pode até comprometer, mas eu acho que rola droga ou alguma coisa assim... e... acho que... elas chegam aqui querendo fazer exames de sífilis, HIV, todos os exames, com rapidez... Sabe? [...]

Em “nas segundas-feiras, quando elas chegam pós-balada [...], elas sentam chorando, e a gente vai lá, segura na mão, damos um copo de água e dá um pouco de carinho”, para além do cuidado (que está marcado, inclusive pelo toque – “segura na mão” e “um pouco de carinho”), a técnica em enfermagem parece transbordar um pouco a função que tem, fazendo ver uma polivalência. Na licenciosidade discursiva que conferiu ao “pós-balada”, é possível perceber: de um lado, a técnica de escuta de uma enfermagem arraigada de poder pastoral (“[...] eu não pergunto tanto porque, às vezes, pode até comprometer”) e os relatos de pacientes confessoras, as quais em que se pese a uma governamentalidade (FOUCAULT, 2008 [1979]), são construídas com identidades (por vezes, históricas – “[...] elas sentam chorando”) a partir de discursos moralizantes, de discursos ligados à promiscuidade, ao perigo (de doença e de risco) e a (ir)responsabilidade (“[...] eu acho que rola droga ou alguma coisa assim... e... acho que... elas chegam aqui querendo fazer exames de sífilis, HIV, todos os exames, com rapidez”); e, de outro lado, a atenção de cuidado que a técnica em enfermagem pratica, que não somente acolhe e abraça as mulheres, como também faz diferente e mostra para as pacientes para que

não sofram, já que seus corpos podem resistir aos discursos privados machistas e patriarcais que estão incidindo sobre elas. Nesses enunciados da técnica em enfermagem, há a regularidade discursiva, como já assinalado nesta dissertação, que, além de totalizar as mulheres e submetê-las a uma lei da verdade, põe os discursos machistas e sexistas em sobreposição aos discursos de direitos sociais, sexuais e reprodutivos das mulheres.

Adiante, outro trecho do diálogo que tivemos se localiza na função da técnica de enfermagem de manter as práticas de cuidado que a construção da enfermagem lhe solicita: quando perguntada sobre como eram as conversas com as pacientes caso elas falassem sobre o DIU. Antes de comentá-lo, cito-o:

Eu digo para elas assim, geralmente, quando tá com dúvida, “Marca uma consulta com o Sr. Y, senta com ele, ele vai conversar, ele vai te explicar, ele vai te desenhar o útero direitinho, como vai ser feito e como vai ser colocado, como que vai ser medido o histerômetro pra ser colocado o fio”, né. Ele dá uma aula praticamente, sabe? Então, assim... Aí, eu falo pra elas assim óh, “Se mesmo se elas não quiserem colocar, vocês vão sair dali dando uma aula sobre o DIU!”. É bem isso...

Nesse trecho, há a prática de aconselhamento que se ancora na prática de cuidado e que, mais ainda: está direcionado à busca pelo saber-poder médico, o único capaz de sanar dúvidas sobre o corpo, sobre o funcionamento dele e sobre, também, o efeito da negociação entre útero e dispositivo (o DIU) – “[...] senta com ele, ele vai conversar, ele vai te explicar, ele vai te desenhar o útero direitinho, como vai ser feito e como vai ser colocado, como que vai ser medido o histerômetro pra ser colocado o fio”. Somente a especialidade médica que é a ginecologia pode explicar às mulheres, com vocabulários particulares, como um útero deve funcionar, e cabe, à enfermagem, aconselhar para que elas escutem o perito. Seu discurso marca uma memória que adensa tanto a importância do saber médico para o aprendizado do próprio corpo quanto a negação às mulheres de qualquer possibilidade de intervenção, submetendo-as à visão ocidental idealizada de feminino aprisionado à natureza (retirando das mulheres o estatuto de sujeitos) e de masculino definido pela racionalidade e pela cultura (HARAWAY, 2004).

Nesse regime discursivo, em outra parte da entrevista, a técnica em enfermagem enuncia uma regularidade já notada na fala do médico entrevistado: a ambiguidade entre as pacientes poderem escolher o método contraceptivo e a postura do médico de, a partir do que vê, oferecer um método e não outro. Segue o diálogo:

Técnica em enfermagem: Eu acho que, **de acordo com o que o médico vê de melhor para a paciente**, né, porque, no meu ponto vista, depende de cada mulher receber o tipo de contraceptivo, porque muitas não se adaptam à injeção, outras não

se adaptam ao oral, têm umas que usam o anel. Dependendo da via, depende da paciente, do que ela quer...

Bianca: Da individualidade, né?

Técnica em enfermagem: Mas sempre quem dá a palavra final é a paciente. O médico oferece as escolhas, e a paciente oferece... vai tentando se adaptar ao que o médico se posiciona.

A ambiguidade, em regularidade, está sustentada, mais detidamente pelo seguinte confronto marcado em enunciados: por um lado, o discurso de médico construído como *diferente* está atravessado nessa agonística (e, também, em outros enunciados da entrevistada), o qual, distintamente em relação a outros médicos, oferece desde explicações a escolhas contraceptivas às pacientes, de acordo com o que “vê” (com o olhar dele, de perito) e com o que “se posiciona”; e, por outro lado, enuncia a liberdade de as pacientes escolherem, de terem a “palavra final” e de “depender” delas a opção da contracepção. Relembro que a eloquência da ideia de possibilidade de escolha é, também, polivalente, imbricando discursos ligados aos feminismos, de liberdade às mulheres, como também discursos de uma tecnociência que produz, biotecnologicamente, corpos tecnológicos e subjetividades tecnovivas no uso de contracepções protéticas (PRECIADO, 2018).

Ainda sobre essa construção de que atuação do médico local seria distinta, diferindo-se de outros espaços, a própria entrevistada comentou relatos das pacientes sobre recriminações médicas sofridas em consultas em postos de saúde, clínicas ou hospitais, ligadas a recusas de ginecologistas para colocação de DIU:

Técnica em enfermagem: Sim, sim. Já teve pacientes que foram a postos de saúde que se recusaram a colocar o DIU ou alguma coisa assim, “Não! Porque você primeiro precisa fazer o uso do anticoncepcional para ver se vai responder”, **porque o uso do DIU é excludente, né, é uma das últimas opções**. Aí, a paciente chegou aqui para o Sr. Y, e ele disse “**Não, eu coloco o DIU quando paciente pede**”...

Bianca: Se não tem nenhuma contraindicação...

Técnica em enfermagem: Isso, se não tiver nenhuma contraindicação, pra excluir a escolha, a gente coloca. Se... Ele foi bem explícito, assim, se houver expulsão, se houver inflamação, aí sim a gente parte pra outros métodos.

Nesse trecho do diálogo que tivemos, conforme a entrevista analisada anteriormente, os discursos se entrecruzam, em regularidade: a polivalência do médico perito que, no microespaço do SASC, tem práticas de transgressão (em comparação a outros peritos e outros espaços clínicos – “Não, eu coloco o DIU quando paciente pede”) –, mas que, concomitantemente, não deixa de “excluir a escolha”, a partir do que visualizar como *melhor* para a paciente; a ambiguidade discursiva do DIU (atrelada à primeira mencionada) o qual,

enquanto dispositivo, é inserido quando a paciente pede e que, ao mesmo tempo, “[...] o uso do DIU é excludente, né, é uma das últimas opções”; a escolha do DIU, feita pelas pacientes, associada ao consentimento informado, em que as pacientes são informadas explicitamente sobre os possíveis danos (“Ele foi bem explícito [...]”) e que não são protegidas dos possíveis riscos – “[...] se houver expulsão, se houver inflamação, aí sim a gente parte pra outros métodos”; e, por fim, o dispositivo DIU sendo atravessado pelo panóptico ingerível – “Não! Porque você primeiro precisa fazer o uso do anticoncepcional para ver se vai responder” – e, pelos discursos, ainda que não marcados na fala da entrevistada nesse trecho, de idade e de promiscuidade.

Aproveitei que estávamos falando sobre o DIU, na sequência, depois de dizer que o anticoncepcional oral (a pílula) e o injetável fossem, talvez, os mais utilizados pelas mulheres pacientes do SASC, questionei-a sobre quais seriam os motivos que ela achava que conduziam as mulheres a escolherem o DIU, e ela disse:

Aqui no SASC... **Eu acho que pela praticidade, né... a mulher se sente mais livre.** Eu uso DIU! Então, eu vou falar por mim. Eu não tenho vida sexual ativa, já faz seis anos. Então... eu tô fora do baralho (riso breve), fora do normal das coisas. Mas, eu vejo que **têm muitas meninas que colocam o DIU pela praticidade.** Pelo esquecimento da pílula, pelo esquecimento da data de tomar a injeção. O DIU está ali para ficar 10 anos. Aí, **tem que fazer o controle de 3 meses, de 6, de 1 ano e a cada 3 anos para saber se está direitinho dentro do útero.** Então, é muito mais fácil de lidar com esse tipo de contraceptivo, né.

As respostas sempre breves e em voz baixa e calma continuaram no decorrer da entrevista, e, diante desse trecho, algumas anotações podem ser feitas. Primeira, os discursos de “praticidade” e de “facilidade” – “[...] é muito mais fácil de lidar com esse tipo de contraceptivo” –, de *liberdade* – “[...] a mulher se sente mais livre” – e de “esquecimento” tanto da pílula quanto da injeção indicam regularidade (como também se verá nas narrativas das mulheres, na sequência) do funcionamento do dispositivo DIU. Segunda, outra regularidade discursiva é o controle, que o dispositivo DIU demanda, que, em comparação à pílula, voltou a ser externo, sob olhar médico, “[...] tem que fazer o controle de 3 meses, de 6, de 1 ano e a cada 3 anos para saber se está direitinho dentro do útero”. Contudo, anoto que essa vigilância disciplinar e biopolítica do dispositivo é agentiva, sendo as mulheres responsabilizadas pelo cuidado de si, produzidas como dóceis e úteis, seguindo as normas de retornar para fazer os exames clínicos. Terceira, e breve, é a flutuação (assim como o médico) de uso do vocábulo “meninas” em alusão às pacientes. E, quarta, a entrevistada faz notar, inclusive, um acolhimento que transita entre o pessoal e o privado, parecendo não perceber a intersecção entre esses

campos. Neste aspecto, mais uma ambiguidade pode ser verificada: a postura privada que tem, ao falar da própria experiência (“Eu uso DIU!”), que se deslocada para a política, fazendo ver experiências de outras mulheres. Mas, aponto: em seu discurso, a pública pode funcionar desde que a partir dessa experiência que tem – “Eu não tenho vida sexual ativa, já faz seis anos. Então... eu tô fora do baralho (riso breve), fora do normal das coisas”.

Como venho apontando, essas anotações são recorrentes nos discursos do dispositivo aqui analisado. Ao ser perguntada sobre quais seriam as possíveis motivações das pacientes para escolherem o DIU, além da praticidade, a entrevistada voltou a se valer do deslocamento entre o privado e público, fazendo aparecer outros enunciados frequentes nesta pesquisa:

Como é que eu vou te dizer... Às vezes, **as meninas têm parceiros fixos, então torna mais fácil a relação**, né... de confiança entre os parceiros. Eu acho que chega num ponto que, talvez, **isso seja uma motivação**. O que eu vejo é que, geralmente, eles vêm em parceiros assim... Deixa eu ver o que mais pode ser uma motivação pra colocação do DIU... Eu coloquei o Mirena, que é o hormonal, para não menstruar. É uma maravilha! (suspiro) **Uma obra divina de Deus!** Só não é melhor porque não é 10 anos, mas já são 5, já é bom. Tem uns probleminhas que, às vezes, dá um pouco de acne, mas é excelente... **Recomendo, viu?**

No trecho anterior, sublinhei que, para a entrevistada, o público funcionaria se estivesse apoiado ao privado de sua própria experiência, o que, aqui, continua em funcionamento, acrescido de “parceiros fixos”. Explico: seu discurso carrega a marca da promiscuidade atrelada à impossibilidade de “meninas” – estrategicamente cindidas – desprotegidas e imprudentes usarem o contraceptivo DIU. Assim, posicionando práticas em paridade, não ter a vida sexualmente ativa pode ser correlacionado a ter parceiros fixos. Mais uma vez, o poder pastoral da enfermagem se entrecruza tanto a esses discursos, pelo confessional à pastora, quanto, mais à frente no excerto, no discurso religioso de o DIU (especificamente, o Mirena) ser “Uma obra divina de Deus!”.

A ambivalência de seus enunciados permanece em funcionamento, e mais uma delas está na sustentação da motivação pelas mulheres e na aceitação que elas têm que ter dos “probleminhas” (“[...] dá um pouco de acne”) que o DIU (no caso, o Mirena) pode provocar, ao mesmo tempo que é “excelente” e que se torna uma recomendação (“Recomendo, viu?”). Aqui, o regime farmacológico do DIU com difusão de progesterona é *vendido/recomendado* pela farmacopornografia de administração de hormônios e de cessar da temida menstruação.

Adiante, disponho dois trechos da entrevista em defrontação, de modo que apresentam progressão discursiva: (i) a continuação do trecho anterior; e (ii) a resposta da técnica em enfermagem para pergunta que fiz sobre ela perceber o movimento que muitas mulheres estão

seguindo de deixarem a pílula para aderir à inserção do DIU e se ela saberia dizer o porquê de isso acontecer. Seguem as citações:

Esse Mirena mesmo é... as ginecologistas, às vezes, recomendam para as pessoas porque ele não interfere nem na esterilidade da mulher. Aí, as meninas podem colocar sem problema, o de cobre também. Ah... **tinha uma mística, né, sobre a infertilidade com o DIU e aquela coisa toda, mas eu acho que hoje está diminuindo.** Mas as coisas estão mais explicadas, mais estudadas, são mais bem-feitas. **Os DIUs hoje são de primeira linha.** Então, eu acho que **uma motivação** também é essa. As pessoas **perderam um pouco de medo, de receio.** [...]

[...]

É bem isso mesmo, é pela praticidade. A **diminuição desse estigma** que existia com o DIU. **Hoje o DIU se tornou uma coisa mais palpável. Elas veem realmente que funciona.** Então, hoje, elas estão vindo já pedindo o DIU. Não é o médico que chega e oferece o DIU. A comunidade universitária principalmente, assim, pelo que eu vejo né, **uma menina** fala para a outra que é uma maravilha, e daí, a menina vem e vem **a turma toda dela.** Vem bem assim...

Bianca: Eu vou complementar então, em relação ao hormônio, por não ter hormônio você acha que isso também influencia? A ação hormonal no corpo...você já ouviu alguma coisa?

[...]

Técnica em enfermagem: Tem... até tem. Mas eu acho que o fluxo aumenta com o DIU, quem tem endometriose ou tem tendência a ter endometriose não dá pra usar. **Têm muitas restrições pro DIU, né. E para os anticoncepcionais, a variedade é um leque, né. E, dentro desse leque, a pessoa se acerta e é perfeito! Tu vai menstruar aqueles seis dias, ali, cinco dias, e tu vai ficar maravilhosa, a tua pele vai ficar linda, teu humor vai ser maravilhoso, a tua TPM tu não vai ter, né... e aquela coisa.** Aí, também, aquela coisa... Por isso, o ginecologista precisa fazer um acompanhamento, porque, se não tiver acompanhamento, de nada vale colocar o DIU. **Porque o DIU, muitas vezes, pode aumentar o teu fluxo, aumentar a tua enxaqueca, aumentar a tua TPM, o teu mau humor, né? Não adianta de nada... tu sair por aí com um DIU onde tu pode oferecer sexo à vontade,** com um parceiro legal e tudo, mas tu ainda não está usufruindo de tudo aquilo que tu quer.

Enquanto sucedia a indicação que fazia a mim do uso do Mirena, a entrevistada acrescentou o que seria mais uma motivação para que as mulheres aderissem ao DIU (tanto o hormonal quanto o de cobre): a “mística” da infertilidade com o DIU. Se o médico entrevistado recorreu aos termos “mitologia” e “tabus”, a técnica em enfermagem fez o uso de “mística” e de “estigma”.

Na sequência, para além dos discursos, também regulares, de “praticidade”, de pedido do DIU pelas mulheres e do perito *diferente*, de uso “menina” (e não “paciente”) associado às estudantes universitárias e, ainda, da necessidade de acompanhamento médico, faço notar uma ambiguidade que paira sobre o dispositivo DIU (e que está presente na fala da entrevistada): o método ser acessível, recomendado e que funciona – “Hoje o DIU se tornou uma coisa mais

palpável. Elas veem realmente que funciona” – e, ao mesmo tempo, ter “muitas restrições” – “[...] pode aumentar o teu fluxo, aumentar a tua enxaqueca, aumentar a tua TPM, o teu mau humor”. Fazendo parte dessa ambivalência, a ressonância da pílula em relação a esse dispositivo é positivada seja pela variedade de opções (“a variedade é um leque”), seja pela *perfeição* e pela *maravilha* de ter a tecnomenstruação de cinco, seis dias, de poder “ficar maravilhosa”, “ficar linda”, com humor “maravilhoso” e não ter a famigerada TPM. Com isso, em seu discurso, vigora-se a produção de feminilidade como biocódigo (pronto e padronizado), a produção cosmética de feminilidade e a promessa (da farmacopornografia) de emancipação sexual às mulheres (PRECIADO, 2018).

Diante dessa propaganda da pílula, “Não adianta de nada... tu sair por aí com um DIU onde *tu pode oferecer sexo à vontade*, com um parceiro legal e tudo, mas tu ainda não está usufruindo de *tudo aquilo que tu quer*”. A entrevistada vale-se do discurso de “sexo à vontade”, que reaparece, no dispositivo DIU, como descomedimento, promiscuidade – cuja série tem a memória e a estratégia da regra de uma monogamia procriadora, da associação entre atividade sexual e o mal, entre atitudes desqualificadas e de expressão de medo, caras à tradição moral religiosa-cristã (FOUCAULT, 2018 [1984]) –, de modo a positivar que o real desejo das mulheres é a pílula, é o que ela proporciona, “[...] é o corpo desejando poder, procurando engoli-lo, comê-lo, administrá-lo, devorá-lo, mais, sempre mais [...]” (PRECIADO, 2018, p. 223). Acrescento, ainda, uma positivação da farmacopornografia planejada de gênero que tem a diminuição da libido das mulheres como parte do controle.

O discurso de valorização de parceiro único, presente na fala da entrevistada, volta a aparecer em outro momento da entrevista quando eu lhe pedi que retomasse, mesmo que já tivesse comentado um pouco, mais sobre os mitos que envolvem o DIU e o que ela escuta no próprio espaço do hospital ou do SASC. Antes de comentá-lo, exponho, em citação, esse diálogo:

Técnica em enfermagem: Escutamos... que o meu bebê nasceu malformado com um DIU na testa, mas...

Bianca: Mas entre os médicos e as enfermeiras?

Técnica em enfermagem: É um rolinho assim... “Ah ... nasceu com um DIU na mão”, tem em capa de revista, né, é... “Nasceu com um DIU dentro do pulmão”... **O DIU, às vezes, não é o milagroso, né, tem aqueles 2% lá que pode descambar. Mas tem mito sim.**

Bianca: E em relação a ser abortivo também... Você escuta alguma coisa?

Técnica em enfermagem: É, tem. É aquela coisa, é... para quem é católico, para quem é espírita, para quem... Mas eu acho que, na hora da necessidade... é, eu sei, porque

eu sou espírita... na hora da necessidade... Eu não faço sexo, então, não tem problema nenhum, no caso, mas, se eu tivesse que voltar com um parceiro, eu não sei se eu teria coragem, eu acho que eu tiraria o DIU! Não, eu não tiraria porque eu já tenho 47 anos... é brincadeira! **Mas, tem gente que eu já vi que tirou o DIU, porque não firmou o compromisso, e aí partiu para pílula.**

Bianca: Por achar que tem essa ligação com o aborto?

Técnica em enfermagem: Sim, porque **ele forma o zigoto e é ele que expulsa. Mas eu já vi aqui dentro, alguns casos assim.** Claro, a gente não ouve todo dia, porque a gente não sabe da vida de todo mundo. Mas já ouvi... Pouquinhos, mas ouvi...

A positivação da monogamia, como se pode notar neste trecho da entrevista, é feita em correlação com a reprodução – “Mas, tem gente que eu já vi que tirou o DIU, porque não firmou o compromisso, e aí partiu para pílula”. Ainda que não tenha se aprofundado a comentar mais, a entrevistada deixou marcado, novamente, o entrecruzar dos discursos privados e públicos, para fazer notar que usa o DIU por não existir a possibilidade de engravidar, e que, assim, o público somente funcionaria se ou ocorresse similarmente a essa experiência própria que tem, ou se fosse garantido o relacionamento fixo para o caso de haver gestação. A estratégia pastoral de sua fala, assiduamente ofertada, entrecruza-se ao discurso científico, remontando os discursos de posição anti-DIU, para pôr em instabilidade a efetividade desse contraceptivo e para, estratégica e ambigualmente, produzir medo e produzir práticas positivas de controle de prazer, de desejo e de comportamentos sexuais espriadas pelo cristianismo – “O DIU, às vezes, *não é o milagroso*, né, tem aqueles 2% lá que pode descambar”. Mais uma vez, a memória discursiva, em regularidade, que guarda o DIU como abortivo aparece (“Mas já ouvi... Pouquinhos, mas ouvi...”), e, para a entrevistada, não é um mito, já que “[...] ele forma o zigoto e é ele que expulsa”, ou seja, tem seu funcionamento em pós-fertilização. Essa regularidade, aliás, reforça-se pelo confronto (que coloca do DIU sob suspeita no funcionamento do dispositivo) entre, como já se fez notar nesta dissertação, os estudos e os manuais de saúde que apontam para o efeito espermicida do DIU, pelo cobre, e para a prevenção da fertilidade, mas que há risco de falha contraceptiva, e, de outro lado, discursos de o DIU ser abortivo de um contínuo médico-jurídico-religioso e de retomada, em memória, aos primeiros DIUs (especialmente o *Dalkon Shields*).

Outro discurso que aparece (pela primeira vez nesta pesquisa), mas que também é uma regularidade desse dispositivo aqui analisado, como será possível ver nas entrevistas posteriores, é o de bebês nascendo segurando o DIU ou com este preso a alguma parte de seu corpo: “É um rolinho assim... ‘Ah ... nasceu com um DIU na mão’, tem em capa de revista, né, é... ‘Nasceu com um DIU dentro do pulmão’...”. Esse discurso também se assenta à

possibilidade gestacional, fazendo o uso desse método, e está enraizado aos discursos de risco e de medo que engendram esse dispositivo. Voltarei a falar sobre isso na seção subsequente.

No que diz respeito à sexualidade, em um primeiro momento, a técnica em enfermagem recusou-se a responder uma das perguntas (a relação entre sexualidade e contracepção), demonstrando-se desconfortável, mantendo-se em silêncio. Aleguei não ter problema contrariar-se a falar. Mais ao final da entrevista, fiz outro questionamento, direcionando a pergunta às mulheres lésbicas e bissexuais e o uso de contracepções, e o que os(as) profissionais de enfermagem (abrangendo técnicos/as) pensavam sobre isso. Conservando a brevidade das respostas, disse-me:

Técnica em enfermagem: Em geral... **Eu não vejo esse tipo de público pegar esse tipo de material.** Eles pegam, às vezes, a **camisinha feminina**, muita camisinha feminina, às vezes até está em falta, aí eu digo para ir no posto, porque lá tem. Mas anticoncepcional, essas coisas assim, eu não vejo.

Bianca: Nem para, por exemplo, dores de menstruação...

Técnica em enfermagem: É, aí nesses casos sim. Se for para uma **doença preexistente**, como uma **cólica, um cisto, o ovário policístico**, aí elas vêm pegar. Mas para a relação mesmo, não. Elas vêm por causa de uma doença preexistente no caso.

Logo em seguida, aproveitei para emendar a outra pergunta, resumida assim: “[...] e os homens trans?”. Nada além disso foi respondido: “Não, eu nunca vi!”. Com esses trechos aqui relacionado, comento alguns pontos que podem ser pensados. Primeiro, e de forma breve, anoto a transexualidade, mais uma vez, silenciada, apagada e estigmatizada pelos discursos que sustentam a rede discursiva de saúde pública reprodutiva. Segundo, a partir do uso do “esse”, em “[...] esse tipo de público” como termo desqualificador, faço notar a intensificação da agonística que atravessa o dispositivo DIU que tem a produção da *mulheridade* como sendo cis e hétero, tornando abjeto qualquer outro sujeito fora dessa heterocisnormatividade. Há de se anotar: as “meninas” que frequentam o microespaço não são trans, nem lésbicas, mas, as lésbicas, “esse tipo de público”, “eles” – nas palavras dela – ora buscam a camisinha feminina, ora buscam auxílio médico para o caso de “doença preexistente”. Para além da problematização de se pensar a associação entre a camisinha feminina e as mulheres lésbicas e a “cólica” como uma doença (que demandariam algumas provocações), o que está em jogo no dispositivo DIU é a série que engloba sexualidades (e corpos) dissidentes associados a doenças e à patologização e, ainda, dissociados da possibilidade reprodutiva. E, acrescento, ainda, as “meninas” são universitárias que se confessam, por vezes, com a técnica em enfermagem, buscando serem guiadas.

Na continuidade, dois outros trechos enunciados pela técnica, em diferentes momentos podem ser relacionados. Cito-os. Primeiro, ao falar sobre os que os(as) profissionais de enfermagem pensam sobre o DIU:

Técnica em enfermagem: [...] na Área C, o pessoal só pensa o principal assim... Se eles pudessem, eles colocariam já na consulta da saída da maternidade, como acontece, realmente. Tem saída de maternidade que já há a colocação de DIU. Já tem a colocação de DIU na saída. Porque **mulheres de baixa renda, quando vão pra casa, elas, às vezes, não retornam.** Ou vão retornar depois de 4 meses, 3 meses e isso aí já deu tempo de passar a quarentena... como eles dizem, né, o resguardo. E aí, **quando voltam, já voltam com outro filho na barriga.**

[...]

Segundo, ao dizer o que gostaria de mudar, se pudesse, no pensamento das mulheres, já no final da entrevista:

Técnica em enfermagem: As **pessoas de baixa renda**, né... que elas soubessem que elas têm o SUS à disposição, com materiais e bons profissionais, que isso não é um mito, está lá, que pode se exigir. Porque, se não exigir, se não cutucar, não vai se mexer. Vai ficar parado. “Não, tem que exigir, vamos lá, eu quero, é o meu direito!”. Elas são a parte da sociedade que mais sofre, porque é um dentro e um fora... é um dentro e um fora... e essas é que chegam mais pra gente aqui. Aí, depois, acabam... não querendo colocar o DIU, quando saem da maternidade, ou quando vêm colocar está grávida, vai para a ultrassonografia para ver como é que tá e já um lá dentro... **tem um DIUzinho lá dentro...** Enfim.

Bianca: Por que você acha que elas não vêm colocar, será por falta de informação?

Técnica em enfermagem: Não, **elas saem daqui informadas.** Às vezes, eu acho que é por falta... é... Muitas pessoas vieram de fora pra cá, agora ultimamente, né! Tipo **um êxodo...** Tá ocorrendo tipo um êxodo aqui dentro do nosso país. E o que está acontecendo é que a maioria das mulheres que trabalham, aqui, que eu vejo ultimamente... Vou tirar por uma porção, uma porção de pessoas, que vieram trabalhar aqui e **que vieram do Nordeste e do Norte, que são pessoas que trabalham na faxina, trabalham na manutenção, elas não têm menos que três filhos.** Aí, elas, às vezes, eu abordo... “**Vamos lá... vamos colocar o DIU? Se não daqui a pouco estás com 23 anos e com três filhos. Quando tiver 32, vais ter quantos filhos?**”. E elas dizem “Ah, não, de boa. Não vou colocar isso não. Não sei o que é isso aí não...”. Então, não falta informação. As pessoas que estão vindo, assim... do Norte e do Nordeste... sempre eu sento com elas e converso. **Algumas eu marco ginecologista para, pelo menos, tomar pílula, mas eu morro de medo, porque sei que elas vão esquecer.** Enfim, mais ou menos, isso.

Enunciados, como esses relatados pela entrevistada e grifados por mim, convergem para uma memória desse dispositivo enquanto tecnologia de controle populacional, utilizada como solução para a fertilidade socialmente indesejável (TAKESHITA, 2012). É a partir dessa questão, também, que se pode retomar uma agonística já traçada por Takeshita (2012): a biopolítica do DIU funcionando como uma eugenia negativa, que atua como dispositivo de controle populacional, destinado à restrição da fertilidade de populações carentes, não brancas

e do Sul global; e, ainda, funcionando como uma eugenia positiva que mantém a capacidade reprodutiva da classe média alta e branca de mulheres do Norte global. A essa colocação, em comparação, é possível verificar a regularidade: ainda que o Brasil seja enraizado à lógica colonial, disposto em Sul global, tem, em suas divisões territoriais e relações sociais (não somente), a segregação de sujeitos por raça, gênero e classe, pondo em funcionamento o saber-poder biopolítico atravessado por formas diversas e difusas em diferentes mulheres (como foi retratado nas seções anteriores desta dissertação, no que diz respeito à esterilização em massa). Nesse caso, anoto a polivalência do dispositivo biopolítico DIU: se, para mulheres brancas, em espaço acadêmico, heterossexuais, nulíparas, o DIU carrega discursos, ao mesmo tempo, de escolha que estas fazem e de perigo, de cuidado e de atenção médica, uma vez que põe o corpo e a fertilidade dessas mulheres em risco (associando-as a corpos jovens e saudáveis – “meninas”); para mulheres negras, periféricas, de baixa renda, do Norte e Nordeste do Brasil, trabalhadoras da faxina e da manutenção, o DIU está imbuído ao controle dessa população, colocando suas vidas como sistematicamente negligenciadas.

Para as segundas destas mulheres mencionadas, ainda, os discursos de que o DIU é uma ótima opção para o controle de fertilidade são recorrentes, principalmente quando são mulheres que já têm um ou mais filhos: “Se eles [enfermeiros] pudessem, eles colocariam [o DIU] já na consulta da saída da maternidade”; e “Vamos lá... vamos colocar o DIU? Se não daqui a pouco estás com 23 anos e com três filhos. Quando tiver 32, vais ter quantos filhos?” (enunciados da entrevistada). De modo comparativo, os discursos que permearam as primeiras conferências sobre o DIU, já comentados nas seções anteriores, sustentaram que as mulheres não ocidentais seriam menos instruídas e não teriam motivação suficiente para o uso correto da pílula, não sendo possível confiar nelas. Por isso, o DIU facilitaria o controle dessa população. No discurso da técnica em enfermagem, seus esforços (com marcas incisivas) eram acompanhados de medo, pois, mesmo que as fizesse tomar a pílula, ela sabia que não seria suficiente para a fertilidade delas estar controlada: “Algumas eu marco ginecologista para, pelo menos, tomar pílula, mas eu morro de medo, porque sei que elas vão esquecer”. Ainda que tenha frisado que essas mulheres recebem informações suficientes, em seus enunciados, a técnica em enfermagem não diz quais informações são passadas às mulheres, somente marca falas de convites (com insistência) e de imposição, diríamos, para que essas mulheres coloquem o DIU. Faço notar as seguintes colocações: “Não sei o que é isso aí não...” (a fala de uma das mulheres, narrada pela entrevistada); “Então, não falta informação” (concluiu a entrevistada).

No jogo entre o discursivo e o não discursivo, o dispositivo DIU, nas sociedades de controle, funciona como materialização do biotecnológico que, além de operar as relações de

poder e de saber, engendra as relações de exceção racializada. O funcionamento do dispositivo DIU adensa o racismo biopolítico, “[...] entre o que deve viver e o que deve morrer” (FOUCAULT, 2018 [1976], p. 214), e a precariedade de gênero (BUTLER, 2018), esta que, a partir de práticas normativas, vulnerabiliza vidas, deteriora subjetividades e acumula desigualdades. Takeshita (2012) explica que, apesar de ter havido mudanças éticas em relação ao controle de fertilidade desde os anos 1960 e 1970, as práticas e os discursos permanecem incorporados de coerção e de exploração neocolonialistas de controle de corpos negros, de classe baixa e com baixa escolaridade.

Faço notar, ainda, o seguinte enunciado: “Aí, depois, acabam... não querendo colocar o DIU, quando saem da maternidade, ou quando vêm colocar está grávida, vai para a ultrassonografia para ver como é que tá e já um lá dentro... tem um *DIUzinho lá dentro...*”. Nele, é possível perceber, como defendo nesta pesquisa, a estreita relação entre organismo e máquina, havendo a quebra de fronteiras entre ambos, como assinalou Haraway (2009). Seria, aqui, uma filigrana do controle hibridizado entre natureza, técnica, política e economia, a partir de Preciado (2018), do tecno-corpo construído pelo dispositivo DIU.

Mais adiante, fiz o questionamento do que a entrevistada achava sobre a colocação de DIU poder ser feita por enfermeiros(as). Em similaridade a discursos de profissionais da enfermagem (elencados pela mídia, como já comentado na subseção anterior), a entrevistada disse, brevemente: “Eu acho ótimo. Se ela [a profissional de enfermagem] fizer um curso de especialização. Não um curso, mas, como se diz... uma capacitação... Ótimo! *Vai desafogar os hospitais*, entendeu? Os ginecologistas poderão fazer outras coisas que *sejam um nível mais elevado*”. O tensionamento discursivo observado aqui é que, de um lado, o DIU é um método delicado, como se viu em sua fala, que está associado a riscos e que demanda o saber do médico perito para funcionar e para orientar as mulheres que o aderem, mas, de outro lado, uma capacitação para enfermeiros(as) mostra-se suficiente para “desafogar os hospitais”. Mas que corpos são esses que *afogam* os hospitais? Trata-se, talvez, de um vértice (relevante) entre esses enunciados e os dois últimos trechos comentados: sobre o dispositivo DIU e o controle populacional.

O entrecruzar de discursos que remontam o contínuo médico-jurídico-religioso na fala da entrevistada incide na produção de discursos que engendram o funcionamento do dispositivo microprotético DIU, a partir de pacientes confessoras à pastora, agente da governabilidade da enfermagem.

3.4 A CORPORALIDADE DO/COM O DISPOSITIVO MICROPROTÉTICO DIU

Conforme já aludido anteriormente, foram realizadas entrevistas com 13 mulheres, totalizando quase 17 horas de gravação. Desse modo, em virtude da extensão que compõe o *corpus*, optei por selecionar trechos das entrevistas que apresentaram regularidades discursivas. Após fazer uma breve descrição de cada mulher entrevistada (ainda nesta seção), delinearei, na sequência, quatro subseções, na quais discutirei sobre: (i) os discursos sobre *ser mulher*, pensando na categoria englobante “mulher”, nos entrecruzares de gênero, de classe, de raça, de sexualidade, de regionalidade e de escolaridade e, ainda, na relação disso com as contracepções e com o dispositivo DIU; (ii) os discursos de *emancipação* da pílula e dos hormônios sintéticos para aderir ao dispositivo (*liberógeno*) DIU, pensando nos deslocamentos e atravessamentos entre os dispositivos; (iii) os discursos de relações sociais e familiares como parte do funcionamento do dispositivo DIU, pensando nas recriminações relatadas e, ainda, nos movimentos de alteridade, em que mulheres juntam esforços em prol do movimento de *ginecologia natural*; e (iv) os discursos médicos e da enfermagem – tanto dentro quanto fora do SASC – que operam no controle e na subjetivação do corpo das mulheres, adensando linhas de força que compõem (dentre outros) o dispositivo DIU.

Começo pelo dia 14 de setembro de 2020 em que, no ritmo de rotinas às avessas pela pandemia de COVID-19, fiz, de forma remota (via plataforma *Zoom*), as três primeiras entrevistas com as mulheres participantes. Pouco mais de quatro horas da tarde, conectei-me à participante Sabrina, configurando-se o momento inaugural do encadeamento de entrevistas. Em um somatório de ajustes de microfone e fone de ouvido, de ansiedade, de observação do ambiente privado no enquadramento da tela e do estranhamento da autovisualização, pusemo-nos a conversar, por alguns minutos, sobre a confusão de horários e sobre a vizinhança que tomou o costume de fazer reformas ou reparos, deixando-nos prisioneiras das marteladas.

Seguindo os protocolos estabelecidos no projeto, retomei as questões-chave de como que se daria aquele momento, agradecendo-a pela participação na roda de conversa e manifestando o lamento de ela não ter podido ficar até o fim e não ter conseguido expressar suas experiências. Sabrina demonstrou sentir muito, mas declarou que poder ouvir os relatos de outras mulheres foi bom. Um pequeno sorriso, daquele tipo em que os dentes se escondem entre os lábios, foi o estímulo de Sabrina para que eu desse início às perguntas. Assim, solicitei-lhe que se apresentasse, dizendo-me nome, idade, local de nascimento, cor/etnia e sexualidade. Com 28 anos, nascida no Rio Grande do Sul, Sabrina disse-me considerar-se branca e heterossexual e já contou-me ter graduação e mestrado em Engenharia Mecânica, estando em

doutoramento na mesma área. Após formação na federal do Rio Grande do Sul, a UFRGS, continuou o percurso acadêmico na UFSC. Pedi-lhe para que me contasse mais sobre a carreira acadêmica, e ela dedicou-se, calmamente e por alguns minutos, a descrever-me suas pesquisas na engenharia.

Sabrina foi uma das entrevistadas que não havia realizado consulta no SASC, nem ao menos conhecia o local. Suas consultas com ginecologistas variaram, ao longo dos anos, entre idas a postos do SUS e a clínicas particulares, com uso de convênio. No momento da realização da entrevista, ainda utilizava o anticoncepcional como método contraceptivo: “É o que eu utilizo hoje e que é a minha vontade de parar”, como disse. Seu desejo estava associado, até então, à inserção do DIU. Contudo, estava atravessado, também, por dificuldades no diálogo com membros da família, principalmente, a relação conturbada com a mãe e o medo da opinião dela. O decorrer do diálogo que tivemos se deu entre pausas (por instabilidades de conexão, por trocas de cômodos na casa, por aborrecimentos com as conversas que os pais tinham em outro ambiente e por risadas e questões fora do conteúdo da pesquisa) e respostas breves e comedidas às perguntas, contabilizando menos de uma hora de gravação.

Nesse mesmo dia, Bea, a mais jovem das entrevistadas, 21 anos, autodeclarada branca e bissexual, mostrou-se contida logo no início da nossa conversa. Entretanto, não demorou quase nada para que seu jeito conversador e divertido, já mostrado na roda de conversa, irrompesse. Manteve-se risonha, apesar de a internet oscilar demasiadamente e de contar que voltou a residir na casa dos pais, na cidade natal, Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul, em razão não exclusivamente da pandemia, mas de uma bolsa de pesquisa em um laboratório de que fazia parte ter sofrido corte de verba. A saída para isso foi o distanciamento da região de Florianópolis, mantendo as aulas de graduação em Engenharia Mecânica na UFSC de forma remota, para contar com a ajuda dos pais e encontrar um trabalho ou um estágio na sua cidade.

Bea, ao contrário das demais mulheres participantes da pesquisa, não teve seu corpo e subjetividade administrados e produzidos pelo hormônio da pílula, pelo *artefato farmacopornográfico ingerível*. “Eu nunca cheguei a usar nada hormonal, eu só uso camisinha mesmo. E tava à procura do DIU pra não trabalhar com hormônio” – narrou. Sua família (avó e mãe) tem histórico de trombose, e, por isso, sua mãe achou prudente que a filha fizesse diversos exames. O resultado: “[...] também tenho indícios de trombose no futuro” – ela contou. Iniciar um namoro tornou-se uma emergência para encontrar uma contracepção, e o DIU (tanto o de cobre quanto o Mirena) lhe pareceu uma alternativa para a contenção de possível gravidez, aliada ao uso de camisinha. Contudo, suas narrativas, bem descritas e exemplificadas, marcaram

que sua *saga* pelo DIU ainda estava em andamento, cheia de percalços, de buscas por atendimento médico e, até mesmo, momentos de desistência. A pandemia a fez esperar mais.

Já era noite e passava das oito, desse mesmo dia 14. Aquele horário havia sido reservado exclusivamente para Lis, que me disse que era o único tempo disponível que tinha, já que se dividia entre o cuidado dos filhos (uma filha de 20 anos e um filho de 9 anos), a administração da casa e os estudos e os estágios que realiza na graduação em Letras Português. Lis tem 41 anos, a mais velha entre as entrevistadas, autodeclarou-se branca e heterossexual. Com 20 anos de idade, fez curso técnico em eletrônica e trabalhou nessa área por um tempo. Contudo, em 2014, ingressou em Letras, na UFSC, e, em 2017, pediu transferência para universidade estadual do Rio Grande do Sul. Na seleção de trechos que farei adiante, será possível reparar que Lis se utilizará de conceitos e de leituras da área, inclusive de escritos foucaultianos e feministas.

Com 32 anos, em 2011, Lis fez a inserção do DIU, em um posto de saúde de Porto Alegre. Relatou a mim que não tinha “[...] conhecimento da facilidade do acesso” – em suas palavras – desse contraceptivo. Recebeu a indicação do médico que fazia o acompanhamento pré-natal de sua última gravidez, de que ela poderia colocar o DIU cerca de 30 dias após o parto, no consultório mesmo. Assim que o médico lhe mostrou essa possibilidade, ela me disse: “[...] era só eu dizer sim”, demonstrando uma relação de diálogo com o médico que a assistia. Além dele, uma amiga elogiou o DIU, mostrando-lhe “pontos positivos” e dizendo que “era uma ótima escolha” que Lis estava fazendo. Ao longo da entrevista, sua fala foi se intercalando com relatos de como é vivenciar a experiência da filha com os métodos contraceptivos e de como ela lidou com as idas às consultas médicas com a filha, quando esta era adolescente.

Após uma semana de intervalo, no dia 21 de setembro, as entrevistas foram retomadas, e Carol, de 27 anos, nascida em Chapecó, dispôs-se a me encontrar virtualmente às 16h. Mantendo-se séria, assim como na roda de conversa, conservou respostas curtas, sem muitos detalhes, ao longo da entrevista. Formada na UFSC, em Engenharia Sanitária e Ambiental, Carol teve uma experiência acadêmica proveitosa, realizando intercâmbio pelo Ciências Sem Fronteiras e fazendo estágio desde a primeira fase do curso. Depois de se formar, contou-me dedicar-se, voluntariamente, às atividades de uma ONG voltada para a Engenharia e, também, ao trabalho autônomo.

Fazendo o uso do DIU há mais de três anos, Carol relatou-me que usou a pílula por, aproximadamente, seis anos (mais ou menos, dos 16 aos 22 anos), e que parou de tomar por conta própria essa contracepção que chamou de “veneno”. A indicação de tomar a pílula, feita por uma médica ginecologista (dentre várias com que se consultou), não se restringiu ao início

das relações sexuais, mas à suposição (pois não foi feito nenhum exame de imagem, somente fez o exame de toque) de que Carol tinha endometriose, e que isso seria a justificativa de ela ter dores nas relações com penetração. Assim, para a médica, Carol precisaria tomar a pílula sem qualquer pausa. Além de as dores ainda perdurarem, a entrevistada voltou a dizer o que relatou na roda de conversa: outros problemas irromperam, que, para ela, foram decorrentes dos hormônios da pílula e que foram “[...] coisas mais internas assim, que não é tão visível”.

A próxima entrevistada foi a Pri. Com 32 anos, nascida na capital do Rio de Janeiro, teve sua formação superior toda feita na UFSC: graduação em Biologia, mestrado em Biotecnologia e Biociência, doutorado em Aquicultura e pós-doutorado nesta mesma área, mas recém-iniciado, em 2020. Heterossexual, casada e autodeclarada branca, Pri, assim como Bea, não conseguiu colocar o DIU, vivenciando uma situação que também pasmou as mulheres presentes na roda de conversa. Diferenciando-se de Bea, contudo, Pri contabilizou quase dez anos de ingestão da pílula e, muito embora desejasse colocar o DIU e recebesse a indicação de amigas e de uma enfermeira próxima à família de que esse seria “uma boa opção” de contracepção para ela, depois de experienciar uma situação de dificuldade nas consultas pré-colocação (conforme descreverei adiante), deixou claro que acabou “abandonando a ideia do DIU”, ou do que ainda chamou de “aparelhinho”.

Na noite de 21 de setembro, foi realizada a última entrevista do dia, com Ana, de 33 anos. Muito sorridente e comunicativa, Ana também foi a última das participantes da pesquisa que expôs um pouco de sua trajetória na roda de conversa e fascinou aquelas poucas que continuaram presentes, pois pusemo-nos a conversar por mais uma hora, extrapolando o tempo destinado àquele momento. Na entrevista, que mais pareceu uma brecha de descontração no dia corrido que tivemos, Ana manteve sua postura bem-humorada e a narrativa de si detalhada e contagiante. Depois de me pedir licença para se aconchegar, a entrevistada ajeitou o computador sobre a cama, de modo que seu corpo inteiro ficou centralizado na câmera. Com seu corpo envolto por um roupão branco e com suas pernas debaixo das cobertas, Ana me deu a permissão para que eu iniciasse.

Já no terceiro ano de pós-doutorado, na UFSC, Ana, nascida no Paraná, teve sua carreira acadêmica transitando por diferentes locais: sua graduação foi em Joinville, no curso de Engenharia Ambiental; em seguida, fez mestrado em Engenharia de Processos; e, depois de dar uma pausa de quase dois anos, inscreveu-se no Ciências sem Fronteiras e foi para Portugal fazer o doutorado, retornando para o Brasil em 2017. Detalhou-me que todo o processo de formação acadêmica se deu casada, desde os 20 anos de idade. Ana se casou virgem, como regem os

costumes de sua então religião evangélica, e, por isso, foi fazer uso de contraceptivo poucos meses antes do casamento. Os dez anos de casada foram fazendo uso de contraceptivos hormonais, primeiro a pílula e, depois, já em Portugal, o implante subcutâneo (de duração de três anos). Com o fim do doutorado, com o retorno para o Brasil, com o divórcio e com o afastamento de práticas ligadas à igreja evangélica, Ana viu-se defronte de diversos questionamentos, colocando na balança tudo que viveu. Para ela, parte de toda a reviravolta de sua vida se deu a partir do momento que passou a deixar de fazer uso de hormônios (nos últimos dias em Portugal), desvencilhando do que chamou de “castração química” e buscando sua *natureza cíclica*. Nessa empreitada, Ana disse ter encontrado no DIU uma *libertação*, apesar de, no momento da entrevista, ainda estar em processo de conseguir a tão esperada inserção, conforme descrevei adiante.

O terceiro dia de entrevistas, 23 de setembro, foi começado com Débora, que, talvez por não ter participado da roda de conversa, mostrou-se mais comedida que as demais mulheres. Investi, de início, nas explicações sobre a pesquisa, de modo a tentar afastar qualquer conforto. Provida de simpatia e prezando respostas curtas, Débora começou me dizendo ser natural de Curitiba, autodeclarando-se branca e heterossexual. Demonstrando-se feliz pela nova fase, Débora disse-me que, no mês de maio, havia ingressado no doutorado em Biotecnologia na UFSC. Aliás, toda sua formação superior se deu nessa mesma universidade: graduação e mestrado em Farmácia. Sua felicidade parecia, também, estar concatenada à colocação do DIU, que se deu no “[...] dia 21 do mês passado”. A inserção do DIU ocorreu, para a entrevistada, aos 27 anos de idade, depois de um histórico de uso de pílula, “[...] ininterruptamente por sete anos”, dos 14 anos aos 21, e, depois disso, ficou “numa transição”, variando entre o uso da pílula por meses e o não uso por mais alguns meses, até chegar ao período de “[...] três anos que [...] não tomava mais nada assim de anticoncepcional, só com camisinha mesmo”. Apesar de ter demorado para o colocar o DIU, pensando “[...] que ia demorar horrores” para conseguir fazer a inserção pelo SUS, Débora disse que sua decisão (e não indicação de ginecologista) foi decorrente da busca por *liberdade*, com apoio do seu namorado, também formado em Farmácia, e sem sofrer qualquer recriminação/impedimento de parentes e de profissionais da saúde. O DIU foi inserido em Débora por uma enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e ela nem sequer conheceu o SASC.

Na sequência, a segunda e última entrevistada do dia foi Miriam. Já era noite, e Miriam se conectou à plataforma *Zoom* por celular. Assim como às demais participantes, disse-lhe que ficasse à vontade, e Miriam, da mesma forma que na roda de conversa, preferiu que conversássemos somente por áudio, sem imagens, até mesmo para manter a conexão sem

interferências. Parecendo caminhar pelo cômodo enquanto dialogávamos, Miriam também se serviu de respostas curtas às perguntas que eu lhe fazia. De início, contou-me ser formada em Engenharia Sanitária e Ambiental, estendendo dois anos o curso de graduação, em virtude de um intercâmbio que fez. Com 25 anos, “[...] prestes a fazer 26”, já fazia quase cinco anos que a entrevistada tinha o DIU como contracepção, sendo inserido no SASC, mas acompanhado pela ginecologista particular. A busca pela *liberdade* de Miriam ao controle da pílula teve como principal motivo o progresso na *performance* nos exercícios, visando à melhora estética, já que, a partir das redes sociais, descobriu que os hormônios sintéticos da pílula afetavam o ganho de “[...] massa magra” – massa muscular. Com a fala da entrevistada, será possível verificar, adiante, a retomada de outros aspectos tidos como *libertadores* – também indicados por outras participantes –, mas que assumem caráter estratégico de controle tecnobiopolítico de si.

O quarto dia de entrevistas foi iniciado com ansiedade: Flora e eu só havíamos conversado no processo de marcação da entrevista, e foi bastante sucinto. Eu não sabia muito bem o que esperar dessa entrevista, assim como daquelas em que as entrevistadas não haviam participado da roda de conversa. Não custou muito para que estivéssemos sorrindo, desligando as câmeras após nos queixarmos das falhas de conexão da internet, e para que Flora exteriorizasse sua vontade de falar. Aliás, nos agradecimentos finais da entrevista, desabafou: “Obrigada por me ouvir. Pra mim, é muito importante também falar, porque, como mulher, a gente tem muito medo de falar. Então, quem consegue, tem que ir indo pras outras irem também!”. O tom dessa entrevista, desde as perguntas iniciais, foi não somente de desafogo, mas de protesto. Flora, graduada e mestra em História na UFSC e graduanda, entre idas e vindas, em Letras Português (“[...] é um curso bem pesado”), na mesma universidade, fez ver, em sua narrativa, discursos de erudição que, a todo tempo, problematizaram questões do corpo, de gênero, de família, de contracepções, de sexualidade, por exemplo, refletindo sua formação acadêmica.

Com 28 anos de idade, Flora já trabalhou como produtora de conteúdo de histórias em mídias digitais, como assessora pedagógica e, nos últimos tempos, como professora substituta, eventualmente, “[...] mas o Estado é bem mais precarizado, é bem mais difícil a situação”. Além de apontar o quanto ser professora de história “[...] não é fácil”, disse que, na pandemia, acabou “[...] optando por ficar em casa e só dando seguimento à vida, sem ficar maluca, sem ficar com medo de ter que voltar a dar aula agora”.

Depois de cerca de oito anos, Flora contou que parou de ingerir a pílula e um mês depois já colocou o DIU. Essa entrevistada, valorizando e alongando suas descrições, relatou

suas experiências influenciadas e, por vezes, regidas pelas relações familiares, pelos discursos conservadores e pelas suas práticas de resistência que se deslocam e que se refletem, inclusive, na escolha contraceptiva – e acrescento, na sua sexualidade: “[...] acho que heterossexual, mas ainda não acho que é definitivo”. Apesar de o DIU, assim como para outras mulheres, ter se configurado uma prática de *liberdade*, Flora fez notar embates, em seus discursos, que sustentam o dispositivo DIU. No mais, diferentemente das demais entrevistadas, a experiência de Flora na primeira tentativa de inserção do DIU materializou tanto discursos de *mito* e de *raridade* quanto discursos de *medo* e de *discriminação* do contraceptivo: o DIU fora do lugar.

A próxima entrevistada foi Azaleia, irmã de Miriam. Deixou-nos (a mim e às participantes da roda de conversa) presenciar seu sorriso largo e contagiante pela câmera do celular. No dia da entrevista, conservou tamanha simpatia e, prontamente, pôs-se a contar suas experiências. Com 32 anos, apresentou-se como branca, heterossexual e com “[...] parceiro fixo a mais de um ano já”. Nascida em Florianópolis (tal qual a irmã), mudou-se para Salvador assim que se casou. Após 13 anos usando pílula, foi influenciada pela irmã a migrar para o DIU. Seus discursos, muito similares ao da irmã, fazem notar que esse deslocamento de um contraceptivo para outro não se basta como uma troca, mas que é perpassado pelo jogo discursivo e não discursivo de funcionamento de dispositivo(s). Seguiu a dica de Miriam e aproveitou que estava ainda com matrícula ativa na universidade – Azaleia fez graduação em Agronomia na UFSC – para fazer a inserção também no SASC. Assim como a irmã, a consulta, a inserção e os exames básicos feitos no SASC foram tranquilos, breves e com atendimento médico, descrito por elas, como sendo bom, recebendo explicações sobre o método escolhido e sem qualquer tipo de impedimento. Todo acompanhamento, antes e após o DIU, Azaleia disse fazer em atendimento por plano de saúde.

Na presença (virtual) de tamanha simplicidade e risada vibrante e contagiante, Girassol, que não pôde participar da roda de conversa, deslocou qualquer incômodo que havia por não nos conhecermos. Nascida em Irati, no Paraná, Girassol se mudou para Florianópolis em 2015, para iniciar o mestrado em Engenharia Ambiental (mesma área de sua graduação) na UFSC. O deslocamento de sua cidade natal lhe proporcionou diversas mudanças, e uma delas foi a colocação do DIU. Diferentemente das demais entrevistadas, deixar de tomar a pílula foi uma indicação médica, uma vez que Girassol descobriu ser portadora de uma síndrome rara, a qual lhe mobilizou para a alteração de alguns hábitos, mas o principal: o abandono dos hormônios sintéticos – ingeridos desde muito nova (totalizando oito anos). O reconhecimento de si (sem a tecnoprodução da pílula, da aceitação da menstruação, da busca pela *natureza*) esteve acompanhado da escolha do DIU como contracepção. Em virtude da falta de segurança

que sentia de usar apenas a camisinha em suas relações (“Sou heterossexual! Mais pra hétero! (risada)” – nas palavras dela), Girassol optou pelo DIU, sem hormônios, fazendo a inserção no SASC – “Na época, eles ainda colocavam ali no SASC!”. Já no doutorado em Engenharia Química, Girassol, com 28 anos, feliz com o novo corpo, fez ver na entrevista discursos que sustentam o dispositivo microprotético DIU.

Sigo para a próxima entrevistada. Apesar de já conhecer Lara de outras esferas sociais, esse diálogo sobre contracepções nunca antes havia ocorrido entre nós. Lara, nascida em Santa Bárbara do Sul, no Rio Grande do Sul, também declarou que a mudança que fez para Florianópolis lhe proporcionou independência, percebendo que, antes, “[...] tava muito numa bolha assim”, “[...] num mundo paralelo, digamos assim”. A entrevistada disse que a ideia de substituir a pílula pelo DIU se fortaleceu mais ainda com o deslocamento que fez para Florianópolis, atribuindo, também, ao DIU, a *independência*, acrescentando *liberdade* e *empoderamento* ao seu discurso. Além de mencionar ter vivido durante anos na sua cidade natal, que classificou como pequena e interiorana, com muitas ideias bem machistas, em que “[...] viés feminista ele não é muito bem aceito”, citou, ademais, que, na relação familiar, foi atravessada por discursos e práticas carregados de moralismos religiosos. Em vista disso, suas escolhas concernentes ao controle de fertilidade foram obstaculizadas, principalmente em relação ao DIU – que, dentre outras alusões, esteve associado a um método abortivo. Contudo, o acompanhamento que fazia, por cerca de dez anos, com a mesma médica ginecologista – que também atende a outras integrantes da família de Lara – foi o que mais atravancou seu desejo de colocar o DIU. Formada em Engenharia Civil, a mudança para Florianópolis foi para fazer o mestrado em Infraestrutura e Geotecnia, emendando, em 2017, o ingresso no doutorado na mesma área. Apesar da distância, preferiu manter o atendimento ginecológico com a médica do Rio Grande do Sul. Diante de tanta contrariedade desta, Lara, durante a entrevista, disse que os relatos das mulheres na roda de conversa (a qual “[...] foi fantástica”, em suas palavras) foram o pontapé para que buscasse outro local para inserir o DIU. Apesar da pandemia, contou-me já estar em processo de agendamento de exames no posto de saúde localizado nos arredores da UFSC para colocar o DIU em seguida. Mesmo nunca nem tendo pego um DIU nas mãos (“Nunca nem vi!” – ela disse), afirmou, caçoando da situação: “Eu e o DIU quase dez anos de relacionamento”.

Por fim: Jasmim, a última entrevistada. Na graduação em Letras Português na UFSC, Jasmim e eu realizamos juntas disciplinas e trabalhos do curso, e eu vivenciei, ainda que minimamente, um pouco da experiência dela na posição de mãe na universidade. Jasmim é

natural de São Paulo e, depois de ter feito apenas um ano de Jornalismo e, na sequência, ter se formado em um curso técnico em de Comunicação e *Marketing* na cidade, mudou-se para Florianópolis, e, em 2011, começou a graduação em Letras. Sinalizou que a graduação “[...] foi bem conturbada”, uma vez que, no mesmo ano de ingresso, ficou grávida – tinha 23 anos de idade. Mãe solteira, Jasmim teve que se desdobrar entre o curso, os estágios, os trabalhos extras e a carreira de professora, concluindo a formação em seis anos. Sem uma idade de início dita precisamente, Jasmim contou ter usado pílula como contraceptivo “[...] durante muitos anos da adolescência”, e acrescentou: “[...] aí, eu parei porque eu comecei a ter acesso a informações” relacionadas à camuflagem do ciclo e da menstruação e, principalmente, por ser fumante e os problemas (de circulação, por exemplo – e a trombose aparece aqui novamente) que essa combinação poderia lhe causar. Foi nessa pausa, contudo, que, depois de “[...] muita vacilada assim” (não usando camisinha e recorrendo à pílula do dia seguinte), engravidou. Há dez anos na ilha, atualmente, Jasmim é professora de Língua Portuguesa da rede pública, mestranda em Educação pela UDESC e usa do contraceptivo DIU desde 2019. Em seu relato, deu ênfase, algumas vezes, sobre como o dispositivo DIU funciona para as mulheres que já são mães.

Com a descrição breve dessas mulheres participantes, o que me interessa ler, na primeira subseção adiante é: que mulheres são essas? Ao longo das entrevistas, tanto por conta da minha interferência (ao questionar para grande parte delas: “O que você pensa sobre *ser mulher* e usar contraceptivo?”) quanto por seus relatos serem atravessados por discursos de como é “difícil ser mulher”, conduzi-me à interrogação de que categoria “mulheres” seria essa e a quais mulheres essas entrevistadas se referiam.

3.4.1 *Ser mulher* e os biocódigos de gênero

O gênero do século XXI funciona como um mecanismo abstrato para a subjetivação técnica; ele é conectado, cortado, deslocado, citado, imitado, engolido, injetado, transplantado, digitalizado, copiado, concebido como design, comprado, vendido, modificado, hipotecado, transferido, baixado na internet, aplicado, traduzido, falsificado, fabricado, trocado, dosado, administrado, extraído, contraído, ocultado, negado, renunciado, traído... Ele transmuta.

(PRECIADO, 2018, p. 139)

Um dos objetivos específicos delineados no projeto da presente pesquisa era voltado para a problematização do *ser mulher* na relação com os discursos sobre os direitos reprodutivos e a contracepção, considerando, também, as diferenças implicadas nas formas de vida dos

sujeitos que se autodeclararam mulheres cisgênero e dos sujeitos que se autodeclararam homens transexuais, ambos sendo heterossexuais, bissexuais ou homossexuais. De início, farei a discussão de como o termo “mulher” não é provido de neutralidade e, muito menos, enquadra-se a uma universalização, uma vez que é atravessado por múltiplos vetores que produzem subjetividade: raça, classe, idade, sexualidade, localidade, escolaridade, enfim. Nesse caso, a partir da leitura de De Lauretis (1994), que substitui a noção naturalizada de *mulher* pela de *gênero*, e de Preciado (2018), que pensa na construção farmacopornográfica de gênero, adiante, verificarei os discursos (biotecnológicos) do que chamo de dispositivo microprotético DIU associados à construção de gênero, ou de um tecnogênero ou de um gênero prostético (PRECIADO, 2018).

Diante das análises (das demais seções desta dissertação) e das descrições já feitas de cada uma das entrevistadas, é possível verificar dois pontos que rompem com as propostas estipuladas em projeto para a execução das análises desta pesquisa: a ausência de sujeitos que se autodeclararam homens transexuais; e a ausência de entrevistadas autodeclaradas negras. Como já explicado anteriormente, tanto pelo relato médico (de desconhecimento de pacientes trans) quanto pela pandemia de COVID-19 (que demandou o distanciamento social), a emergência da saúde reprodutiva das pessoas trans foi, estrategicamente, deslocada para uma futura pesquisa. Quanto à segunda ruptura, problematizo essa não existência (essa não cidadania das mulheres negras) marcada pela ausência delas no uso das ferramentas, no uso das políticas, no uso dos programas que o governo oferece. Uma vez que esta pesquisa é atravessada pelo espaço universitário (um dos espaços sociais considerados de prestígio), pelo microespaço SASC, é mister que esse apagamento seja relacionado à quantidade de população negra que tem na universidade (especialmente, a UFSC).

Com a implementação do Programa de Ações Afirmativas (PAA)⁷³ e da Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades (SAAD)⁷⁴, visando à diversidade como parte do tripé constitutivo de ensino, pesquisa e extensão e à perspectiva de educação intercultural e decolonial, a UFSC tem apresentado, nos últimos anos, um movimento crescente de candidaturas de pessoas autodeclaradas pardas e pretas nos processos seletivos, mas é um percentual baixo, e a predominância ainda é de pessoas brancas (ALENCAR, 2018; VON DENTZ; DE SOUZA SATO; VALLE, 2019; UFSC, 2012). Além do mais, a disponibilização de vagas é somente um ponto dentre tantos outros a serem considerados para a garantia da inclusão e da permanência de sujeitos excluídos por questões econômicas, sociais e étnico-raciais nas redes acadêmicas, e Von Dentz, De Souza Sato e Valle (2019) destacam uma ambiguidade: de um lado, os resultados positivos com as políticas pública implementadas existem; mas, de outro lado, há pouca agilidade do poder público e das instituições para a criação de cursos no período noturno, para a ampliação de vagas em graduações mais procuradas, para a criação de programas que fomentem o acesso de trabalhadores alunos e para a implementação de programas de permanência daqueles que ingressaram nas universidades públicas. Nos programas de pós-graduação da UFSC, ademais, somente em 27 de outubro de 2020, foi aprovada, pelo Conselho Universitário, a Resolução Normativa N° 145/2020/CUN que regulamenta a Política de Ações Afirmativas para negros, indígenas, pessoas com deficiência e outras categorias de vulnerabilidade social nesses cursos, tanto *lato sensu* (especialização) quanto *stricto sensu* (mestrado e doutorado) (UFSC, 2020).

À medida que as mulheres negras são açambarcadas não somente por questões de gênero – a representação por gênero entre discentes na UFSC, aliás, apresenta certo equilíbrio

⁷³ Criado em 2008, pelo Conselho o Universitário da UFSC, o PAA desenvolve ações com a perspectiva de promover valores democráticos, respeitando as diferenças e a diversidade socioeconômica e étnico-racial, através da preparação e divulgação do acesso, do acesso aos seus cursos de graduação, da permanência, do acompanhamento de egressos e do aumento de vagas e de cursos noturnos na universidade. Com ele, foi instituída a destinação de vagas aos cursos de graduação com a configuração de 20% (vinte por cento) para candidatos que tenham cursado integralmente o Ensino Fundamental e Médio em instituições públicas de ensino; e de 10% (dez por cento) para candidatos autodeclarados negros, que tenham cursado integralmente o Ensino Fundamental e Médio em instituições públicas de ensino. Além dessas vagas, criaram-se vagas suplementares para estudantes indígenas (UFSC, 2012). Assinalo para que somente em 2012, com a aprovação da Lei Federal de Cotas nº12.711, tornou-se obrigatório que todas as instituições de ensino federais (escolas técnicas, institutos e universidades) reservasse vagas para estudantes de escolas públicas.

⁷⁴ Em 2016, essa secretaria foi criada como “[...] órgão executivo central, integrante da administração superior universitária, com o objetivo de auxiliar o gabinete da reitoria a propor, implementar, consolidar e monitorar políticas de ações afirmativas e diversidades no âmbito da UFSC, com intuito de contribuir na concretização e no fortalecimento de seu papel social” (ALENCAR, 2018, p. 1). O que impulsionou a implantação dessa secretaria foram os episódios ligados à “[...] fragilidade e a não eficácia na seleção para a população indígena, a ausência de setor específico para tratar as questões de gênero e às fraudes nos processos de auto-declaração de negros/as e pardos [...]” (ALENCAR, 2018, p. 4). Nesse aspecto, a SAAD acompanha a inclusão de políticas voltadas para grupos específicos: indígenas, mulheres, LGBTT+ e negros(as).

quantitativo (ALENCAR, 2018), conforme voltarei a falar em seguida –, mas de raça e de classe social. Dito isso, faço notar que, apesar de haver implementações de políticas de inserção de mulheres negras na UFSC – ou da propaganda – e da ascendência dessas pessoas nesses espaços, nesta pesquisa (embora seja de amplitude reduzida), parece haver um reflexo não somente dessa sub-representação da população negra nos espaços acadêmicos, como também de que essas mulheres não acionam os serviços de saúde, sendo que, em sua grande maioria, são desfavorecidas e são a população-chave dessas políticas públicas. Acrescento, ainda, de modo a supor e a fazer relação com as regularidades do dispositivo DIU, que as mulheres negras, universitárias, não acessam o método contraceptivo DIU da mesma forma que as mulheres brancas, à medida que os próprios movimentos de eugenia e de controle populacional são exemplos seja de privilégio de fertilidade de mulheres brancas de classe alta e média, seja de precarização e de exclusão da capacidade reprodutiva de mulheres de cor, de classes baixas e do Sul global (TAKESHITA, 2012).

A partir da leitura que faço de Donna Haraway (2009) e de Paul Preciado (2018) e das análises feitas até o momento nesta pesquisa, entendo que o dispositivo microprotético DIU tem seu funcionamento adensado ao elemento material-semiótico (como dispositivo em contato com o corpo, como discurso, como máquina, como substância de plástico e cobre) na formação dos discursos ocidentais hegemônicos de raça (e de sexualidade – que retomarei ainda) que prezam obcecadamente a linhagem, a pureza da raça, a separação dos sexos e o controle de gênero. Além da tecnologia de raça, as tecnologias de gênero e de sexualidade, que são “[...] verdadeiros fatores econômicos e políticos do farmacopornismo” (PRECIADO, 2018, p. 111), serão verificadas nos discursos de algumas das participantes – em que suas subjetividades estarão a todo momento fazendo ver o funcionamento de disputa do tecnobiodiscursivo.

Dentre diversos discursos e trechos selecionados das entrevistas, trago para esta seção apenas a fala de cinco mulheres, de modo a problematizar o uso de expressão *ser mulher* (enquanto categoria) que fazem para a construção de si, sobretudo associado às tecnologias biomoleculares e protéticas, e a construção de gênero. A primeira entrevistada, Sabrina, respondendo a uma das perguntas que compuseram o roteiro de entrevista, expressou sua opinião sobre *ser mulher*, colocando que “[...] a gente já nasce *carregando um fardo* maior do que os homens, a gente já tem que sempre fazer as coisas com maior excelência, ter maior destaque, pra realmente... em muitas áreas, né, em outras mais ainda...”. Na sequência, disse ainda, que “[...] *ser mulher hoje é uma revolução constante, é até um ato de resistência. É tentar sempre mostrar o nosso valor e lutar pelos nossos direitos, para termos direitos iguais*”. Seus

discursos, como se pode ver, a todo momento, retomam uma memória alimentada por discursos feministas, em que “fardo”, “revolução”, “resistência” e “nossos direitos” são termos que refletem tanto as pautas feministas e dos movimentos de mulheres quanto sua formação em ensino superior, problematizando questões políticas. Na sequência, ao relacionar esses argumentos ao uso de contracepções, Sabrina desabafou:

Hoje, infelizmente, nós só temos métodos em que a mulher é a **cobaia**, né? **Nós não temos métodos contraceptivos que possam ser ingeridos ou um dispositivo inserido no homem.** Então, é só com a mulher. [...] Eu acho que, se eu tenho como me cuidar, porque hoje eu não tenho o desejo de ser mãe e nem tenho uma relação fixa nem nada, eu acho que **é o meu dever** para mim mesma, sabe? Não para a sociedade ou para outra pessoa. Porque é algo que eu acredito e eu acho que **é algo certo para eu fazer.** [...] Então, saber que eu faço aquilo que eu quero, com o meu corpo, **porque o corpo é meu.** [...]

Nos primeiros enunciados desse excerto de sua fala, Sabrina resgatou a memória de que o corpo das mulheres é “cobaia”, não havendo “[...] métodos contraceptivos que possam ser ingeridos ou um dispositivo inserido no homem”. Para além de pensar a relação dos termos “ingerido” e “inserido” (que figuram a construção do tecnocorpo e que atravessam os dispositivos aqui discutidos), vou à explanação de Preciado (2018, p. 247), para quem o feminismo poderia ter se direcionado para as pautas de gestão do corpo dos homens cis e poderia ter declarado, como interesse internacional, “[...] a castração, a homossexualidade masculina, o uso obrigatório de preservativo, a obstrução dos canais seminais, a administração generalizada do Androcur (que diminui a produção de testosterona nos homens cis) etc.”, mas não: “[...] o feminismo liberal fez um pacto com o regime farmacopornográfico”.

Nesse mesmo trecho da resposta de Sabrina, seus discursos de ter o “dever” e achar que “é algo certo a fazer”, já que o corpo é dela, materializam a modificação que os métodos contraceptivos (em especial os considerados mais seguros, em relação à taxa de eficiência, de acordo com sua fala em outros trechos) engendram no modo de ser sujeito – fazendo alusão aos escritos de Foucault (2017 [1976]). O cuidado de si está, também, articulado ao corpo tecnobiodiscursivo das mulheres e a relação destas com os métodos contraceptivos – conforme voltarei a discutir adiante. Faço notar, mais uma vez, o quanto seus enunciados carregam e sustentam a memória de discursos e de práticas feministas e de movimentos de mulheres e potencializa os discursos de construção e de invenção de subjetividades e de uma biofeminilidade. Ainda acrescento: o discurso de “o corpo é meu”, associado, por vezes, à *segunda onda* do feminismo é, também, uma regularidade discursiva que permeia as falas de muitas das entrevistadas, o que aponta para, dentre tantas problematizações, a instabilidade de se pensar em divisão por “ondas” (muito já problematizado nos campos dos estudos feministas

e de gênero) e, também, a complexidade dispersiva pela qual os discursos são constituídos (FOUCAULT, 2016 [1969]).

Para Flora, a existência das mulheres acaba sendo injusta, pois são elas que, “[...] desde muito cedo”, têm “[...] essa preocupação”, têm “[...] a responsabilidade muito grande”, assim como já apontado por Sabrina. Contudo, na continuidade de sua resposta, fez notar uma memória discursiva de uma abordagem feminista radical:

Na última vez que eu menstruei, aqui, eu olhei pro meu namorado e falei, “Ah, você devia viver um dia desse pra mim, um dia do mês”, porque a gente já tem tanta carga, né, de... de... social já. Então, eu acho, acho **foda ser a mulher que tem que lidar com isso**. Porque, se você perguntar prum cara, ele não sabe, ele não se importa, às vezes, ele nem sabe o que que a menina usa pra se proteger, né, além da camisinha, quando usa. Então, **eu acho bem desigual essa relação**, até porque a gente fica fértil só um período pequeno, né. O homem é fértil... é um potencial pai o tempo inteiro!

Em sua fala, há enunciados que reforçam a subordinação das mulheres, o que McLaren (2016) explica que é alvo de todas as teorias feministas traçar estratégias para cumprir a meta de libertar as mulheres dessa subordinação. Contudo, o discurso de Flora, em “[...] foda ser mulher que tem que lidar com isso” e “[...] eu acho bem desigual essa relação” parece retomar um feminismo radical mais antigo, que, focalizando-se nas diferenças entre homens e mulheres, via a capacidade de as mulheres gerarem filhos “[...] como um possível impedimento à sua libertação completa” (McLaren, 2016, p. 18) – diferentemente das feministas radicais posteriores, que celebram a capacidade reprodutiva.

Bea argumentou, também, com o enunciado de “nosso corpo”, para falar da insatisfação que sente ao ver que a “responsabilidade” nas relações acaba sendo *da mulher*, do “papel da mulher”, não somente para a prevenção à gravidez, mas também para a prevenção de “DSTs”. Segue sua fala:

[...] É a questão dos homens também perceberem que se tratando da questão **do nosso corpo** a gente enfrenta mais coisas do que eles. Então, assim, eles também têm **responsabilidade** sobre qualquer coisa, que **não é papel da mulher tudo o que acontece numa relação**. Seja transmissão de DST, que precisa ser avisada, ou seja a concepção de um filho.

Com isso dito, Bea acrescentou que o uso de contraceptivo se configura como “independência” e “liberdade” (“[...] uso do contraceptivo é uma questão muito de *independência* nossa”; “[...] o contraceptivo é uma liberdade para nós”; “[...] é a questão de tu poder *se sentir livre*”). Contudo, nesses enunciados, Bea faz notar duas agonísticas (que se entrecruzam), dando ênfase para sua área de estudos acadêmicos e de atuação profissional – a

engenharia: a *liberdade* das mulheres e a seguridade das empresas no regime neoliberal; e, ainda, a *liberdade* das mulheres e o compromisso de “seguir umas regrinhas”.

O uso do contraceptivo é uma questão muito de independência nossa, porque não precisa a gente estar sentindo na pele, é só a gente ver os fatos históricos para perceber, atualmente, o perfil de trabalho, **principalmente na engenharia**, a gente vê isso frequentemente: **como ser mulher nesse meio**, às vezes, é visto como “Ah, meu deus, em algum momento ela vai ter filho e vai me trazer prejuízo, a gente vai ter que deixar ela parada... e não sei o quê...”, e é sempre essa história. Então, o **contraceptivo é uma liberdade para nós** e, às vezes, por mais ridículo que seja e por mais que não deveria ter esse pensamento, **mas é uma seguridade deles também, deles no sentido capitalista**, né... no sentido de empresas. Mas é uma coisa que te faz se sentir bem porque tu tem menos preocupações.

[...] **É uma questão de liberdade** e, talvez, ser mulher hoje, no lugar que a gente tá, no lugar que a gente vive, ela ainda é uma barreira muito... não rebaixada, mas a gente é [...] Subestimada! Pela questão de que “Ah, ela é mulher, ela faz menos, ela tem menos força, ela tem menos foco!”. A gente se vê como sendo mais fraca, principalmente, ao menos, no lugar onde eu tô que é cheio de homem.

[...] é a questão de **tu poder se sentir livre**, é a questão também de tu não ter a preocupação não só de gravidez, mas de usar a camisinha e não ter DSTs e da prevenção de tu saber que tem um jeito de prevenir e que, se **tu seguir ali as regrinhas**, seja de qual contraceptivo tu tiver usando, e **manter o cuidado** é um jeito de garantir, nem sempre 100%, mas que tu não vai ter **um empecilho** na tua vida que **pode atrapalhar os teus planos**.

No início desse trecho selecionado, as ambiguidades mencionadas se fazem presentes, em imbricação. As enunciações de Bea podem ser problematizadas, em que se pese a uma governamentalidade (FOUCAULT, 2008 [1979]), no que diz respeito à produção de subjetividade das mulheres no neoliberalismo – a entrevistada fala em capitalismo –, a partir da estratégia de programação das atividades dos indivíduos – a nova racionalidade social explicada por Pierre Dardot e Christian Laval (2016) –, em que o sujeito se constitui como empresa. No caso, para as mulheres serem *empresárias de si mesmas*, serem autônomas, terem uma posição de liberdade (BROWN, 2015; PELEGRINI, 2019), precisam fazer o uso de contraceptivos, mas precisam seguir “[...] ali as regrinhas” e “manter o cuidado” das técnicas disciplinares e biopolíticas, para não “ter um empecilho” e “atrapalhar os [...] planos” – essa discussão, aliás, voltará a se fazer muito presente na próxima subseção. Nesse ínterim, há de se anotar o modo particular de sujeição da governabilidade neoliberal. Trago Preciado (2018, p. 111) para a leitura, para marcar que a construção de subjetividades aqui estaria impingida “[...] às novas técnicas farmacopornográficas do biocapitalismo de produção de gênero simultaneamente invasivas, íntimas, tóxicas, de alta tecnologia e mutiladoras”.

Como já foi possível perceber no início desta seção, muitas entrevistadas fazem parte de cursos da área de Engenharia e, inclusive, recorreram a discursos similares ao de Bea no que diz respeito às dificuldades de serem mulheres não somente em cursos de exatas, mas de cursos

superiores em geral. Recorro ao artigo de Alencar (2018, p. 7) novamente, a qual diz que a “[...] a universidade se insere no processo social criando e/ou reproduzindo reflexões e práticas relacionadas a (des)igualdade de gênero”. A UFSC, em especial, numericamente, apresenta um equilíbrio de representação de gênero entre os discentes, “[...] embora haja significativa concentração masculina ou feminina em áreas específicas do conhecimento”. Ou seja, nos cursos de tecnologia e nos campus do interior do estado de Santa Catarina, predomina-se a presença de estudantes homens, ao passo que, nos cursos de educação e de saúde, há mais mulheres. Alencar (2018) cita, ainda, que medidas para o enfrentamento à violência contra as mulheres e fobias de gênero começaram a ser articuladas, pois é uma realidade. Para além da problematização da binaridade de gênero impressa na tecnologia de governo biopolítico que são as estatísticas, direcionei essa discussão para cá de modo a, mais uma vez, colocar em questionamento a expressão de categorização “ser mulher” nos discursos das entrevistadas, que, ora recorrem à violência e à discriminação pelas quais são perpassadas, ora materializam o nível de escolaridade – categoria esta que também atravessa o dispositivo DIU em regularidades analíticas que correlacionam raça, escolaridade (e acesso à informação) e *liberdade* de escolha contraceptiva.

Além disso, muitas das entrevistadas afirmaram estar conscientes de que, no local em que vivem, nas proximidades da UFSC – várias retomando a diferença do local onde nasceram –, a região central de Florianópolis, as políticas públicas têm mais alcance, as condições dos postos de saúde e dos hospitais são mais adequadas às normativas públicas (municipais, estaduais e nacionais), enfim, o que, também, pode-se pensar como um atravessamento à construção da subjetividade dessas entrevistadas e do acesso que elas têm às políticas públicas voltadas para as mulheres.

Dou continuidade a alguns trechos das entrevistas. Pri também fez a associação entre *ser mulher* e usar contracepção como “uma coisa muito importante”, “um ganho”, “uma conquista”, de “independência das mulheres”, positivando a ideia de que “mulher não serve só para ser mãe e reproduzir”. Mas Pri acrescentou um enunciado: “Não só pela questão da mulher poder tomar as próprias decisões, mas pela questão de saúde pública, de controle de natalidade, também”, retomando a governamentalidade do controle biopolítico. Disse, ainda, que há uns “poréns” em relação à independência das mulheres proporcionada pelas contracepções, a exemplo da pílula, que é uma contracepção que ela não se “[...] sentiria mais à vontade tomando” – e que entrarei em detalhes na próxima subseção. Associado a esses enunciados de independência e de “poréns” ditos por Pri, Carol comentou que as contracepções

proporcionaram às mulheres “[...] uma liberdade muito grande de escolha [...] mas, ao mesmo tempo, carrega aquela responsabilidade de que é só a mulher que tem que se proteger”. Na sequência, expressou-se com outras palavras: “[...] é uma libertação, mas, ao mesmo tempo, acaba sendo uma prisão, assim... em alguns aspectos, né, que a culpa vai recair sempre na mulher [...]”.

Apesar de esses discursos – que, em embate, mencionam *liberdade*, ao mesmo tempo que apresentam técnicas de controle biopolítico – serem recorrentes associados ao dispositivo DIU, como será possível observar adiante, importa que eu considere, aqui, a construção do gênero farmacopornográfico – em diálogo com Preciado (2018). Para o autor, o gênero farmacopornográfico “[...] não pode ser reduzido a uma performance” (PRECIADO, 2018, p. 127). Ou seja, diante da noção de gênero de Butler, a qual considerou gênero “[...] não mais como uma essência ou uma verdade psicológica, mas como uma prática discursiva, corporal e performativa por meio da qual o sujeito adquire inteligibilidade e social e reconhecimento político” (PRECIADO, 2018, p. 121), o autor diz haver uma ruptura que não é excludente, descontinuada ou a passagem de um paradigma a para outro, mas sim a “[...] superposição de camadas por meio da qual diferentes técnicas de produção e gestão da vida são interligadas e sobrepostas” (PRECIADO, 2018, p. 124). A certeza das entrevistadas nos seus discursos de serem mulheres, como é possível observar, “[...] é uma bioficção somatopolítica produzida por um conjunto de tecnologias do corpo, técnicas farmacológicas e audiovisuais que determinam e definem o alcance das [...] potencialidades somáticas e funcionam como próteses de subjetivação” (PRECIADO, 2018, p. 127).

Por sua vez, a sexualidade, como já foi possível observar no decorrer desta dissertação, também atravessa a construção do *ser mulher*, de forma que o dispositivo da sexualidade se entrecruza e se desloca no funcionamento de dispositivos outros, marcando inscrições híbridas, que deixam em suspenso o isolamento de categorias, como a própria categoria *mulher*. Ao longo das entrevistas, pude perceber que, quando questionadas a respeito da sexualidade associada ao uso de contracepções – com exceção de duas mulheres que se autodeclararam bissexuais –, suas respostas direcionaram-se: tanto aos discursos de distanciamento, não reconhecimento desses corpos e, ainda, curiosidade; quanto aos discursos de doença (no caso, infecções), de risco e de cuidado. Mesmo que, conforme será possível ver adiante nas próximas subseções, os métodos contraceptivos hormonais fossem citados pelas mulheres para outros fins, como o controle do sangramento (a falsa menstruação ou a interrupção dela), a amenização de cólicas, a amenização de sintomas de doenças como a endometriose, o controle hormonal para a melhoria estética de pele e de cabelo, por exemplo – ou seja, não somente para o controle de

fertilidade –, a maioria dos discursos delas a respeito de sexualidades foram voltados para a importância de evitar ISTs. Das leituras possíveis, aponto para o esquecimento, a estigmatização e a patologização dos corpos dissidentes à heteronormatividade e, ainda, a positividade desta.

Com isso dito, exponho um trecho do relato de Jasmim, uma das mulheres autodeclaradas bissexuais, para continuar com a discussão:

Aí, sobre a questão da sexualidade, **eu sou tida como hétera**, então... hétero... e, então, eles acabam **não considerando a bissexualidade**, né (risada). Você vai lá e você, “**Ah, tem relações com homens!** Vai fazer preventivo!”, “**Tem DIU, então é hétero!**”. Então, acabo sendo **lida heterossexual e nem chego a falar** sobre bissexualidade no atendimento de saúde.

Jasmim faz notar, de um lado, que a invasão da tecnologia sobre a vida (a tecnovida), estrategicamente, separa corpos e vidas consideradas menos humanas – já que ela, antes desse trecho, disse mentir ou, nessa fala, descreve “nem chego a falar sobre bissexualidade” –, e, de outro lado, a produção de mulheridade cis e hétero e a valorização destas com fins reprodutivos associada ao funcionamento do dispositivo DIU.

A artificialidade dos papéis e das identidades de gênero, do regime sexo-gênero farmacopornográfico, em que o “[...] regime heterossexual dimórfico ‘de portadores de esperma e óvulos’ se torna sem sentido” (PRECIADO, 2018, p. 115, grifos do autor), estará em constante funcionamento na proliferação de discursos e de práticas – analisados nas próximas subseções – que engendram o dispositivo microprotético DIU e outros dispositivos (como o da pílula anticoncepcional).

3.4.2 A resistência ao controle microfísico da pílula e o desejo pelo dispositivo *liberógeno* DIU

As discussões feitas, nesta subseção, irão se deter às regularidades discursivas encontradas nos relatos das entrevistadas no que concerne ao deslocamento (já aludido outras vezes nesta dissertação) do uso da pílula, tido como padrão (e ainda em funcionamento), passando a ser considerado sinônimo de corpo não natural, para a inserção (ou o desejo) do contraceptivo DIU, em substituição, produzindo efeitos de *liberdade* e/ou de *natureza*. Contudo, em seus discursos, será possível ver a constante ressonância da pílula em relação ao DIU e, ainda, os discursos e as práticas que engendram o dispositivo DIU e seu caráter *liberógeno*.

Como já mencionei, Sabrina é uma das entrevistadas que ainda fazia o uso do anticoncepcional, no momento da pesquisa: “Eu uso ele, assim, direto, desde os meus 20 anos, 19 anos. Já faz uns 10 anos” – fez os cálculos, expressando certo desgosto. Ao descrever sua experiência com o uso da pílula e as alterações que via no seu corpo, pareceu ainda ter dúvidas em relação às suas escolhas, pois disse não ter sentido “nenhuma diferença” no corpo, “nenhuma diferença no humor” ou outras questões que muitas mulheres pontuam. Continuou dizendo que a pílula a fez ficar com um “ciclo” menor: “Antes eu tinha um ciclo de 7 dias, hoje eu tenho de 5, 6”. Contudo, disse ter começado a ler mais sobre o assunto e a escutar histórias de outras mulheres, “[...] sobre o quanto o anticoncepcional fez mal na vida delas” e conduziu-se a refletir:

[...] eu fiquei me perguntando, né... Eu, hoje, não vi nenhuma diferença no meu corpo, mas será... é porque eu uso há muito tempo, então, “como será que realmente meu corpo reage sem ele?”. Então, eu decidi parar por conta própria mesmo, né, e fiz um teste de 3 meses.

O teste sem hormônios da pílula que fez proporcionou sentir algumas mudanças no corpo. Apesar de o desconforto das cólicas ter dado as caras (mas nada que a fizesse ficar deitada, sem fazer suas atividades rotineiras) e de ter passado a identificar (ainda com dificuldades e tendo que buscar informações entre amigas, conhecidas e desconhecidas nas redes) os períodos de ovulação (também com dores), Sabrina mostrou-se surpresa com duas descobertas:

Ah... Nunca tive problema, achava que a **minha libido** era ok, que a **minha lubrificação** era ok, mas, depois que eu parei de tomar anticoncepcional, eu vi que era muito maior do que eu imaginava.

Embora a libido e a lubrificação tenham se mostrado mais perceptíveis, classificando-as como “[...] todos esses benefícios”, Sabrina retornou, novamente, ao controle do *panóptico ingerível* por acreditar tanto na possibilidade de autocontrole quanto na imitação do processo biológico que a pílula produz do ciclo menstrual (PRECIADO, 2018), já aludido nesta dissertação anteriormente, tendo seu período de sangramento (não de menstruação) reduzido, com fluxo menor.

[...] não existia isso, assim, sabe? Então, eu resolvi voltar a fazer o uso do anticoncepcional. Hoje, eu posso dizer que eu **já fiz um pouco as pazes com a minha menstruação**. Então, já não emendo mais o meu anticoncepcional como eu fazia antes, sabe? Eu tento deixar o mais natural possível, né.

Nesse trecho de sua fala, ainda é possível perceber seu esforço de ir ao encontro do movimento das adeptas ao DIU, que têm seus discursos de “pazes com a menstruação”. Sua

tática inicial estava sendo não emendar mais as cartelas, acreditando ser o sangramento semelhante à menstruação e, por isso, esta não seria ruim. Seu esforço de “[...] deixar o mais *natural* possível” ainda estava condicionado à ficção que a pílula proporciona, à “[...] imitação técnica da própria materialidade do ser vivo” (PRECIADO, 2018, p. 205). Em outro trecho, é possível verificar a regularidade de sua fala, pois: retomou o quanto se sente confortável usando a pílula, mesmo acreditando que o rompimento seja benéfico, acrescentando ter tido medo da mudança; e falou de sua visão sobre sua suposta menstruação, mas complementou com o uso outras tecnologias (o coletor menstrual e as calcinhas absorventes) no lugar dos absorventes descartáveis, ambos (como aparecerá com frequência em outros relatos) também são relacionados à construção de “corpo saudável” e à subjetivação técnica de gênero (PRECIADO, 2018) e da produção tecnodiscursiva das corporalidades.

Hoje, pra mim, **é muito confortável usar o anticoncepcional**. Apesar de saber dos malefícios que ele me traz, de saber que eu **posso ter uma boa vida não tomando ele**, sabe? E que hoje... antes eu ficava muito estressada, muito irritada em estar menstruada. Até porque eu tenho alergias a alguns absorventes descartáveis, né. Então, saber que eu vou ficar menstruada e talvez escolher um absorvente que fosse me dar uma alergia, eu já não queria ficar menstruada. Então, hoje **eu já tenho o coletor e tenho as calcinhas absorventes**. Então, **a minha vida já mudou, só de usar isso eu já sou uma pessoa em paz com a minha menstruação**. Então, eu acho que agora só falta ir atrás mesmo, sabe? Esse **meu medo** é sair da minha zona de conforto mesmo.

O discurso de resgate da natureza, sem a ingestão de hormônios sintéticos, ganha outro efeito: a transformação de si para a (re)construção de sua subjetividade que converge com discursos de *feminilidade* e de *mulheridade* (como se pode ver no trecho adiante), estando estes associados à felicidade. Sabrina relatou sobre o DIU:

De não ter hormônio e tu ter um contato contigo mesma, com o teu feminino assim, eu acho que te desperta mais como mulher. Tu saber que é tu na tua essência, sabe? Que tu não precisa colocar alguma coisa dentro de ti, como o hormônio, que tu pode viver com o DIU, por exemplo.

[...]

E mudar, também, aquele pensamento de que a gente precisa do hormônio, do anticoncepcional, para se prevenir de uma gravidez e **pra ser feliz**, sabe?

Nesse trecho de sua fala, faço notar uma agonística (que se fará presente em outras narrativas): a relação do visível e do não visível que coloca essas duas técnicas de contracepção (a pílula e o DIU) em constantes encontros e deslocamentos entre si. Essa relação tem seu funcionamento dentro do corpo, contudo entre: a prática do autocontrole e do que é visível (fazer a ingestão diariamente de cápsulas da cartela da pílula); e a prática de uma única inserção,

feita por outro sujeito, que torna a presença invisível e, ainda, parte do corpo – “viver com o DIU”, como Sabrina descreveu.

Diferentemente de Sabrina (e das outras mulheres da presente pesquisa) a entrevistada Bea, por sua vez, conforme já descrevi, não fez ingestão da pílula e não teve seu corpo administrado farmacobiologicamente – por descobrir, com antecedência, a trombofilia familiar. Já que, segundo ela, suas relações sexuais acontecem fazendo o uso exclusivo de camisinha (tão somente a masculina), Bea contou que “quase nunca” marca consultas com ginecologista-obstetra, e isso só foi acontecer quando “[...] estava pensando em colocar o DIU” – fazendo notar a regularidade do dispositivo DIU do controle do perito. Apesar disso, a tecnologia da feminilidade microprotética lhe foi oferecida tanto como promessa de libertação sexual quanto como controle cosmético, marcando essa necessidade de Bea precisar se docilizar e se produzir a partir de sua relação com esses dispositivos, seja a pílula, seja o DIU. Na sequência, a entrevistada complementou, dizendo que se achava muito nova⁷⁵ para tomar a pílula: “[...] apenas por motivos de pele, que foi um dos motivos de terem me receitado o anticoncepcional”.

Mesmo que entre suas familiares e colegas utilizassem a pílula – “[...] minha dinda utilizava, a minha avó antes utilizava, a minha mãe utilizava, todo mundo que eu conhecia na escola, depois de um tempo, também já usava” – por motivos que não somente contraceptivo, mas “por questão hormonal” e “por pele, enfim, ou por questões mais estéticas e de conforto”, dizendo não parecer haver recriminação quanto a esse uso, Bea, por não poder controlar a fertilidade com uso de hormônios, começou a “estudar a questão do DIU”. Ela tratou de frisar que nenhum ginecologista com quem se consultou havia lhe oferecido o DIU, somente pílulas com hormônios diferentes do trombogênico, e que o conhecimento do DIU se deu através de sua mãe. Por ser “inviável” o uso do DIU Mirena, por conta do valor, seu medo foi aderir ao DIU de cobre e ter suas cólicas pioradas. O aumento de fluxo, que também lhe foi avisado como possível alteração com o uso do DIU de cobre, pelo contrário, não lhe causou preocupação, já que sempre “[...] foi uma coisa bem natural” para ela, pois já “[...] estava bem acostumada” e, há poucos meses, fazia o uso de calcinha menstrual, o que lhe dava mais tranquilidade com sua menstruação. Aqui, aponto para, mais uma vez, a necessidade de afirmar a aceitação da própria menstruação, da ideia de natureza, como parte do dispositivo DIU e a adoção de tecnologias (como as calcinhas menstruais) para melhor acostumar-se a viver com seu ciclo.

⁷⁵ Essa questão da idade, aliás, voltará a se fazer presente em seu discurso, conforme delinearei na próxima subseção.

A relação de Lis com a pílula, para além dos hormônios, mostrou-se um empecilho, por não ser “[...] muito regrada”. Ela comentou:

Eu nunca fui **muito regrada**, na realidade. Os meus dois filhos **não foram planejados**, eles foram de situações... **de susto** mesmo. O único que eu já tinha usado antes era o comprimido... Mas eu não sou uma pessoa que nenhum tipo de medicamento eu sô... como é que se fala quando você...? **Eu não sou regrada!** Então, **por isso eu tô muito faceira e muito feliz com o meu DIU**, porque **eu não preciso me preocupar com ele, ele tá ali. Eu, às vezes, faço exames para ver se está tudo ok**, mas é isso. Eu não preciso lembrar de todo dia tomar ou de mês em mês ir lá fazer injeção ou trocar o adesivo, essas coisas.

[...]

O que me motivou a escolher o DIU **foi a facilidade do implante dele no corpo, a rapidez com que isso se deu e a estabilidade do uso**. Eu vou trocar ele ano que vem, porque são 10 anos. Então, pra mim, essa foi a melhor escolha.

Descrivendo como um “susto” ter tido os dois filhos, pois foram gravidezes sem *planejamento*, Lis faz notar a regularidade discursiva que apregoa o dispositivo anticoncepcional: a necessidade de regramento, de disciplina do próprio sujeito. Mais uma vez, a agonística que preconiza a ressonância, em *sobredeterminação funcional*, dos elementos heterogêneos que compõem esses dois dispositivos (a pílula e o DIU) está em funcionamento: Lis, de um lado, mostrou que a estratégia de modernização do ambiente doméstico, através da instalação do laboratório microfarmacêutico nesse ambiente, não deu certo, porque não era “muito regrada” (apesar de o controle tecnobiopolítico não se reduzir ao controle da fertilidade); de outro lado, na relação do invisível (já discutida anteriormente), sua *felicidade e faceirice* em não precisar responder à autovigilância diária e ter a “estabilidade do uso” do DIU também estão injungidas à indústria pornográfica e à tecnociência de produção de subjetividade e de controle, porque o DIU “[...] tá ali”, implantado no corpo – nas palavras dela. O controle voltou a ser do perito, mas a sua disciplina ainda é necessária: “Eu, às vezes, faço exames para ver se está tudo ok, mas é isso”; e, em outro trecho da entrevista, “[...] sempre fico pensando ‘Ah, eu tenho que ir, tenho que me cuidar, lembrar!’”. Porque, enfim, a vida é da gente né, e porque a gente esquece que tá com o DIU, né, esquece que ele está ali”.

Aliás, adiante, Lis destacou estar com receio de não encontrar um médico “maravilhoso” como esse comentado (pois já se aposentou), se vai conseguir “ter acesso a essa mesma facilidade”, no momento de fazer a troca do DIU (que estaria próximo). A dependência da aceitação do perito e da inserção do DIU para que este se efetive como método de controle de fertilidade das mulheres prepondera no dispositivo DIU.

O dispositivo DIU exercendo o poder sobre o corpo tecnovivo aparece em outros discursos de Lis, que retomam a presença do DIU no corpo e outros atravessamentos (em dois trechos da entrevista):

[...] comigo **o DIU de cobre funciona**. Eu tive algumas **alterações no meu corpo**. Tenho ainda! Mas eu vi que **elas fazem parte do processo** porque, enfim, é uma intervenção, e o seu corpo reage a qualquer intervenção.

[...]

Depois, eu até tive... enquanto eu morei aí, eu fiz acompanhamento, eu tava com muito sangramento, porque o DIU, de vez em quando, ele libera... a **consequência do uso do DIU** é que, de tanto em tanto, **ele libera toda a sujeira que cria ao redor, aquelas crostas que vão (saindo)** [05:08:22]. No início, **isso me assustava**, assim, porque eu não sabia o porquê que eu ficava um mês sangrando, e não era o sangue novo de menstruação era um sangue sujo, né. Mas eu não tinha dores, eu não tinha nada, então eu ficava pensando: “Tá funcionando? Ou não tá funcionando? O que tá acontecendo?”. E eu fiz um acompanhamento, na época com o doutor, acho que era o Sr. Y, ele atende os estudantes, né, e aí, eu **fiz uma série de exames**. Lembro que teve uma tarde que eu fiquei em uma maca, além do médico, **tinha um monte de alunos**, assim... E tranquilo, sabe?

É interessante que, ambigualmente, muito embora a *estabilidade* e a *facilidade* desse contraceptivo, antes comentadas pela entrevistada, apareçam, agora, associadas ao *funcionamento* (“[...] o DIU de cobre funciona”), é preciso, contudo, que se aceite as *alterações no corpo*, pois “[...] elas fazem parte do processo”, assim como qualquer outra “intervenção” da construção tectônica do corpo – a partir da leitura de Preciado (2018). Essa construção do corpo, na relação do controle microprotético do DIU, não marca uma passagem em corte, do biológico para o sintético, do orgânico para o inorgânico, mas identifica a aparência, em processos, de um novo tipo de corporalidade, em mesclas. Aderir à tecnologia protética e seu funcionamento é autorizar esses processos em que tecidos, órgãos e fluidos são “[...] transformados em matérias-primas a partir das quais uma nova encarnação da natureza é fabricada” (PRECIADO, 2018, p. 230). Lis, apesar de ter se *assustado*, “no início”, entendeu que a “consequência do uso do DIU” seria ele liberar “[...] toda a sujeira que cria ao redor, aquelas crostas que vão (saindo)”, seria ficar um mês sangrando e outro não e, ainda, seria ter um sangue de menstruação “sujo”.

Também fazendo parte dessa polivalência discursiva, a dúvida, associada à ausência de dor, retoma (como já se pôde ver nesta pesquisa): (i) de um lado, a *naturalização* da algia como efeito colateral do DIU e de seu funcionamento bem-sucedido e, também, quanto aos problemas que esse contraceptivo pode ocasionar – relembro o manual da FEBRASGO que diz que dor e hemorragia anormais podem acontecer em casos de expulsão, perfuração, gravidez e infecção, mas, também, pode haver confusão e estes serem efeitos dos períodos intermenstruais

(sendo indicado o uso de anti-inflamatórios não hormonais) (FINOTTI, 2015); e, de outro lado, o invisível da técnica de controle microprotético, na retirada da agência das mulheres (contrariamente à pílula) e na necessidade do olhar do perito. Com isso e apesar disso, Lis, ao final da entrevista, para me dizer o que o DIU representava para ela, disse, perguntando e, depois, afirmando: “Liberdade?”; “[...] depois que eu entendi que aquele sangramento era cíclico e que, enfim, fazia parte do processo pelo menos do meu corpo se dava dessa forma, e que tava tudo bem, o DIU está lá, [...] Mas o DIU, pra mim, é isso, é liberdade, assim!”.

Vou adiante para pensar as regularidades, a partir de outra entrevista. O retorno de Carol ao Brasil, depois do intercâmbio que fez, foi unido à decisão de não tomar mais a pílula. Certo dia, teve que ser levada pelo pai à emergência médica, em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em razão de um mal-estar crítico. Com a realização de alguns exames, foram verificadas alterações nas enzimas do fígado de Carol, e, a partir disso, ela passou a buscar alguns(mas) profissionais que pudessem lhe explicar o que estava acontecendo. De forma enfática, a entrevistada disse que se incomodava por não entender aquilo e por ter que frisar aos médicos que tinha uma alimentação *saudável*, livre de gorduras – “[...] E aí... todo mundo manda eu cortar gordura, e eu só falava assim: ‘Mas gente, eu não como gordura! Não é possível, eu como de vez em quando uma massa, um pão, mas não pra... altera assim meu exame!’”. Fizeram “[...] até biópsia do fígado pra tentar descobrir o que era”, e achavam até que poderia ser “alguma doença autoimune”. Carol estava certa de que o acúmulo de gordura no fígado seria decorrência do uso da pílula e, sem demora, afirmou isso para a médica gastroenterologista que fazia seu acompanhamento. Mesmo com a médica discordando e preconizando que sua paciente continuasse com a pílula diariamente, Carol manteve firme sua ideia de “[...] parar de tomar aquela porcaria” (em suas palavras), mesmo que a contragosto de alguns médicos. Em questão de dois ou três meses (ou “um pouco mais rápido”) sem fazer ingestão de hormônio sintético, “tudo já regularizou”, ficou “tudo normal”. Os exames de Carol mudaram; no fígado, não havia “gordura nenhuma”, “sumiu”, como se ela nunca tivesse nada, contou-me, surpreendendo os médicos.

Contudo, não tomar mais a pílula a conduziu a procurar outra forma de contracepção, que não tivesse “hormônio nenhum”, só que disse não querer ficar se “sentindo insegura”, pois usar camisinha a deixava “noiadíssima” no que diz respeito ao controle de fertilidade. Se, de um lado, os hormônios eram, para ela, uma garantia de que a chance de engravidar seria menor, de outro lado, estiveram associados a problemas de saúde, acrescentando, ainda: a gastos (e a “[...] dar dinheiro para a indústria farmacêutica!”), a controle de horários, à incerteza de

disponibilidade (caso a cartela acabasse em uma viagem, por exemplo). Nesse ínterim, o DIU, em conformidade com a maioria das entrevistadas, configurou-se como “[...] uma *liberdade* assim total”. Complementou, em diferentes momentos da entrevista:

Eu, colocando o DIU e **usando copinho, coletor**, pra mim, assim, eu sou a **mulher mais livre o mundo**, sabe, **de autonomia**, das minhas escolhas e do que fazer.

[...]

[...] **eu recomendo** [...] é um método seguro, que traz bastante benefício, que **você se conhece melhor**, que **seu corpo todo muda**, que **você conhece seu ciclo** que você nunca teve antes se tomou hormônio, e... E que é muito bom, ele funciona, ele é super eficaz, dá certo [...].

Destaquei esses trechos da entrevista de Carol para marcar os discursos, em regularidade, de aceitação da menstruação (por conta do uso das técnicas de “copinho” e de “coletor”), de *liberdade*, de *autonomia*, de fazer as próprias escolhas, de *recomendação*, de conhecimento do próprio corpo, de mudanças no corpo, e de conhecer o ciclo que atravessam o dispositivo DIU. A ambivalência desse dispositivo liberógeno, entretanto, aparece nos discursos de periodicidade em consultas médicas e de certificação de que o “DIU está no lugar” (“[...] eu ia uma vez por ano, pra fazer o preventivo, [...] pra conversar... e, agora... eu vou a cada seis meses, para ver se está no lugar... Se o DIU está no lugar”) e, também, de dor de inserção. Quanto a este segundo, detalho: ao ter que fazer a troca de DIU (“[...] tô bem satisfeita [...] eu quero colocar de novo”), será “[...] de preferência, sedada, pra não sentir nada”, pois Carol foi uma das que sentiu “[...] umas cólicas bem fortes”, e, para ela, “[...] foi ruim assim a hora da colocação”. Minutos depois, na volta para casa, a pé e à espera para atravessar a rua, na calçada, começou “[...] passar mal, ter ânsia de vômito, baixar pressão, quase desmaiar”.

Continuo a narração, mas de outra entrevistada: Pri. Foi após quase dez anos de ingestão da pílula, de 2007 a 2017, que Pri decidiu parar. Quando iniciou a vida sexual, Pri dialogou com sua mãe, e juntas decidiram que seria importante buscar atendimento médico para começar a fazer o controle de fertilidade com a pílula (“[...] tanto ela como eu concordamos que era algo tipo... ‘ah, não eu tenho que tomar pílula, porque não quero engravidar agora’”). Elas achavam que era “o certo” a se fazer. O médico ginecologista indicou à Pri a Elani Ciclo, e esta foi a primeira e a única marca de pílula que Pri ingeriu. Sua adaptação à pílula, conforme me contou, foi muita rápida: “De primeira, eu já vi coisas boas, assim, é... melhora da qualidade da pele do rosto, eu tinha muita espinha e deram uma reduzida, é... ao longo do tempo, foi diminuindo as minhas cólicas e foi diminuindo o meu fluxo, então, era coisas boas também”.

Acrescentou, em outro momento da entrevista, a importância de “[...] a mulher começar a tomar anticoncepcional oral, [e] fazer uma coisa que não depende do homem”, dando o exemplo de que enquanto com a camisinha masculina a mulher “[...] depende que o cara coloque a camisinha na hora do sexo”, “[...] tomar hormônio, o cara nem precisa saber”, o que se configura em um “ganho importante”, “[...] da mulher tomar a decisão por ela” – discursos que retomam a construção de gênero já discutida no início desta seção.

Todas essas *coisas boas*, entretanto, foram deixadas de lado (apesar de, ambigualmente, dizer não conseguir “gestar como vilão” o uso de hormônio), quando Pri passou a associar seu cansaço, “falta de energia”, “inchaço”, “desconforto”, “dores de cabeça com bastante frequência”, principalmente quando parava (“fazia aquela pausa”), seguindo a disciplina da cartela. Além dessas queixas, sua vontade de abandonar a pílula esteve associada aos “casos comentados”, tanto por amigas quanto nas redes sociais, de trombose, especialmente à marca de pílula que ela tomava (Elani Ciclo). Parar de tomar hormônios sintéticos, então, caracterizou-se como a busca por “uma vida mais natural” – segundo ela.

Suas pesquisas e leituras voltaram-se para como “substituir” a pílula, de modo a complementar com o uso de camisinha, que já fazia. A partir dessas pesquisas, pôde conhecer melhor o DIU, pois, segundo ela, quando começou a tomar a pílula, esta era “[...] mais divulgada, mais falada” e fazia parte do seu “dia a dia”, e o DIU, que ela não “tinha acesso à informação”, era visto por ela “[...] como sendo uma coisa mais difícil do que a pílula”, “[...] porque ‘Ah, eu vou ter que ir num médico! Ah, eu vou ter que... ah, é um processo cirúrgico de inserir o aparelhinho lá dentro’”, ela narrou. Depois dos dez anos, contudo, diante, dos relatos de amigas (“[...] tenho várias amigas que colocaram o DIU”), de o assunto ter se tornado “[...] cada vez mais fácil de ser falado” também nas redes sociais (citando um grupo no *Facebook* chamado *Adeus hormônios* e a “liberdade de conversar” nele), da indicação de uma amiga enfermeira, que relatava o quanto o DIU estava sendo usado na saúde pública e que “[...] a maioria [das mulheres] não tava tendo muitos efeitos colaterais”, Pri teve seu discurso em deslocamento. Passou a achar que o DIU era uma boa “prática” e “boa opção”, já que “[...] você óh, coloca uma vez, acompanha por um tempo pra ver se ele tá no lugar, pra ver se tá tudo certo, depois não teria mais preocupação em relação a isso”. No entanto, esses discursos ficaram no plano da experiência de outras pessoas, que não a Pri, já que a inserção do DIU não aconteceu – deixando para descrever essa situação na próxima subseção.

Para Ana, o uso da pílula foi associado ao casamento. Com uma puberdade tardia, com quase 15 anos de idade, Ana disse ter tido, dos 15 aos 20 anos, uma relação tranquila (“[...]

nada que me incomodasse”) com a sua menstruação (mas também não era nada que amasse – “Nossa, como eu amo!”, sendo sarcástica), pois o fluxo “[...] foi um pouco alto” e a cólica nunca lhe causou tanta dor – talvez, segundo ela, por não ser uma pessoa tão sensível ao próprio corpo, a si mesma e por não “[...] olhar pra dentro”. Ao passo que se casou virgem, com 20 anos (“[...] quase 21”), suas idas à ginecologista foram esporádicas e “[...] nunca para procurar anticoncepcional”, já que “[...] não fazia sexo e não tinha problemas, tipo espinha, muita cólica”. Cerca de três meses antes de se casar, a entrevistada contou ter ido à ginecologista fazer “[...] todos os exames pré-nupciais”, e foi recomendado a ela o uso de Primera 20, que é de “[...] uma dosagem hormonal mais baixinha e tal”, e, anos depois, Primera 30, aumentando a dose, pois havia tido “[...] escapes de menstruação”.

Foram seis anos usando pílula, e, no atendimento ginecológico que teve em Portugal, local de realização de seu doutorado, foi indicado a ela o implante subcutâneo, que também é um contraceptivo hormonal de controle microprotético. Ana achou uma boa ideia e aderiu. O primeiro ano foi “maravilhoso”, segundo ela, pois ficou sem menstruar – “Cara, maravilhoso! Meu corpo tá com hormônio ali”, e, como tava com liberação constante, ele *esqueceu* de menstruar”. Abro parênteses: é interessante ver nessa sua fala um suposto *esquecimento* do corpo de menstruar, o que não seria uma biocamuflagem da menstruação, já que ela não ocorre, mas uma hibridização tão assentada entre orgânico e máquina farmacopornográfica, distante de uma pureza, que o tecnocorpo *responde* com uma percepção sensorial, digamos, produzida por moléculas farmacológicas – investindo-me, aqui, da leitura de que faço de Preciado (2018). Fecho parênteses e retorno à descrição da narrativa: no segundo ano de implante subcutâneo, “[...] era chato”, porque a menstruação “[...] vinha e, às vezes, não vinha”. Aliás, Ana ressaltou que “[...] sabia que menstruação era *fake*”, assim como quem toma pílula. Em virtude de “[...] algumas queixas” e de já fazer parte de *suas ideias*, em suas palavras, “[...] ter filhos”, a entrevistada pediu para tirar o implante no segundo ano mesmo, não completando o total de duração de três anos. Assim, segundo ela, foi bom, porque o “[...] corpo se limpa dos hormônios”. Nessa retirada, passou a fazer uso de camisinha.

Regressar para o Brasil, entretanto, foi parte do que se configurou uma reviravolta em sua vida, inclusive o divórcio. Ana, preservando o detalhamento de seu momento de reflexão com a instigação da entrevista, pareceu querer descrever para mim que, além de saudosa, o que viveu em Portugal foi propulsor para que começasse a observar “[...] melhor todos os comportamentos” que tinha. Ela, retornando à juventude, retratou o que sentia:

[...] aos 17 anos, eu me converti a uma igreja evangélica, onde eu conheci meu ex-marido, a gente começou a namorar, noivou, casou, num período de quatro anos. E lá,

aí, assim, meus pais não são dessa igreja, mas os pais do meu ex são, e aí **tinha muita cobrança**. Por isso, **casar virgem, não pode ir em balada, não pode beber, sexo anal é pecado, sexo oral é pegado...** Em Portugal, a gente não viveu isso. Em Portugal, a gente nunca foi num culto. Em Portugal, a gente ia pra balada. Em Portugal, a gente bebia. Em Portugal, **a gente não tava nem aí**. E aí, eu me dei conta que a vida era boa assim! Que aquilo que eu tava vivendo **era uma mentira**.

[...]

Não quero guardar dinheiro pra pagar escola dos meus filhos, provavelmente, eu nem quero ter filho! E aí, [...] eu comecei a [...] **observar melhor todos os comportamentos da minha vida**. E aí, eu comecei a enxergar insatisfações que eu sei que estavam lá, e que eu nunca tinha enxergado. **E eu fui relacionar a questão do hormônio depois!** [...] “Cara, eu consegui olhar tão pra dentro de mim, de uma maneira que eu nunca tinha feito, porque, também, eu não tava mais tomando nenhum tipo de hormônio”. Então, **eu tava ciclando e deixando a minha natureza aflorar...** que me trouxe percepções, que me levaram a insatisfações, que me levaram ao meu divórcio. Claro, não é por causa que eu não tomei hormônio... não é. Mas me fez olhar com carinho pra pontos que eu eliminava, **que eu ligava o piloto automático e ia embora!**

A partir deste excerto, diante de algumas leituras possíveis, serei breve, fazendo notar que a observação de si (“[...] comecei a [...] observar melhor todos os comportamentos da minha vida”) que Ana teve, reconhecendo as *cobranças* morais e conservadoras de base religiosa (não somente evangélica, mas também cristã), sob as quais foi atravessada, através de formas de controle de práticas sexuais, práticas afetivas, de prazer (“[...] casar virgem, não pode ir em balada, não pode beber, sexo anal é pecado, sexo oral é pegado”), está estabelecida com um vínculo com o controle farmacopornográfico hormonal: “[...] eu fui relacionar a questão do hormônio depois”. Para além de pensar em uma das dualidades que pairam os discursos religiosos (pecado e perdão, corpo e alma, enfim), gostaria de, a partir do enunciado de Ana, em que ela diz que “[...] tava vivendo era uma *mentira*”, tomar uma reflexão de Foucault (2016 [1977], p. 344, grifos do autor), em *Não ao sexo rei*. O francês explica que a sexualidade não se resume simplesmente ao prazer e à reprodução, mas é nela em que a “‘verdade’ profunda” pode ser lida, pode ser dita. Ele continua: “[...] o essencial é que, a partir do cristianismo, o Ocidente não parou de dizer ‘Para saber quem é, conheças teu sexo’. O sexo sempre foi o núcleo onde se aloja, com o devir de nossa espécie, nossa ‘verdade’ de sujeito humano”. Nesse aspecto, trago uma fala de Ana: “[...] nesse busca, de autoconhecimento, aí eu me divorciei, aí eu falei, ‘Não, agora eu vou olhar pra mim, de *verdade!*’”.

Nesse ínterim, somada à rede e à regularidade discursiva de *liberdade* (distanciando-se de uma *mentira* e do “piloto automático”) e de *natureza* (“[...] eu tava ciclando e deixando a minha *natureza aflorar*”) – as quais a entrevistada positivará de forma recorrente –, Ana continuou dizendo que “[...] o DIU veio nesse sentido”. Os discursos que

retomam a natureza estão associados à “[...] questão de entender seu ciclo”, pelas palavras da entrevistada, e ela prosseguiu dizendo:

Daí, veio a história, **a gente tem que conhecer, tem que tocar o colo do útero, tem que saber o gosto, tem que saber o cheiro, tem que saber se tá diferente**, se não tá. [...] Então, **eu comecei a olhar pra mim**, sexualmente e... e... mais! E aí, veio muito ler sobre a importância de ciclar. E aí, eu falei, “**Gente, olha o que eu tô fazendo com a minha vida! Tipo assim, eu limitei meu corpo a linear, mas o meu corpo é cíclico! E tem uma razão pra ele ser cíclico. E eu não tô permitindo que ele cumpra seu papel**”. E daí é claro que eu vô fica estressada, é claro que eu vô ter outros efeitos, porque **eu não deixo a natureza acontecer da maneira com que ela deve acontecer**. É realmente uma castração química, eles tiram da gente... sabe... o direito de ser quem a gente é. Aí eu falei, “Ah, não!”. Daí, pesquisando tudo isso e tal, eu falei, “Cara, olha como faz sentido! O ano mais libertador da minha vida, coincidentemente, era o ano que eu não tomava pílula.”. Tanta coincidência assim? E aí, por isso que veio o DIU, mas nesse sentido assim de realmente pesquisar, porque eu comecei a olhar mais pra mim.

De novo, o dispositivo DIU está posicionado em uma agonística: enquanto que se alia à ideia de conhecimento de si (“[...] eu comecei a olhar mais pra mim”), de *liberdade* associada à natureza, ao *cumprimento do papel* que esta tem, ao corpo cíclico (e não linear), sem limites e limpo de uma “castração química”, há, também, estratégias de controle de si, visando à escolha do “[...] propósito de autoconhecimento e de conexão” (outro trecho da entrevista): “[...] tem que conhecer, tem que tocar o colo do útero, tem que saber o gosto, tem que saber o cheiro, tem que saber se tá diferente, se não tá”. Neste ponto, além também do uso de tecnologias como os “copinhos coletores” e a aceitação e a ritualização da menstruação (“[...] uma coisa tipo, ah... *planta a lua*. Então, assim, parar, ver o sangue, não simplesmente jogar fora”), discursos presentes ao longo do nosso diálogo, Ana também disse estar fazendo um “módulo de Ginecologia Natural”, com “fisioterapeuta pélvica [...] a... *Vagina sem neura*” – denominação da profissional nas redes sociais (sobre a qual dialogarei adiante). Faço notar o *dever* – que paira no funcionamento do dispositivo DIU – de reconhecer a si.

Apesar de os discursos das demais entrevistadas fazerem parte da rede discursiva intrincada a uma Ginecologia Natural, Ana é a mulher que menciona mais detalhes das práticas e técnicas desse regime de autocuidado. Trago a entrevistada Girassol para cá pois esta, também, dentre outros discursos em regularidade, chamou a ingestão do panóptico de “[...] castração química” e, visando ao reconhecimento de si sem hormônios sintéticos, além de aderir ao coletor menstrual e ao DIU, disse se interessar pelo “método sintotermal”, em que, para saber em qual período do ciclo se está, é preciso conhecer (tocar, olhar, cheirar, anotar) o muco.

Girassol, contou-me que usou a pílula dos 16 aos 24 anos, e que, após isso, passou a ter “[...] noção” de que começou a tomar cedo demais, “[...] e foi por dois motivos”: “[...] o ciclo ainda era desregulado” e, por isso, “[...] reclamava muito do meu humor”; e, “[...]

principalmente, [...] a maior motivação” foi que havia começado a namorar e “[...] queria uma segurança”. Falou que se lembrava de tomar uma pílula “[...] que diziam que a dose de hormônio era menor, que foi o Yaz” e que “ajudou” muito na sua pele. Faço notar um trecho de sua fala que se mostrou marcante sobre seu corpo farmacotecnoproduzido:

Então, as **partes positivas** do anticoncepcional no período que eu tomei, era que eu **era mais estável**, digamos assim, **entre aspas**. Meu humor não mudava muito assim, sabe. Não ficava muito triste, nem muito alegre. Era **um negócio linear** assim. E outra coisa é que era aquele **negócio reguladinho**, né, tipo, “Vou sangrar em tal dia!”. E a **minha pele e cabelo bem melhor!** Quando eu parei, **os impactos negativos** foram: nunca tive tanta espinha na minha vida; cabelo nunca foi tão oleoso quanto; e eu descobri que... eu meio que comecei **a redescobrir as emoções** assim! **Eu me senti viva!** (risada) Eu, quando ficava triste, ficava muito triste! Quando ficava alegre, ficava muito alegre! Ou, quando começava assim... na época que... eu voltei a ovular, então, gente do céu! Toda semana **apaixonada ou subindo pelas paredes**, coisas assim que eu não sentia antigamente! (risada)

Destaquei esse trecho, propositalmente, de modo a sinalizar que seus discursos, em regularidade, são repletos de enunciados sobre o que está posto: um antes (as aspas que põem em flutuação a positividade do corpo *estável, linear, regulado* e esteticamente produzido) e um depois (apesar de *negativo*, já que a tecnoestética, digamos, ficou em suspenso, tornou a entrevistada *viva*, pela transformação de si, pelo *redescobrimento das emoções*, ambos ligados à ovulação), mas que, a todo momento, estão em deslocamentos e atravessamentos.

Girassol me contou que, não obstante às pausas esporádicas da pílula que já fazia por conta própria – por ter lido “em algum lugar” que era bom dar esse “respiro para o organismo” –, a motivação principal para interromper a pílula de vez foi “indicação médica”. Desde muito nova, Girassol fazia “[...] acompanhamento com um médico nefrologista, que cuida da parte do sistema urinário e renal” na sua cidade natal Irati, no Paraná, pois tinha crises de cálculo renal desde os dez anos de idade, e, com isso, fazia “[...] exames de urina de três em três meses e ultrassom seguido”. Contudo, às vezes, “[...] tinha crises de dor, como se fosse cálculo renal”, mas que não havia cálculo e, acompanhado disso, tinha hematúria. Nenhum outro médico anteriormente havia suspeitado, mas Girassol disse que foi “[...] meio que um achado” quando um médico solicitou um exame específico e descobriu: “síndrome de nutcracker”. Ela explicou: “[...] não chega a ser uma síndrome, porque eu não tenho os agravantes, né [...]” e “[...] a veia do canal do meu rim esquerdo ele fica pressionado entre a artéria e a aorta”. Com isso, veio a indicação médica, de que “[...] o uso do anticoncepcional poderia ser um agravante”, então “[...] era melhor [...] cortar os hormônios sintéticos!”. Não em

vão, Girassol contou que, com a não ingestão da pílula, já pôde experimentar um corpo sem dores como aquelas – “[...] eu não tive mais crises renais, nem de cálculo”.

No retorno a um corpo que menstrua, Girassol começou a usar coletor menstrual, fazer o processo de “[...] pôr o sangue no copinho”, começou “[...] a pesquisar um pouco sobre ciclos e tudo mais”, a se “[...] tornar um pouco mais *natureba*”, e descobriu um corpo diferente, uma “nova construção”:

E eu falei, “Meu Deus, **existe um universo dentro de mim que eu nem sabia que existia!**”. Tipo, eu sabia, mas não sabia? É um negócio que tá óbvio, tá na tua cara e tu não percebe. Não sei! É muito doido isso! É meio que tipo, “Meu Deus, eu tenho um útero! Ele tem várias funções, meus ovários, meu útero, todo meu sistema, né, reprodutor e meus hormônios...”, é tipo, “Uau!”. É meio que **uma descoberta, como se ele tivesse começado a nascer por ali**, né! Não é só pra sangrar nos intervalos de anticoncepcional e gerar filhos! É toda uma **outra construção** que meio que começou um caminho de **conexão com uma coisa mais sagrada**, mais **respeitosa comigo!**

Atento-me, na fala de Girassol, que o poder farmacopornográfico, apesar de aparentar demonstrar certa passividade das mulheres em relação ao desconhecimento de seus corpos, justamente engendra subjetividades tecnicamente geridas. A redescoberta de si, de um *universo* interior, como se “[...] tivesse começado a nascer por ali”, do orgânico de seu corpo, é tratada como *sagrada* e *respeitosa*. Abro parênteses para comentar o uso de *natureba* pela entrevistada, retomando o discurso do médico participante desta pesquisa, em referência a mulheres que buscam o reconhecimento do corpo sem hormônios farmacopornográficos e a objetificação destas. Fecho parênteses e volto à narrativa.

Nos grupos das redes sociais de que fazia parte, sobre coletores, descobriu o DIU. Como estava em um novo relacionamento, e estavam “[...] só na camisinha”, o que, segunda ela, causava “[...] aquele receio”, viu a necessidade de se assegurar com outra contracepção. A ausência de hormônios e o tempo de duração lhe fizeram pesquisar mais sobre o DIU. Morando em Florianópolis, por conta do mestrado, e começando a se “[...] sentir mais livre, assim, mais forte” por conta de suas escolhas e do autoconhecimento que estava construindo, decidiu colocar o DIU e disse que “[...] existe uma Girassol antes de vir pra Floripa, que tomava anticoncepcional; e uma Girassol que está aqui em Florianópolis, que colocou o DIU, que está conhecendo o seu corpo”. Com isso, disse sentir-se ela mesma (“Do tipo: eu sou eu!”). Concluiu dando ênfase: “O DIU e a sexualidade trazem o *empoderamento!*”; “Colocar o DIU, me levou a refletir sobre o meu ciclo, pra eu entender quando que eu tava ovulando ou não, né”.

Diante dessas práticas de liberdade, similares às que já venho anotando, faço notar, também, os discursos que fazem parte da agonística do dispositivo DIU: começando pela dor na colocação. Já tendo se consultado uma vez com o Dr. Y no SASC, Girassol o procurou para

fazer a inserção. Acompanhada de uma amiga, que viu nas redes sociais que a colocação não era tão simples assim, Girassol descreveu o momento:

Na hora que estava colocando, eu senti aquela dor e no momento, eu falei, “**Que merda que eu tô fazendo comigo? Que que deu a louca aqui? Por que eu tô me violando? Por que que eu tô enfiando um dispositivo dentro de mim? Eu nunca mais vou fazer isso na minha vi...**”, foi um sentimento **de invasão!** Que eu permiti ser invadida! Eu senti **um negócio estranho**, assim, do tipo, “Por que que eu tô fazendo isso comigo?” (risada) Ai, aí, **eu senti dor**, e falei, “Ainda bem que dura dez anos, porque eu vou tirar ele e nunca mais colocar!” (risada) Foi isso que eu pensei. [...] Ai, mas assim, eu fiquei meio, um pouco, me sentindo um **pouco vulnerável**, assim.

Sublinho esses enunciados de Girassol, que descrevem a hibridização entre corpo e máquina como uma *violação*, *invasão*, deixando-a *vulnerável*, para registrar que essas descrições se tornam parte da aceitação do dispositivo, já que ela *permitiu* tudo isso e que o arrependimento foi passageiro (ou seja, apesar disso, seus discursos são, constantemente, de positividade do dispositivo – a *liberdade* e o *empoderamento*). Além deles, outros discursos de embate foram ditos pela entrevistada: (i) a recorrência de acompanhamento médico – “[...] normalmente, vou de seis em seis meses. Deu seis meses, às vezes, oito, eu atrás dele, pra fazer o acompanhamento, pra medir o fiozinho do DIU, pra ver se tá no lugar”; e (ii) a permanência dos discursos de risco e de medo – “[...] eu tenho um pouco de receio de ter alguma infecção e por ter o DIU e ter medo de, sei lá, ter mais acesso ao meu útero e tal”.

Quem investiu no termo “empoderamento”, também, para descrever o que pensa sobre o DIU, foi Lara. Contudo, a vivência com o DIU ainda estava, no momento da entrevista, no plano imagético e de desejo da entrevistada. Lara contou-me ainda utilizar a pílula, totalizando dez anos de ingestão, e ter a vontade de colocar o DIU “[...] martelando na [sua] [...] cabeça há um certo tempo”. Com 18 anos e com “[...] a vontade de iniciar [...] a vida sexual” (“[...] antes, não tinha transado”), Lara achou que era preciso marcar uma consulta com a ginecologista para iniciar uma cartela de pílula – “Óh, eu quero começar minha vida sexual, e aí, vamo tomar o anticoncepcional!”, narrou sua fala dirigida à médica. Nessa fala, aliás, e em outras verificadas no decorrer do diálogo que tivemos, Lara fez notar, com o uso da primeira pessoa do plural (“vamo”), uma relação de controle que extrapola o individual, mas que é bipolariticamente gerida entre o social e o individual, em uma espécie de acordo. Continuo: em uma das primeiras perguntas que fiz a ela, sobre os efeitos que havia percebido no corpo com o uso da pílula, Lara se prolongou na resposta, mostrando-se incomodada por não saber distinguir as mudanças. Ela deu ênfase: “[...] eu só comecei a perceber que eu realmente não sei o que é o meu corpo sem o anticoncepcional tem um ano! Eu não sei dizer o que mudou, porque eu não sei o que eu era

antes, entende?"; “[...] o uso do DIU é realmente pra isso, sabe, pra talvez *começar a reconhecer* e saber... Porque não sei dizer, *não sei dizer o que é meu corpo antes*, que que... não sei!”. Antes da pílula, lembrou-se de ter um período menstrual tranquilo, de cólica branda de um ou dois dias, de ter um fluxo “controlado” e não ter espinhas, e, depois, prosseguiu: “O que eu sinto hoje? Eu começo a sentir, tipo... eu tenho muito roxo aleatório, assim! Eu tenho muito roxo nas pernas!”. Para Lara, as marcas arroxeadas nas pernas, sem causa aparente (sem ter tido qualquer lesão), estariam associados ao uso da pílula, a partir de leituras que fez a respeito. Ela não viu outra explicação, apesar de ter feito exames de “[...] tromboembolia, trombofilia, TTP...” e, nestes, constar que “[...] tá tudo tipo normal”.

Outras leituras que fez estiveram associadas aos *malefícios* da pílula, o que a fez ficar “[...] muito cabreira” e ter cada vez mais vontade de não fazer mais ingestão, principalmente pelos motivos de: não estar namorando há dois anos e acreditar estar “[...] ingerindo hormônio aleatório”, já que se relaciona esporadicamente e tem “[...] confiança total na camisinha”; e porque se esquece de tomar e, quando o faz, ingere de uma só vez três comprimidos. Entretanto, demonstrou não ser tão simples assim abandonar a pílula. Além da dificuldade que encontrava no diálogo com a ginecologista que a acompanha desde jovem (que abordarei na sequência deste texto), Lara disse: “[...] o medo de engravidar não é o que me motiva hoje, é só porque tipo assim, não sei se posso parar do nada e não quero ficar sem nenhum método contraceptivo, então, sigo tomando, mas... tô tomando igual sei lá o quê, né”. Resumiu, em algumas palavras, o que sentia: “[...] eu não quero mais ter ficar tomando esse comprimido todos os dias, eu não quero mais esse hormônio no meu corpo, eu quero *conhecer meu corpo*, eu quero saber realmente como eu me sinto, como eu Lara funciono e, principalmente, eu não quero ter filhos”. Diante disso, classificou o DIU como sendo “[...] atrelado muito a esse negócio assim da *independência feminina*”, “[...]o *empoderamento feminino*” e acrescentou: “[...] o DIU é *libertador* e é a minha decisão e só diz respeito a mim e ao que tá em mim, no meu corpo, a gente (as mulheres) já se une por um único propósito”.

Jasmim também disse se sentir “[...] muito *empoderada* de estar usando o DIU e de ter feito essa escolha” – mesmo que a contragosto, “[...] não queria usar empoderada” porque “[...] vulgarizou a palavra”. Como comentado no início desta seção, essa entrevistada utilizou a pílula durante muito tempo de sua adolescência até os 22 anos de idade. À medida que começou a ler sobre “[...] os problemas de saúde que poderiam causar” a soma entre pílula e cigarro, como as “[...] questões de trombose, enfim, circulação”, Jasmim decidiu parar. Alegou, contudo, que não foram tantas informações a que teve acesso, pois “[...] não sabia que ia ser difícil emocionalmente parar a pílula”. Foram dias “[...] de abstinência, muito estresse, calor, enjoo,

muita cólica” e, ainda, o não entendimento do que estava acontecendo. Um ano depois, com 23, disse ter *vacilado* por “[...] não usar a camisinha como contraceptivo e acabava tomando a pílula do dia seguinte”. Isso se repetiu por três vezes, e Jasmim engravidou na terceira. Contou que, nessa época, não havia recebido qualquer informação sobre DIU.

Depois que se separou do pai de sua filha, passou a se *regrar* na tabelinha e na camisinha – “[...] eu era bem regrada nesse sentido”. Ainda assim, talvez por conta da experiência que teve, Jasmim disse achar a pílula “[...] bem boa pra adolescência, porque [...] quando é adolescente, não tem muita *responsabilidade*” e “[...] um *perigo*, assim, as meninas não tomarem pílula”. Para sua filha, portanto, entenderia como melhor opção a pílula na adolescência dela, pois “[...] que adolescente vive muito por emoção assim”. Somado a esse discurso, descreveu se lembrar de que não teve alterações no corpo que tenham sido negativas pelo uso da pílula: “Na verdade, eu senti mais coisas positivas [...] porque *diminuía o fluxo*, né. Mas, depois eu entendi que *não era o fluxo real*, mas, na época, *foi satisfatório!* E diminuía as questões de TPM e de dores, né, então... eu sofri pouco com cólicas”. Jasmim recorre, como se pode ver, a discursos de associação de idade a práticas sociais imprudentes que encontrariam no dispositivo anticoncepcional a liberdade farmacopornográfica – discursos estes em atravessamento ao dispositivo DIU.

Decidiu, em 2017, fazer a colocação do DIU, a partir de informações que leu em *sites* e em grupos no *Facebook* e que foi influenciada pelo “[...] movimento de grupos de mulheres, de ginecologia natural e tudo mais, (que) começou a ficar bem forte assim”. Ficou desejosa dessa contracepção para “[...] não ter alteração hormonal e nem o ciclo não natural”. Quando se dirigiu ao posto de saúde para fazer a solicitação, disse que o DIU lhe foi indicado lá também, o que acredita ter ocorrido por já ter uma filha. Só não fez a colocação no mesmo ano, em virtude de o posto de saúde ter entrado em greve e de a escola em que trabalhava ter voltado de greve também. Como professora, ficou mais atarefada do que normalmente era – “A gente tinha que dar aula durante a semana, e, pra repor a greve, no fim de semana. Então, imagina pra uma mãe, professora arrumar tempo pra si, né”, descreveu Jasmim. Diante disso, deu continuidade ao processo de colocação do DIU somente em 2019. Apesar de ter tido a experiência de colocar com uma médica “bem boa” que tem um perfil no *Instagram* chamado *Ginecologia Feminista* – que, inclusive, recomendou na roda de conversa –, Jasmim disse ter ficado o primeiro ano usando o DIU “[...] com um pouco de medo”, pois, para ela, há dois discursos principais que margeiam o DIU, “[...] que pode desencaixar ou que a criança vai nascer com o DIU colocado”, e esses discursos são provenientes, “muito pelo misticismo”, “[...] vêm lá da nossa mãe, da

nossa vó”. Fazendo comparação com o dispositivo anticoncepcional, disse: “O discurso da pílula não é esse. O discurso da pílula é que ela é segura e que, se você tomar corretamente, você não vai engravidar. O discurso do DIU é diferente. É sempre um discurso de que pode falhar”. Sua sensação, por um bom tempo, foi de que o DIU poderia falhar, de que poderia estar grávida. Destacou que, na roda de conversa desta pesquisa, com a escuta que fez dos relatos de outras mulheres, disse ter se dado conta de que, assim como confiava na pílula, precisava parar de “[...] ficar noiada” com o DIU. Com isso, disse: “[...] agora, eu tô deixando assim de ficar tão preocupada”. Como parte dessa tecnologia que é o DIU, é possível notar a regularidade, que margeia esse dispositivo, de discursos de medo e de receio.

Quanto ao empoderamento, ao final da entrevista, Jasmim deu a seguinte ênfase: “[...] antes de colocar o DIU, eu tinha muita *admiração* por mulheres que já tinham o DIU (risada)! ‘Nossa, que *poder*, que *autonomia*, que *escolha independente*, que *escolha pela independência!*’, assim”. Sua admiração era tanto por essas mulheres poderem “[...] se livrar da [...] *bomba hormonal*” e por entenderem que “[...] era um meio seguro para não se ter filhos”. Acrescentou que são mulheres que têm “[...] as ideias e os ideais feministas, que é a liberdade da mulher e enfim [...] a liberdade sobre o nosso corpo”, ou seja, que o “[...] uso do DIU caminhou muito com a luta feminista [...] e com as discussões sobre a autonomia da mulher”. Por isso, agora, sente-se “[...] muito empoderada de estar usando o DIU e de ter feito essa escolha” e que essa contracepção “[...] não causa nenhum abuso no seu corpo, como hormônio causa”.

Faço uma pausa para anotar: Girassol, Lara e Jasmim, nas ambivalências de seus discursos, imbrincados ao dispositivo microprotético DIU, fazem notar que o empoderamento de que se valem para descrever essa contracepção pode ser lido como *bioempoderamento* (PRECIADO, 2018). Nas sociedades contemporâneas, em que os gêneros são produzidos por “[...] gigantescos laboratórios sexopolíticos”, os sujeitos são ficções biopolíticas que, simultaneamente, são efeitos do “[...] regime de poder farmacopornográfico (*biopoder*) e o potencial para seu fracasso (*bioempoderamento*) (PRECIADO, 2018, p. 129, grifos do autor).

Dou sequência às narrativas. Outra entrevistada que também se agarrou ao discurso de *liberdade* foi a Débora. Em virtude do uso ininterrupto da pílula dos 14 anos aos 21, a primeira queixa que Débora fez questão de frisar foi o anticoncepcional ter “tirado” dela a “transição”, quando estava “[...] entrando no período fértil ou na puberdade mesmo”, e ela não ter tido a chance de conhecer o corpo – “[...] de ter, realmente, reconhecido o meu corpo de uma maneira um pouco diferente do que eu teria reconhecido se eu não tivesse inserido o anticoncepcional tão cedo”; “[...] tenho um pouco de dó de não ter passado a minha experiência na minha

adolescência”. Como disse ter que começar a tomar a pílula cedo, porque os “[...] namorinhos já estavam um pouco mais adiante”, comentou também ter aproveitado os hormônios para melhorar a pele, porque “[...] tinha muita acne quando [...] era adolescente”. Suas demais queixas se voltaram para a ausência de libido, de “desejo sexual”, nas suas palavras, e para a dor de cabeça constante em determinados períodos dos meses, que só foram percebidas assim que deixou de ingerir o *panóptico* – “[...] eu percebi que isso era decorrente do anti, quando eu tirei o anti. Então, eu achava que ter dor de cabeça uma semana antes de menstruar era uma coisa normal, entendeu? Eu achava que ter cólica, irritação era uma coisa normal, que não ter libido era normal”. Com a pílula, para ela, tornou-se “óbvio” que não teria sido possível “reconhecer” seu corpo “[...] como ele realmente é”. A regularidade discursiva verificada aqui é complementada por reflexões de sua formação em Farmácia, pois Débora acrescentou que a pílula “[...] é um medicamento de uso contínuo, prolongado e que, mesmo em curto prazo, gera um monte de efeito colateral e de problemas físicos mesmo, né, pra mulher”. Nesse aspecto, continuou: “Fora o fato de que tem muita mulher que tá tendo câncer sem ter histórico de câncer na família. Então, se isso tem uma relação com o uso do anticoncepcional a gente nunca vai saber”.

Visando manter-se distante de ingerir “[...] nada que não seja natural”, Débora comentou já pensar em “[...] colocar o DIU há bastante tempo”, mas que ia “[...] procrastinando e empurrando com a barriga”, por achar que seria um processo demorado de conseguir pelo SUS. O DIU para entrevistada, aliás, seria sinônimo de saúde (“[...] eu acho que saúde, sabe?”) e de *liberdade* (tanto em relação à saúde, porque “[...] uma coisa que me fazia mal, assim, fisicamente, perceptivelmente”, quanto “[...] de constituição familiar quando eu quiser e no momento que eu sentir que é o momento”) mas se demonstrou, discursivamente, uma agonística:

Eu também **não sei te dizer o quanto o cobre no nosso corpo tem um efeito**. Isso é uma coisa que eu não cheguei a ir atrás de estudos e coisas assim. Mas eu acredito que como o de cobre é uma ação mais local, não tem uma tendência de ter absorção, por exemplo, na corrente sanguínea como teria o oral, eu acho que **o dano no corpo é muito menor**, sabe? Então, eu acho que, pra mim, isso **significa mais liberdade**.

Enquanto que o DIU lhe confere a *liberdade*, o retorno a um corpo *natural*, a composição de cobre, diferentemente das outras entrevistadas (talvez por reflexo de sua formação em Farmácia), fez Débora se questionar e pôr em suspenso a naturalidade do dispositivo microprotético feito de plástico e de cobre, sem qualquer indício orgânico. Em

comparação ao panóptico ingerível, contudo, há a aceitação do *dano*, da interferência no corpo, mas “[...] o dano no corpo é muito menor”.

Além da Girassol, que descreveu, conforme expus anteriormente, que a colocação foi uma *invasão*, Débora é mais um exemplo de que, para ela, o dia da inserção “[...] foi horrível”: “Doeu muito, muito!”; “[...] naquele dia, assim ó, Jesus Cristo! Eu segurei na mesa e pensei ‘meu Deus!’”. Apesar de ter sido avisada pela enfermeira que fez o procedimento, de que iria doer, Débora disse que “[...] tava esperando menos, sabe?”. Contudo, voltando a positivar a contracepção escolhida, afirmou que “passou”, que “foi rápido” e que já se esqueceu “[...] da dor e está tudo certo”.

Mais uma vez, o discurso de *liberdade* associado ao uso do DIU (e ao abandono da pílula) aparece e é na narrativa de Miriam. “De cinco a seis anos” foi o tempo que Miriam esteve atravessada pelo *panóptico* ingerível, começando a utilizá-lo quando “[...] tinha recém feito 15 anos” e ainda “[...] nem era sexualmente ativa”. O início do tecnocontrole pela entrevistada aconteceu após um “[...] episódio traumatizante”: “[...] um episódio” de sua vida em que ficou menstruada por 40 dias seguidos, que acredita ter sido em decorrência de uma “[...] desregulação hormonal”, e, com isso, apesar de uma ginecologista “[...] especializada em adolescentes” com quem se consultava ter lhe indicado um remédio que “[...] tinha algum hormônio [...] pra auxiliar a controlar, a regular” a menstruação, Miriam disse ter ficado traumatizada quando, no colégio, sua “[...] calça manchou inteira de sangue”, pois o remédio não surtiu efeito, tendo que buscar “[...] uma emergência ginecológica”. Na emergência, o médico que estava de plantão lhe “[...] passou direto o anticoncepcional”. Depois disso, Miriam contou que não parou mais de tomar pílula, troncando para o Elani Ciclo assim que retornou à ginecologista de rotina.

Apesar de ter sentido “[...] a pele perfeitinha”, não ter tido cólica e de se sentir “[...] superficialmente, bem”, Miriam disse que demorou para “[...] descobrir que, na verdade, tomando o anticoncepcional, a mulher não ovula e não tem ciclo de fato”, que sentiu o incômodo de não conhecer muito do próprio corpo, do “[...] próprio ciclo menstrual e tudo mais” e que, principalmente, assim como deu ênfase na roda de conversa, percebeu que a pílula afetava sua “[...] *performance* no esporte”. A partir das redes sociais, em especial o *Facebook* (a página *Adeus hormônios!* – já citada por outra entrevistada) e o *Instagram*, Miriam contou que teve seu “[...] primeiro contato” com o DIU lendo relatos postados em “[...] alguns perfis lá de mulheres saudáveis, mulheres *fitness* e tal” e de algumas ginecologistas, que recomendavam “[...] o DIU pra quem fazia bastante atividade física, tinha interesse em melhorar a *performance* no esporte e tudo mais...”. Miriam comentou que ficou interessada em

fazer essa troca de contracepção, descrevendo que o DIU seria “[...] mais saudável do que o anticoncepcional em questões de saúde e estética”, só que foi no ano de 2014, quando estava prestes a realizar um intercâmbio de um ano. Descreveu, ainda, que a decisão ficou mais certa quando teve que ir à “[...] farmácia comprar 12 cartelas de anticoncepcional, pra ir pro intercâmbio, pra levar pra lá”. Quando viu as caixas, disse: “[...] eu decidi que eu não ia mais tomar *aquilo* quando eu voltasse do intercâmbio”. O visível, aqui, passou a ser um incômodo. Foi só retornar, em 2015, para o Brasil que Miriam, depois de ouvir de uma amiga que a colocação no SASC era rápida e tranquila, disse: ““Ok, também tô indo!”, sabe? (risada) Foi bem rápido assim”.

Após a inserção do DIU, relatou que o médico do SASC lhe solicitou “[...] um exame no primeiro mês, depois de um mês, né, depois de uns 30 dias, depois de três meses e depois de seis meses”. Nesse retorno ao controle externo que perpassa o dispositivo DIU, já aludido nesta pesquisa, aponto para o medo e a dúvida que também fazem parte do funcionamento desse tecnocontrolado microprotético: depois desses exames tidos como convencionais, Miriam relatou que ficou “[...] super neurótica”, “[...] ainda não confiava 100% no DIU, ainda mais com essas histórias bizarras da internet (risada)”. Assim, disse-me que fazia exames de seis em seis meses, com sua ginecologista de convênio particular (não mais pelo SUS). Ao desabafar isso com a médica, a entrevistada comentou que a médica tentou tranquilizá-la: “Olha, não adianta tu usar o DIU e ficar *neurótica achando que ele pode sair do lugar a qualquer momento*”; “Cara, tu não precisa ficar fazendo ultrassom todo ano, tu pode só fazer o controle pela cordinha...”. Com isso dito e outras explicações feitas pela profissional, Miriam contou-me que parou de fazer esses exames, de seis em seis meses, “[...] ali pela metade do terceiro ano” de uso do DIU, mas que começou “[...] a fazer uma vez por ano *só por garantia*” – “[...] eu tô tão cada vez mais desapegada a fazer o controle de ultrassom com ele, que tipo eu faço mesmo *só por desengano de consciência*”; “Eu faço, porque eu *sou um pouco bitolada*, mas, teoricamente, se eu não fizer em um ano, tá ok. Então, eu acho que *é muito libertador*”.

Mais adiante na entrevista, selecionei dois outros discursos que se mostram ambíguos, além dos já elencados, na fala de Miriam. Primeiro, que “[...] a questão financeira também pesou bastante”, porque “[...] gastava, em média, 38, 36 reais por cartela”, e o DIU seria de graça. “Eu ia colocar uma vez e não ia ter que me preocupar” – ela afirmou. Contudo, segundos depois, concluiu: “Claro né, eu ia fazer o acompanhamento, se a gente for colocar na ponta do lápis, tem esse gasto. Mas, financeiramente, pra mim, valia mais”. Segundo, que o DIU representaria liberdade também “[...] em vários sentidos”, porque não se preocupa com

horários, porque é a escolha que fez para seu próprio corpo e porque pode conhecer o próprio corpo e o seu ciclo, e acrescentou dois enunciados: “A *única preocupação* que eu tenho é se eu tiver algum *contato de risco*, que eu sei que eu posso ter alguma *infecção* e tal e pode me prejudicar, porque eu tenho ele, né” e “Bom, como eu tenho o DIU, eu meio que *me forcei* a conhecer melhor o meu corpo [...]”.

Como é possível observar e como venho apontando, os discursos de Miriam são constitutivamente ambíguos, uma polivalência tática que perpassa o dispositivo aqui analisado: a *liberdade* de não tomar hormônios, de poder ter um *corpo saudável* (substituindo o *inchaço* por *massa magra*), de não gastar todos os meses com cartelas da pílula, de conhecer e aceitar o corpo e o ciclo menstrual e de poder controlar o posicionamento do DIU pela cordinha (o autoexame); não obstante sua preocupação e sua postura *neurótica*, fazem-na recorrer ao excesso de exames, que, aliás, não são o de toque, mas o de imagem – ultrassom transvaginal –, necessitando da visualização como garantia (não bastando o autoexame e o discurso médico, mas o conforto do controle visível – assim como a pílula), dispendendo dinheiro nesse processo e, de quebra, *forçando-se* a se autoconhecer, como parte da produção de subjetividade desse dispositivo.

Azaleia, irmã de Miriam, também começou a fazer uso da pílula “[...] antes de ter a primeira relação”, mas não para *controle de menstruação*, e sim porque “[...] tava naquela fase da adolescência e muita acne e tal”, e a ginecologista “[...] empurrou o anticoncepcional” para ela, alegando que o problema de pele seria resolvido. Foram 13 anos de uso da pílula, e Azaleia, sob influência da irmã (“Ah, mana, vou parar de tomar, por que que tu não para também?”), antes de decidir parar, viu-se em uma dúvida: “[...] eu sabia que tinha que tanto o lado bom, por todos os benefícios de parar o hormônio, mas, ao mesmo tempo, eu sabia que eu ia ter um efeito rebote em relação à oleosidade da pele, queda de cabelo, é...”. Ainda assim, optou pelo abandono da pílula e por recorrer ao “[...] tratamento com o Roacutan”, aos “[...] tratamentos intermediários”, já que teve um “[...] surto terrível de acne” nos meses subsequentes. E afirmou: “[...] foi uma aceitação minha”. E essa aceitação não foi a única: o aumento de dias de menstruação não se tornou um problema. Contudo, a pausa da pílula também proporcionou outras percepções sobre o corpo: “[...] muito mais facilidade de emagrecer” (discurso similar ao da irmã); mais disposição para fazer exercícios físicos e outras atividades rotineiras (“[...] eu posso fazer o que eu quiser, faço *crossfit*, corro, faço tudo o que eu quiser, faço faxina na casa”), pois, com a pílula, disse que se “[...] mantinha mais letárgica”; e a libido, que, antes, disse não ter.

Diante disso, Azaleia considera que o DIU, de “[...] uma forma geral”, representa *liberdade*: seja por não ter que tomar a pílula, não ter que ficar se lembrando, não ter que se preocupar em tomar algum outro medicamento que possa cortar “[...] o efeito” da contracepção hormonal, seja por não ter que gastar – “Porque a gente sabe que o anticoncepcional é 30... não sei nem quanto que tá agora! 30, 50 reais, por aí. Quando não é mais caro, né. E o DIU, não! Po, tipo, *paguei 60 reais há cinco anos atrás* e... não tem... não se paga! É muito bom assim!”. Em relação a este último ponto, acrescento: além da similaridade com o discurso de Miriam, Azaleia contou-me que, para fazer a inserção do DIU no SASC, precisou comprá-lo – materializando os discursos já vistos do médico e da enfermeira a respeito da falta dessa contracepção no SASC (e no HU).

Ainda sobre o discurso de *liberdade*, faço notar que, da mesma forma que sua irmã, Azaleia desabafou que, no começo, quando escolheu colocar o DIU, tinha um “receio”, que classificou como sendo “normal”: o medo de o DIU sair do lugar. Apesar de justificar que sua preocupação se dava porque não queria engravidar no relacionamento anterior (“[...] eu tava num relacionamento que eu não era feliz, sabe. Então, assim, a última coisa que eu queria era engravidar dele”) e, dessa maneira, sentia-se segura ao fazer exames de seis em seis meses (“Talvez, eu tinha essa *neura* de ‘Ai, meu Deus! A cada seis meses eu tenho que ver se tá no lugar, e tal.’”), foi possível verificar que a “neura” ainda circula, fazendo funcionar o dispositivo: “‘Ai, será que tá bem encaixado, e tal?’. Mas até nesse meio tempo que a gente fez a roda de conversa, eu fui na ginecologista, fiz o transvaginal e tava tudo certo”. A roda de conversa desta pesquisa, pelo que se pode notar em sua fala, despertou a dúvida e a necessidade de ser tranquilizada pelo discurso médico e, mais ainda, pelo controle ser visível permitido pela ultrassonografia – mesmo que o motivo de ter agendado uma consulta médica tenha sido qualquer outro.

Azaleia também (lembrando-me do relato de Ana) falou da *Vagina sem neura* e, ainda, da *Ginecologia emocional* como páginas nas redes sociais importantes para sua “libertação” – voltando-se para o conhecimento do próprio corpo e do seu ciclo – e para o compartilhamento com outras mulheres (“[...] po, pra mim, foi uma *libertação*! Eu indico pra todas as minhas amigas!”, “[...] admiro muito o trabalho dela e não é à toa que ela tem tantos seguidores e tem tantas mulheres que se libertaram graças a ela”). Tanto a produção de saberes materializada nas redes sociais quanto a *indicação* para outras mulheres mostram-se regularidades do dispositivo e serão aludidas na sequência, com mais afinco.

Assim como Miriam e Azaleia, Flora relatou que, usando a pílula, seu corpo “[...] retinha mais líquido”, “[...] tava sempre cheia de celulite” e notou que, apesar de ser “[...] uma pessoa muito ativa”, sempre fazendo atividades físicas, os “[...] os efeitos de atividade física [...] não eram tão legais”. Foram cerca de oito anos utilizando a pílula, e, somente depois da pausa, percebeu “[...] algumas alterações” em seu corpo (para além da já mencionada): antes, era mais desanimada, menos disposta; e a libido foi o que sentiu “[...] uma diferença absurda. Outra semelhança encontrada foi em relação ao discurso de Sabrina: a ilusão de que o sangramento induzido pela pílula é natural, e não uma tecnomenstruação. Destaco a fala de Flora: “[...] quando eu usava anticoncepcional, eu usava aquele que eu *continuava menstruando*, né. Porque eu meio que sempre tive *uma aversão a não imaginar meu corpo expelindo o sangue*. Eu sempre achava *não natural*, assim”. Na entrevista do médico participante desta pesquisa, também, já foi possível notar e anotar que a produção farmacopornográfica simula o ciclo fisiológico como estratégia de controle do tecnocorpo e da tecnosubjetividade. Antes da ingestão da pílula, Flora comentou que seu ciclo “[...] era uma bagunça total”, não sabendo quando ia menstruar ou não, tendo que se precaver e sempre carregar um absorvendo consigo, e isso foi, segundo ela, “[...] uma ótima *desculpa* pra eu iniciar o uso” da pílula, já que (voltando à indução técnica de menstruação), “[...] o anticoncepcional, em teoria, faz isso né... *ele regula a tua menstruação*”. Aliás, *ser uma desculpa* para usar contraceptivo está concatenado aos discursos familiares que atravessam o corpo e a subjetividade de Flora (e o dispositivo DIU), conforme delinearei na próxima subseção.

No embate entre o público e o privado, colocar o DIU foi uma decisão influenciada por uma amiga, que já usava esse contraceptivo. A amiga, que tinha uma ginecologista que “[...] fazia meio que campanha pelo DIU de cobre” e que discursivisava pelo controle de fertilidade que não gerasse e não alimentasse, no corpo, o que não fosse *natural*, disse-lhe a experiência boa que teve nessa “[...] transição” e fez com que Flora achasse que seria “[...] uma opção legal”, abandonando a pílula “[...] por conta dos riscos mesmo que têm pra saúde, de uso contínuo”. Retornando ao discurso de menstruação, apontou que, para “[...] fazer essa escolha do DIU” (direcionando seu discurso, supostamente, a outras mulheres), é preciso entender, estar consciente, aceitar e não se incomodar com as mudanças no corpo, “[...] saber que teu corpo [está] atuando mais naturalmente”, aceitar que a menstruação pode aumentar (“[...] agora que eu uso o DIU, né, ele dura de sete a oito dias”), não ter medo de sentir dor e, ainda, de “[...] ser discriminada” (que comentarei na próxima subseção). A partir disso, Flora recomenda o DIU para outras mulheres. Flora, nesse comentário e ao longo da entrevista, reforçou os discursos

que perpassam o dispositivo DIU: de aceitação da menstruação – de fazer as pazes com ela –, demonstrando, ainda, a motivação. Anoto dois dos trechos comentados:

[...] se a mulher quer fazer, ela deve procurar pra ver se ela tem o **tamanho certo**, se ela pode, o que que seria melhor pro contexto dela. Mas o que eu vejo é que a maioria das mulheres tem tanto **medo de mexer nisso**, [...] aí falta essa iniciativa de **não ter medo**, tanto de **ser discriminada** quanto **de sofrer**, né, **de ter dor** e tal.

[...]

[...] eu recomendo pra todo mundo que possa colocar e que tenha condições de se adaptar, [...] fazer o possível pra ficar mais confortável com o seu corpo.

Antes desses discursos de *aceitação*, de *medo*, de *discriminação* e de *recomendação*, Flora falou sobre “tamanho certo”, fazendo referência ao útero. Flora foi um caso, daqueles que ora foram tidos nesta pesquisa como “raros” (seja por discursos de políticas públicas, seja por discursos médicos), ora como discursos de perigo (seja por negligência médica, seja por um útero “zangado”), ora como discursos de outras mulheres, por vezes, distantes ou de amigas: o DIU deslocado. Em dezembro de 2016, na primeira inserção que fez, sem anestesia e sem dor, Flora narrou:

Mas, eu passei, depois de colocar, um dia inteiro com muita cólica, passei o dia inteiro na cama. Apesar de não ter doído a inserção, naquele dia, até **o meu corpo adaptar**, eu imagino, eu fiquei com muita dor o dia inteiro. Então, na segunda vez que eu fui colocar, que daí foi em janeiro de 2017, eu, inclusive, não fui sozinha, porque eu fiquei com medo de passar mal, como da primeira vez. Porque, na primeira vez, eu passei esse dia inteiro mal. Só que, na segunda vez, também não doeu pra colocar, né. Mas, na segunda vez, eu não tive nenhuma reação, após assim, passei o dia normal. Então, claro, né... tem **uma série de fatores que podem ter influenciado eu ter passado mal** na primeira vez que eu coloquei e, na segunda, eu não ter passado mal.

Esse excerto pareceu ser estrategicamente dito pela entrevistada no momento em que defendia que, nas redes sociais, como grupo de que faz parte (*DIU de Cobre*, no *Facebook*), devessem ser enfatizados os relatos positivos sobre o DIU e que, justamente por isso, não compartilhava sua experiência lá para não alimentar a estigmatização que já faz parte dessa contracepção: “É um discurso que reforça o medo das mulheres de colocar o DIU. Só que, às vezes, a reação adversa pro que você tem pro anticoncepcional pode ser muito pior e pode ser que você nem saiba”. Mais uma vez, os deslocamentos entre os dispositivos da pílula e do DIU fazem parte, em embate, do funcionamento deste último. Contudo, diante desse excerto e das leituras possíveis, noto que uma suposta negligência médica foi minorada pela entrevistada, em que a memória do útero “protestante” retorna em seu discurso, já que seu corpo demorou para se *adaptar*, e acrescento, ainda, a *influência* de diversos fatos pode ser lida como a insinuação

de que instintivo e o irracional agiram conforme a natureza (em insinuação à *objetificação biologizante* dos corpos das mulheres).

Antes de encerrar esta subseção, dou continuidade ao que Débora Diniz (2013) denominou como *gerações pílulas* – sobre as quais comentei nas subseções de análise das políticas públicas desta dissertação. Com essas entrevistas postas em investigação, é possível dizer que essas mulheres fazem parte da *terceira geração pílula* (nascidas entre 1980 e 1999), mas acrescento essa modalidade de prezarem o abandono dos hormônios, de reforçarem discursos de retorno à *natureza*, de positivarem a *Ginecologia Natural*, em um constante esforço de resistir, a todo momento, ao dispositivo da pílula (*panóptico ingerível*) – que continua em funcionamento.

Nesse ínterim, esse movimento de mulheres parece demonstrar ter encontrado no dispositivo microprotético DIU uma tentativa de dar conta da emergência que engendra corpos e produção de subjetividades sem hormônios sintéticos, mas que não engravidam (por controle ainda associado a uma tecnologia). Contudo, esse projeto mostra-se atravessado por produção de identidades pouco maleáveis, como parte do que venho chamando de dispositivo microprotético DIU. Como foi possível perceber, com esse dispositivo *liberógeno* (FOUCAULT, 2008 [1979]), há o deslocamento para a invenção de novos modos de produção de subjetividade. Todavia, embora coloque essa menção de deslocamento de um dispositivo para outro, não estou configurando como uma ruptura/cisão, mas como relacionados e como parte da emergência e do funcionamento do dispositivo DIU.

3.4.3 Um dispositivo pouco “familiar”

Nesta subseção, então, faço notar enunciados e regularidades discursivas que envolvem as relações das mulheres entrevistadas com outros sujeitos, em especial nas relações familiares e sociais. Friso que não tenho a pretensão de emitir juízo moral, mas, meramente, identificar novas práticas que mantêm que o dispositivo DIU funcione, suscitadas por novas técnicas de distribuição e de produção de subjetividades.

Trago parte da narrativa de Sabrina, de início, para fazer notar a relação familiar enquanto parte integrante do funcionamento do dispositivo anticoncepcional (e, ainda, do dispositivo DIU). A entrevistada, colocando-se, por vezes, a falar em voz baixa, ao comentar sobre a família, disse-me que, apesar de sua família entender que as mulheres que usam contracepção (em especial, a pílula) fazem isso para se proteger (dando a entender que seja a proteção contra gravidez), sua mãe, notadamente (e adversativamente), foi quem quis lhe impor

limites. Já que Sabrina não tinha um relacionamento fixo, na adolescência, sua mãe achava não ser necessário utilizar contraceptivo: “[...] a minha mãe não aceitava, porque ela dizia que eu não precisava daquilo, porque ela não queria aceitar que a filha dela tinha uma vida sexual ativa” – desabafou.

Sobre o que ainda disse ter escutado “dentro de casa” sobre a ingestão da pílula, Sabrina comentou que, após terminar um namoro de longo período, foi questionada: “Tipo, não estou mais namorando, por que eu vou usar anticoncepcional? Como se eu só precisasse utilizar quando eu estou namorando, porque eu só vou transar quando eu estou namorando. Isso eu ouvi dentro de casa”. Na sequência, depois de me contar que o relacionamento que teve se caracterizou como sendo abusivo (durando quase dez anos) e passando a entender dessa maneira somente depois do término, Sabrina disse que o uso da pílula, para a sua família, estava também associado à obrigação de o namorado arcar com esses *gastos*: “[...] sobre o uso de anticoncepcional aqui em casa... tipo, ‘Ah, ele tem que pagar o teu anticoncepcional porque é ele que está te usando’, coisas assim, sabe? Escutei isso da minha mãe”. A entrevistada, recorrendo ao encolhimento da tonalidade de voz, parecia querer encontrar explicações para sua mãe agir daquela maneira: ter “uma visão mais antiga”, querer protegê-la de “certas coisas” e ela ser a filha mais velha.

Diante de tantos enunciados que demandariam linhas escritas de problematizações (como as regularidades tanto de as mulheres somente terem relações sexuais em relacionamentos fixos quanto de o corpo das mulheres *serem usados* pelos cônjuges, e isso, ambigualmente, sustentar-se a uma suposta divisão de responsabilidades, sendo que, de modo comparativo, poderia ser aproximado à necessidade de mulheres terem a anuência de seus parceiros – ou de seus familiares homens – para usarem contraceptivo ou não), penso no papel da *proteção* materna associado ao dispositivo DIU. Para Sabrina, falar sobre o DIU “nesse ambiente” (que é a casa dos seus pais) foi outra lacuna sobre a qual se viu imersa, alegando ter dificuldade de manifestar sua vontade por achar que seus pais sejam “mais antigos” e com “[...] mentalidade não tão aberta”. Mas é sua mãe que mais lhe causa preocupação, por dois fatores, conforme narrou para mim. Primeiro, pela visão que sua mãe tem sobre o DIU, do que “[...] já ouviu falar, já tem uma visão de que não funciona, de que muitas mulheres engravidam com o DIU, né”, marcando uma das regularidades desse dispositivo – que voltou a se fazer presente na fala dessa entrevistada quando mencionou discursos outros “[...] *que é muito fácil engravidar com o DIU, que a criança sai com o DIU na mão...então têm muitos casos*”. E, segundo, pela relação que tem com sua mãe ser conturbada e isso lhe causar medo:

[...] eu acho que também é um pouco de medo familiar. Sabe? De o que a minha mãe vai pensar porque a gente já tem muitos atritos por pensar muito diferente. **Por eu estar sempre levantando a bandeira do feminismo**, muita coisa ela fala que não é bem assim. Então, eu acho que na hora em que eu for comentar que eu quero colocar o DIU, eu já vou escutar muita coisa e, às vezes, eu prefiro não ter essa batalha.

A esse segundo ponto, Sabrina resume o diálogo com sua mãe a *batalhas* e *atritos*, por pensarem diferente, o que fomenta seu *medo* de colocar o DIU, mas o que me interessa aqui é tanto a aproximação, em frequência, entre o DIU e os discursos e as causas feministas – já anotados nesta dissertação – quanto pelo mesmo termo (“batalha”) dispor o corpo de Sabrina, assim como das mulheres adeptas ao DIU, no entrecruzar de disputas entre conservadores (da célula familiar tradicional) e feministas pró-escolha.

Depois de falar sobre “mente fechada”, reportando-se aos seus pais, Sabrina, na dicotomia que construiu, narrou que suas amigas, no convívio que vivencia, têm “[...] a mente bem mais aberta”, já que o “[...] debate da saúde da mulher, do prazer feminino, de tudo isso” acontece com certa frequência, através de “troca experiências” – “[...] eu tenho amigas que já têm o DIU e trazem experiências. Amigas que também querem colocar, mas estão com aquele medo”. Além da construção do tecnôgênero e de corpos e de prazeres heterocisnormativos (prazer *feminino*), mais uma vez, o DIU aparece vinculado à rede de mulheres que se informam, que fazem trocas de experiências – em um movimento, diga-se de passagem, contra a família e a medicina –, e que fazem a propaganda dessa contracepção (ainda que associada ao risco – o medo). Ainda a esse respeito e somada à questão de o DIU não ter hormônios, Sabrina, ao final da entrevista, afirmou que a informação do percentual de falha deveria ser mais veiculada e complementou: “Eu acho que deveria ser um dos pontos fortes de quem *levanta a bandeira do DIU*, sabe? Eu acho que esse é o principal ponto, né?”. Nesse seu enunciado, é possível perceber que o acesso ao DIU é vinculado às movimentações de mulheres em defesa da causa, como forma de representação, de produção e como parte de um projeto de expansão do dispositivo DIU, e não às ações políticas e institucionais.

Nesse aspecto, conduzo parte da narrativa de Miriam para cá. Essa entrevistada, por sua vez, frisou que não teve que ouvir nenhum tipo de restrição quanto à sua escolha contraceptiva, tanto de família (“Na minha família, não tem ninguém assim muito religioso, muito, digamos, conservador e tal”) quanto de amigas (“Inclusive, nem até uma coisa que algumas pessoas ainda ficam usando como justificativa é que, ‘Ah, o DIU é abortivo!’, nem isso eu ouvi”). Faço notar, contudo, a regularidade discursiva de oferecer, propagar o DIU como parte desse dispositivo (e de deslocamento de outro), quando Miriam diz: “Quereria *converter* todo mundo pro DIU, do tipo, ‘Parem de tomar anticoncepcional, porque é uma bomba e blá

blá blá!””. Interessante observar o uso do termo “converter”, que coloca o dispositivo DIU em um embate: de resistência a discursos religiosos e conservadores, mas de ascensão de uma espécie de *solicitação da verdade tecnocientífica*. Aqui, é possível, ainda, relembrar os discursos do médico e da técnica em enfermagem que frisaram o aumento da procura de estudantes universitárias desejando a inserção de DIU no serviço local, o que representaria outro vértice na rede desses enunciados.

Sua irmã, Azaleia também demonstrou ser a favor *dessa causa*, já que ainda têm “[...] algumas (amigas que) defendem muito o anticoncepcional”, mas, como uma espécie de trabalho: “Até tem uma que eu tô tentando *convencer* ela a não tomar, mas ela tem muito problema de pele, ela acha que só o anticoncepcional vai salvar ela, sabe. Mas isso *é um trabalho a longo prazo*, eu sei que demora um pouquinho”. Aproveitando que citei essa entrevistada, continuo. Azaleia ratificou o discurso da irmã de que a família “[...] tem uma relação muito tranquila”, que “[...] não têm críticas”, e que a única reação de seus pais foi a dúvida e o medo de o DIU ser eficiente ou não: “[...] quando eu e minha irmã, a gente decidiu colocar o DIU, teve um pouco do ‘Ai, será que realmente funciona? Será que, né?’, fica aquele *medo* assim”. Diferentemente de Miriam, entretanto, foi a descrição que Azaleia fez da reação de suas amigas – “[...] as minhas amigas, algumas ficaram bem chocadas!”. Houve amigas que também manifestaram a preocupação quanto à eficácia do contraceptivo (“Nossa! Tu vai colocar o DIU, mas se tu engravidar? Porque eu já ouvi alguém que teve...”) e houve, também, amigas que a questionaram sobre ter filhos (“Mas tu não quer ter filho? Mas tu não é mãe ainda, como é que tu colocou o DIU?”). Como já foi observado nesta pesquisa, os corpos das mulheres são constantemente atravessados pelo dispositivo da maternidade, e, aqui, ele aparece: como uma obrigatoriedade das relações de gênero, principalmente em relação à idade (32 anos) da entrevistada; como uma negação pela entrevistada (“A maioria das minhas amigas já tão sendo mãe ou querendo ser, e eu não quero”), que recorre ao uso do DIU; como parte da rede discursiva que posiciona o DIU às *mulheres certas* – aquelas que já pariram; e, dicotomicamente, também como parte do dispositivo DIU, que posiciona essa contracepção aos discursos de ineficácia, que levam à maternidade, seja da criança segurando o dispositivo, seja das mulheres que abortam com esse dispositivo.

Quando perguntada sobre tabus que já tenha escutado, Bea disse que, quando passou a pesquisar sobre o DIU, “[...] tinha encontrado várias coisas falando sobre a questão de que o DIU podia causar infertilidade no futuro”, mas que, depois, viu “[...] que era só especulação”. Ela explicou que, a partir de relatos médicos e das “meninas da enfermagem”, entendeu que o

DIU poderia ser retirado a qualquer momento e que “[...] não seria algo que te deixaria infértil para o resto da vida”, mas que poderia interferir na fertilidade logo após a retirada (dia seguinte ou semanas e meses seguintes). Por isso, seria preciso se “[...] programar pra ter filhos”. Pelo que se pode ver, há a confusão (talvez, proposital) que mescla a memória discursiva dos primeiros DIUs (especialmente do *Dalkon Shields*) e a infertilidade e a, digamos, readaptação do corpo sem a interferência do controle microprotético inserido nele.

Bea, ao longo do diálogo que tivemos, confessou, em diversos trechos, não concordar com dois pontos: (i) com a indicação de DIU para mulheres jovens, adolescentes; e (ii) com a relação existente entre promiscuidade e uso de DIU. Antes de analisar, disponho, a seguir, esses trechos:

[...] antes eu via que o DIU era pra **mulheres que já tavam mais a frente, mais de 25, 26 anos** e que já tinham **toda a sua linha traçada**, e, às vezes, eu acho que, talvez, nem tanto, porque, se for parar pra pensar, o anticoncepcional é uma coisa que, **pra gente, é mais fácil de esquecer**.

[...]

Uso de camisinha também é... vamo combinar que tem uma galera que não usa tanto e, na idade que a gente tá, inicial, eu acho que é um momento mais perigoso... não perigoso, mas é um momento mais tênue, na nossa vida, de a gente ter problemas com doenças sexualmente transmissíveis ou de tá tendo um filho. Eu tive uma colega com 15 anos que teve um filho. Ela teve que parar todo o estudo dela, na época era Ensino Fundamental, e ela teve que parar tudo.

[...]

Então, eu acho que é um pouquinho complicado, porque também tu não vai dizer para meninas de 15 anos, que estão recém começando a ter as primeiras menstruações, “Ah, vai lá e coloca o DIU!”. Normalmente, a visão do DIU é, realmente, pra idades mais avançadas, ou pessoas que não querem ter mais filhos e que já tenham.

[...]

Mas, mas eu acho que, se fosse pra ter um preconceito quanto a isso, deveria ser um preconceito contra a idade então e não quanto ao método contraceptivo que a pessoa está usando. A gente sabe que nas idades iniciais, de 20 anos, ali, principalmente estando na faculdade, o número de parceiros acaba sendo maior.

[...]

Na verdade, eu acho que, se eu estivesse com várias pessoas, eu, provavelmente, já estaria com o DIU. Eu teria ido mais atrás. Mas o anti, eu tenho amiga que tem namorado há anos e usa o anti e tenho umas que nunca nem namoraram e têm vários parceiros e usam o anti. **Então, não faz sentido a correlação do DIU com a promiscuidade e outros métodos não serem associados a isso.**

Com esses trechos expostos, dentre algumas possibilidades de análise, penso em problematizar três regularidades. Primeira, Bea mostra, em seus discursos, a ambiguidade de o DIU ser destinado às mulheres de “[...] mais de 25, 26 anos”, que denominou como “[...] mais

a frente”, por já terem *traçado uma linha*, mas retoma, também, o discurso de que mulheres mais jovens e adolescentes são mais “esquecidas”, e, por isso, menos responsáveis. Em outro momento, Bea já havia falado sobre essa expressão de “linha traçada” referindo-se à normalidade de as mulheres fazerem o uso da pílula antes de aderirem ao DIU – sendo, até mesmo, uma necessidade passar por esse processo. A irresponsabilidade ligada à idade volta a aparecer, na sequência do trecho selecionado, somado aos discursos de perigo, de doença e de gestação, já muito comentados nesta pesquisa. Segunda, e ligada à primeira regularidade, é a nuliparidade e a escolha de não ter mais filhos, que remontam os discursos de tecnologia segura e *mulheres erradas*, comentados por Takeshita (2012). Terceira, também se entrecruzando às demais: “[...] se fosse pra *ter um preconceito* quanto a isso, deveria ser *um preconceito contra a idade então e não quanto ao método contraceptivo que a pessoa está usando*”. Ou seja, a tecnologia é segura, são as mulheres jovens, irresponsáveis e promíscuas (em especial as universitárias – “[...] principalmente estando na faculdade”) que são *erradas*. A essa terceira rede discursiva, contudo, uma agonística surge: para a entrevistada (para o privado), o DIU seria uma boa opção se tivesse mais de um parceiro sexual (“[...] eu acho que, se eu estivesse com várias pessoas, eu, provavelmente, já estaria com o DIU) e apesar dos 21 anos que tem, uma vez que, como frisou diversas vezes, preocupa-se em usar camisinha para se prevenir de ISTs; contudo, para o público, como já comentado, precisaria haver restrições. Os discursos de Bea, aliás, justamente materializam o que o médico entrevistado chamou de *tabus* que atravessam o dispositivo DIU: mulheres jovens não poderem inserir o DIU; e a promiscuidade associadas a estas.

Carol, apesar de defender que o DIU funcionava bem para ela (“É isso assim, funciona muito bem para mim”), também, em um trecho de sua entrevista, acentuou a questão da idade. Foi no momento em que disse que “[...] gostaria de ter conhecido antes”, que na ida à primeira ginecologista com a mãe, gostaria que ela lhe “[...] mostrasse outras opções”, manifestou-se em dúvida e fez aparecer a ambiguidade:

Mas também seja algo que... a gente possa ter acesso quando for **um pouco mais maduro**, né? Eu, sei lá, com 15, 16 anos, se me falassem sobre DIU, eu primeiro ia ficar apavorada **de ter algo dentro de mim**, juntar com a falta de conhecimento **de ser de uma cidade pequena**, pode ser que eu ficasse um pouco mais receosa assim, até mesmo depois de muitos anos.

Ser *madura* e entender e aceitar que seja colocado *algo dentro* do corpo são os discursos de atravessamento do dispositivo aqui estudado. Além disso, em confluência com o que discutido nesta subseção, Carol contou-me que uma amiga e a mãe desta foram as únicas

que, diretamente, disseram-lhe discursos contrários à colocação do DIU. A amiga achou *radical* demais a migração da pílula para o DIU, e a mãe desta disse para Carol para que não fizesse isso, que Carol “[...] era *louca* de fazer uma coisa dessas” e que o DIU “não funcionava”.

Jasmim comentou que não vivenciou recriminação em relação à sua escolha contraceptiva, mas que ouviu discursos como: “‘Ah, será que é seguro?’, ‘Ah, porque eu conheço fulaninho que nasceu com o DIU colado!’ [...] Teve gente que falou, ‘Ah, mas isso é coisa antiga! Não funciona mais. Hoje em dia, o moderno é a pílula!’ (risada)”. Além da sexualidade – que já comentei na primeira subseção –, que sempre foi “lida” como heterossexual, deixando de falar sobre a bissexualidade, Jasmim confessou que prefere mentir sobre a quantidade de parceiros que teve quando busca por atendimento, principalmente ginecológico, por “medo de ser julgada”. Ela afirmou: “Eu acho que eu mentia bastante”; “Eu falava que era um parceiro fixo. [...] Muito provavelmente por esse medo de ser julgada, né, de estar fazendo algo errado e eu acabava ocultado e falando que eu tinha um namorado e que era um parceiro fixo, pra não sofrer esse tipo de pressão”. Aqui, anoto para o desejo de produção da norma (corpos monogâmicos), estrategicamente, para não sofrer recriminações de discursos e práticas médicas desqualificadores de corpos não enquadrados à heterocisnormatividade.

Lis, depois de ter dito que há “[...] duas coisas que se associam ao uso do DIU”, que ela gostaria que fossem *desmistificadas*, que seriam o DIU ser abortivo e causar infertilidade, ela acrescentou ser outro mito a dor na colocação:

Então, esse é **outro mito** que eu ouvi e não lembrava mais, que é muito dolorido você colocar. Eu **não sei se é dolorido, é incômodo, tem alguém mexendo dentro de você**. Você está ali com **as pernas abertas e tem uma mão**, tem **um aparelho**, aqueles **negócios gelados, nojento**, enfim, né. Mas esse é outro mito.

Essa entrevistada não pôde participar da roda de conversa e, inclusive, disse que queria ter podido escutar esses relatos sobre o momento de inserção das mulheres participantes da pesquisa, o que, talvez, a fizesse mudar esse discurso dito na entrevista, já que algumas das mulheres relataram a dor que sentiram. O expressivo, nesse trecho, é que, apesar de não ter sentido dor, Lis tem seu discurso interpelado, novamente, pela construção técnico-orgânica do corpo, e acrescento: para além da imbricação entre orgânico e inorgânico, do toque entre órgão considerado sexual e máquina(s) (“[...] com as pernas abertas [...] tem um aparelho, aqueles negócios gelados, nojento, enfim”), há o toque do outro, há o perito, “tem uma mão”.

A entrevistada Pri, por sua vez, deu ênfase à necessidade de ser divulgado que o DIU não é abortivo. Mesmo que não seja uma usuária de DIU e que tenha afirmado não ter sido impedida por pessoas próximas em suas escolhas contraceptivas, fez da entrevista um momento

de manifesto de sua decepção quanto ao “atual governo” que, “[...] andando um pouco pra trás”, prega os cuidados da saúde associados à religião. Para ela, seria preciso “[...] desligar saúde da parte de religião”, não havendo “[...] nenhuma ligação, porque contracepção é uma questão de saúde pública” e porque é uma relação “[...] de médico e hospital e postinho e o que a pessoa quer”. O discurso de Pri direciona-se para o regime discursivo que, em série, atravessa não somente o dispositivo DIU, mas outros dispositivos, como o de gênero, no entrecruzar de diversas instituições (inclusive a religião). É mister anotar que o médico entrevistado, nesta pesquisa, fala do quanto é problemático outros(as) profissionais cheios(as) de *tabus* e de preconceitos, a partir da formação que tiveram, seja “[...] religiosa, moral, [seja] acadêmica” ou das experiências que tiveram. Em contrapartida, relembro o entrecruzar entre falas científicas e religiosas, por sua vez, presentes no discurso da técnica em enfermagem, a qual afirma acreditar no caráter abortivo do DIU.

Aliás, nesse ponto, retomo a narrativa da entrevistada Ana que, segundo ela, para se autoconhecer, buscar a natureza cíclica do seu corpo, enfim, teve que passar por “[...] um processo de desconversão”. Ela continuou dizendo: “Eu tive um processo de conversão, pra ir pra igreja evangélica, e eu tive o processo, bem mais difícil, de *desconversão*, de conseguir... [...] quebrar [...] *traumas* [...] que botaram [...] *sobre meu feminino* assim, tipo... tudo era pecado, sexo é procriação, sabe”. A *desconversão* de Ana não se deu somente no distanciamento das práticas religiosas, do poder pastoral, para que pudesse ter outra construção de *feminino*, mas também a quebra de laços familiares, o divórcio e a separação da família do ex-marido – “[...] os pais do meu ex são (da igreja) e aí tinha muita cobrança”; e, ainda, o distanciamento de traumas, como um que ela mesma exemplificou, de o DIU ser abortivo:

[...] eu mesma acreditei que o DIU era abortivo [...] Mas, isso foi um processo de desconstrução, porque eu realmente ouvia isso, dentro da igreja evangélica. Sei lá, tipo, se uma mulher falasse que tava usando o DIU, era condenada! Porque o que era ensinado era que o DIU era extremamente abortivo, matava os bebezinho tudo, e o aborto é pecado, dos piores... Assim, “Tô matando uma alminha viva, inocente!”, sabe assim?

Flora havia dito que tomar a pílula era para poder *regrar/controlar* sua menstruação, que era uma *bagunça*, mas que esse motivo foi usado por ela como uma *desculpa*: “Não era por isso! (risadas) Eu só queria poder transar *sem ter medo* de ficar grávida, *mas eu não podia falar isso pra minha mãe, porque ela ia ficar brava*” – continuou explicando e rindo. Natural de Foz do Iguaçu, Flora, em diversos momentos de sua fala, retomou que era “[...] uma cultura” as pessoas da família (principalmente, as mulheres) acompanharem/cuidarem (com discursos

conservadores e morais) das experiências sexuais das parentes mulheres mais jovens. A exemplo disso, Flora descreveu que, quando morava na cidade natal, ia à ginecologista (com que, aliás, nunca se sentiu confortável – “[...] não me sentia à vontade com ela”) acompanhada de alguma parente: “Uma vez, eu fui com uma tia, e as outras duas vezes, eu fui com a minha mãe. Era mais estranho, porque é uma cultura, assim, a jovem adolescente ela não se sente bem com a mãe ou com a tia dentro do consultório, eu acho”. Um dos atravessamentos da iniciação de gênero pode ser visualizado nesses discursos (e práticas), mas continuo a narrativa: Flora disse, ainda, que, em sua família, o uso de contracepção (especialmente a pílula) não era nem “[...] questão de doença, nem mesmo a questão de regular a menstruação”, mas sim “[...] a questão de não ter filho, né, se não quisesse”, porque isso “[...] gera uns traumas” na família, já que, para algumas de suas parentes, “[...] isso aconteceu várias vezes”. Aqui, faço notar os discursos que redundam entre o prazer e a reprodução imbrincados aos corpos das mulheres, em que a contracepção sustenta uma positivação do controle de fertilidade – e uma negatificação (e um silenciamento) do prazer.

Ainda sobre os discursos do seu ciclo familiar, Flora comentou se sentir “[...] um pouco invadida” por não respeitarem a decisão que toma quando expõe suas escolhas, principalmente em relação ao DIU. Referindo-se aos seus familiares como “pessoas”, a entrevistada descreveu:

[...] quando eu digo que ele (o DIU) é, em teoria, ele pode ficar no corpo até dez anos, as pessoas, às vezes, ficam meio **ressabiadas**, assim, parece. Ficam um pouco **incomodadas** de imaginar que assim é tanto tempo, né. [...] Então, eu já senti muito da família, assim, de as pessoas **não entenderem bem como que funciona o DIU**, primeiro. Isso é interessante, né. Quando eu falo pras pessoas, elas acham estranho, porque **“Tem uma coisa dentro de você!”**, eu já escutei isso, é esquisito ter uma coisa dentro de você. E aí, as pessoas querem saber se dói e não sei o quê. [...] Mas é mais no sentido de, “Ai, como que você **tem coragem de colocar um negócio dentro de você?** E **é certo que você não quer ter filho?**”. E eu já ouvi, inclusive, a minha mãe uma vez falou, “Ai, você vai ter ainda, **vai engravidar e vai desce a criança com o DIU na mão!**” (risadas). Então, eu **me sinto um pouco invadida** quando isso acontece, porque é uma expressão de que não, as pessoas não respeitam a minha decisão, elas não acham que eu tenho esse direito, né. Mas, como **eu posso fazer isso sozinha**, né, **não preciso da assinatura de ninguém**, do aval de ninguém, eu faço. Mas, eu acho que isso também é um tipo de coisa que pode muito evitar que as mulheres tomem essa decisão, sabe, muitas mulheres podem muito **bem querer fazer essa opção**, mas não fazer por essas resistências, né, familiares que existem e tal.

[...]

Acho que tem meio que uma **demonização** sobre o DIU em específico, porque ele é mais invasivo, né, no sentido de que, pra colocar e pra tirar, ele **é um corpo estranho dentro de você**.

Na sequência desse trecho, Flora, entre risos e tom de protesto em sua fala, disse que considera “[...] uma piada” isso de “[...] nascer com o DIU na mão” – aliás, discurso este presente na fala da técnica em enfermagem. Um dos agonismos que perpassam o dispositivo

DIU (e outros dispositivos em entrecruzamento), como já aludido em outras partes da pesquisa, é essa constante batalha que sustenta duas ordens: a domesticação e a vigilância dos corpos das mulheres (especialmente o útero), através de uma série de enunciados que percorrem o comedimento não somente da moralização de práticas sexuais, mas do que elas colocam dentro de seus úteros (já que são corpos reprodutores, enredados ao dispositivo da maternidade) – “Tem uma *coisa dentro de você!*”; “[...] como que você tem coragem de colocar *um negócio dentro de você?*”); e, ainda, a resistência das mulheres na busca por independência nas suas decisões (“[...] eu posso fazer isso sozinha [...] não preciso da assinatura de ninguém”; “[...] muitas mulheres podem muito bem querer fazer essa opção”).

Apesar de não dar muitos detalhes, Girassol foi mais uma das entrevistadas que se defrontou com barreiras impostas pela família. Morar sozinha em Florianópolis lhe possibilitou ser outra. Tendo sua juventude toda alçada aos discursos da religião católica (“Eu sou católica, talvez não praticante, mas assim, digamos, eu fui criada dentro da igreja católica, com catequese e tal, você sabe todos os padrões, né?”), Girassol disse ter ouvido e acreditado que o DIU é abortivo: “Meu Deus, mulheres abortam!”; “[...] eu ficava meio assustada, tipo, ‘Como que você pode pôr um negócio que vai ficar abortando?’, né. Porque eu não entendia ainda de ginecologia, de ciclo menstrual! E eu escutei muito que DIU era abortivo, pela minha mãe, pelas colegas dela”; “[...] até os 20 e poucos, eu acreditei nisso, porque eu só absorvia”. Foi preciso das leituras que fazia no grupos de *Facebook* para se convencer de que “[...] o DIU não é abortivo. O DIU impede que haja a fecundação! Não é um aborto, né, é um empecilho, né! É uma barreira!”.

Antes de partir para a próxima subseção, comento que, como já aludido, esses discursos fazem parte do dispositivo microprotérico DIU, uma vez que a construção de tecnosubjetividade e de tecnogênero dessas mulheres configura-se como biocódigo, e este é “[...] público, científico e da comunidade em rede” (PRECIADO, 2018, p. 128). Ou seja, o dispositivo microprotérico DIU produz, a partir de múltiplos discursos, a instauração de saberes, de regimes de verdade sobre os corpos das mulheres, um aparato de vigilância e de disciplinas de práticas.

3.4.4 A proliferação do discurso clínico

Além dos discursos familiares e de outras pessoas próximas (ou das que presenciam virtualmente), as mulheres que aderem ao DIU têm seus corpos e subjetividades atravessados

pelos discursos e práticas de profissionais da medicina e da enfermagem. É, nesta subseção, que dialogarei com trechos de algumas das entrevistas feitas, verificando parte das redes de materialização biopolítica do dispositivo aqui analisado.

Começo pela Bea que, apesar de desejar inserir o DIU, pois ainda não o havia feito, já havia passado por uma situação delicada, digamos, que relatou tanto na roda de conversa quanto na entrevista, comovendo quem a escutou. A passagem que teve pelo SASC se deu no momento em que o local estava sem fazer a inserção de DIU (meados de 2018) e que o médico ginecologista-obstetra fazia o encaminhamento para o posto de saúde para que fosse realizada a colocação do DIU. Aliás, abro parênteses: a colocação de DIU no SASC, descoberta por Bea ao participar desta pesquisa, surpreendeu-a e gerou certa revolta na entrevistada. Fecho parênteses. No SASC, com os exames comprobatórios de que tinha trombofilia, Bea teve um diálogo rápido com o médico, “[...] como se fosse rotineiro”, ele lhe solicitou outros exames para certificar se Bea poderia ser usuária de DIU e, assim, direcioná-la para o postinho.

Foi no postinho que a entrevistada vivenciou não somente dias de espera, de demora (“Essas idas ao posto elas realmente demoraram, eram uns períodos de até um mês que eu ficava esperando ou, às vezes, uma semana, duas semanas, dependendo do que eu ia lá pra fazer”), mas que teve a experiência nova de intervenção do regime tencobiopolítico em seu corpo. Com a ausência da enfermeira local que, normalmente, fazia a colocação de DIU, Bea foi questionada da possibilidade de os residentes fazerem o procedimento. Como já estava cansada de aguardar, pois “[...] já tava começando a ficar maçante” todas as idas ao postinho, Bea decidiu que os residentes poderiam fazer a inserção – “[...] eu não me importava muito se tinha alguma diferença dela colocar ou deles demorarem um pouquinho mais e colocarem em mim. (risada)”. Na hora do procedimento, contudo, a medição do útero se configurou um problema. Ela contou, com detalhes:

Aí, eu fui fazer o procedimento, sentei lá na maca, fiquei de perna aberta, eles limpavam e foram medir. E, aí, quando eles mediram, eles ficaram, então, com **a questão da dúvida se o tamanho do... a entrada do útero** ele iria conseguira colocar o DIU ou não, porque aquele era o DIU de... **do tamanho comum, que todo mundo usa**, enfim. Aí, quando eles fizeram a medição, eles ficaram em dúvida na questão de se podia ou não. E aí, eles foram olhar e perceberam que eu tinha 0.5 milímetros de diferença a menos do que era a margem que podia colocar... então, o meu útero seria de tamanho menor, o colo do útero seria de tamanho menor. Então, eles falaram que, **como eles eram residentes, eles não queriam fazer... forçar o DIU do mesmo jeito que a enfermeira, que tinha mais prática, poderia fazer**. Porque eles **tinham medo** de ocasionar um... podiam furar, fazer alguma coisa que não desse certo e não ia me trazer o resultado que eu queria, que seria ter o DIU como contraceptivo e também poderia me trazer dor no futuro. Então, eles pediram que... provavelmente, o que eu teria que colocar até seria um mini DIU, e aí, **eu teria que marcar com a ginecologista, e não com as enfermeiras ali na questão normal** do postinho de como era antes.

Observo, a partir das análises feitas nas seções precedentes, o dispositivo DIU em funcionamento nas regularidades discursivas: que tornam o útero um lugar exótico, misterioso, que causa “dúvida” e “medo”, mas que continua sendo um local de dominação médica e tecnobiopolítica e um local de biologização, padronização e passividade das mulheres, reduzindo-as à anatomia uterina, ao unificarem um único DIU, de “tamanho comum, que todo mundo usa” a um único útero – forçando o DIU a caber; que normalizam a experimentação clínica; e que positivam a agência do perito, do médico – “[...] eu teria que marcar com a ginecologista, e não com as enfermeiras ali na questão normal”. Diante dessa situação, somada às tentativas de agendamento, via contato telefônico, Bea acabou “[...] meio que desistindo de colocar de novo”, e disse haver acabado, naquele momento, a “[...] saga de ir atrás”.

Pri, como comentado anteriormente, foi uma das entrevistadas que não conseguiu colocar o DIU e que, em razão dessa tentativa falha, desistiu. Na época, em meados de 2017, foi ao SASC, onde fazia o seu “acompanhamento anual” com o médico ginecologista local. A decisão de Pri de parar de tomar a pílula não foi criticada pelo Sr. Y, ele, segundo ela, “foi bem profissional” e “concordou” com os “motivos” que ela descreveu para ele. Contudo, em relação ao DIU, Pri explicou o que chamou de “problema no porém”: o médico aceitava a decisão do DIU, só que, para ela, a situação não seria tão simples, por isso, não recomendava. Ela contou:

[...] ele (Sr. Y) me falou que ele não me recomendava colocar, especificamente eu! Não por ele não concorda com o método. Ele concordava com o método, mas ele falou que... é... eu tinha um colo do útero... um útero no geral, a entrada do útero muito pequena e que eu iria sofrer muito colocando, iria ser um processo muito doloroso. Então, eu sabia que tinham mulheres que sentiam mais dores que outras, mas ele falou que especificamente para mim seria algo que iria doer muito, que ele não recomendava que eu colocasse, mas que, se eu quisesse colocar, ele recomendava que isso fosse feito num centro cirúrgico, com anestesia.

Aponto, brevemente, para os discursos (em regularidade) de tamanho do útero (e da possibilidade de, assim como Bea, o DIU ser *forçado*, mas com anestesia) e de produção de um médico perito *diferente* (que, pela técnica de observação no *acompanhamento*, viu a individualidade da paciente e fez *recomendações* a ela) que permeiam o funcionamento do dispositivo DIU, mas sigo com a descrição da narração da entrevistada. Se ela realmente quisesse colocar o DIU, “[...] teria que entrar em contato direto com o HU e com o ginecologista do HU. Pri contou que procurar o médico do HU seria interessante para “[...] ver se esse outro médico concorda com o que o médico do SASC falou”, para “[...] ter uma segunda opinião”.

Depois de alguns dias, com a consulta marcada no HU, “[...] através do procedimento padrão”, Pri foi se consultar “[...] com o médico que atende geral” no hospital, mas, no dia,

“[...] foi um aluno de medicina” que a atendeu. Demonstrando, assim como na roda de conversa, não somente um descontentamento, mas indignação com a experiência que teve, Pri continuou descrevendo que “esse menino”, referindo-se ao residente, “[...] parecia novo”, aparentava “[...] bastante nervosismo” e “[...] não parecia tá com familiaridade com aquela situação”. Depois de ter pormenorizado para o residente o porquê de estar ali na consulta, ele (“[...] o *cara* que tava me atendendo”) disse para ela que “[...] tinha que checar com a médica” e saiu da sala por alguns minutos. Essa saída, que não foi a única, foi o que tirou a entrevistada do sério, pois ela, a todo momento, disse querer conversar com a médica. Quando ele regressou à sala, disse para a Pri: “Olha, é... ela (a médica do HU) falo que você pode... que a gente pode colocar aqui no HU sim, mas que você tem que estar menstruada para fazer a inserção...”. Além de ter dito isso, deu à Pri “uma caixinha” e explicou que ela deveria tomar até um ou dois dias antes da data marcada para a inserção do DIU. Era um hormônio, que, segundo a entrevistada, garantiria que ela estaria menstruada no dia marcado.

[...] **ele queria que meu corpo se adaptasse ao... à data marcada para a inserção, e não o contrário.** Sabe? Aí, isso me incomodou. Porque a primeira coisa que eu pensei foi “poxa, mas eu não tô querendo mais hormônio. Eu não quero tomar mais hormônio. E aí eu chego aqui, e ele me dá um hormônio para eu tomar! Ah, não. Não faz sentido isso!”. [...] Mas aí eu falei pra ele: “Tá, eu queria ser examinada. Eu queria ver se a médica é... também concorda com a opinião do outro médico de que talvez não seja o ideal para mim o DIU. Não adianta eu tomar o hormônio e me preparar para colocar, e chegar aqui, e a médica concordar com o outro médico que não, que talvez não seja o melhor método pra mim. Ela pode me examinar agora?”. Aí, ele saiu da sala de novo, ficou um tempo fora da sala e voltou pra sala e falou: “Ah, não! Isso ela vai ver na hora! Na hora, ela vai definir se dá para colocar ou não e... a gente faz tudo na hora, no dia que você marcar.”. Aí eu falei: “Tá”.

Depois dessa consulta “[...] com o cara”, nas suas palavras, Pri saiu do hospital com a requisição para a marcação da colocação e com o hormônio em mãos. Contudo, não se dirigiu à recepção, foi embora e ficou com o hormônio na mochila por uns dias. Nos dias seguintes, descobriu que “[...]algumas pessoas realmente tinham sentido muita dor” e ficou sabendo que sua irmã, três anos mais nova que Pri, colocou o DIU e desmaiou na hora da inserção: “[...] desmaiou por um nervosismo ou por causa da dor na hora”. Pri disse ter ficado “com isso na cabeça” e, somado a não ter gostado de como foi tratada no HU, abandonou a “ideia do DIU”.

Diante desse relato, para além de algumas regularidades já comentadas, como a do *incômodo* de não ser um médico (de ser “um menino” e, também, “o cara”, jovem e sem *familiaridade*), marco o seguinte enunciado da entrevistada: “[...] ele queria que meu corpo se adaptasse ao... à data marcada para a inserção, e não o contrário”. Nele, faço notar que, nesse caso, para *forçar* a microprótese para o interior do útero, a produção do corpo técnico-orgânico começa antes da inserção do DIU, não somente pelos atravessamentos discursivos e não

discursivos do jogo que compõe esse dispositivo, mas pela administração hormonal sintética que *força*, também, a menstruação.

Lara também não conseguiu colocar o DIU. Ainda que tenha detalhado diversos empecilhos e atravessamentos provenientes de sua relação familiar e, também, relação social na cidade natal (no interior do Paraná), estando diante de discursos de julgamentos morais, religiosos, enfim, dou especial atenção à relação médica. Os dez anos tomando pílula também foram anos de acompanhamento ginecológico com a mesma médica, de uma cidade próxima a que Lara vivia com a família. A médica, que também atende a mãe de Lara, foi, segundo a entrevistada, a motivadora das várias desistências e insistências (desejosas) de colocar o DIU – “[...] (a médica) falou coisas que eu fiquei com medo, [...] eu fui fraquejando, sabe”.

A primeira tentativa de Lara foi na época da graduação, em 2012 ou 2013, e, de acordo com ela, a médica a fez desistir, alegando que Lara seria muito nova para isso, que “[...] o DIU é aconselhado para mulheres que já tiveram filho”, que seria um procedimento muito invasivo e, ainda, que: “[...] é algo que, digamos, está lá. Pra tu tirar, não é simplesmente tu parar de tomar! E, se tu um dia quiser parar de tomar o anti, é só parar!”. Já morando em Florianópolis, Lara ficou novamente interessada em colocar o DIU, mas foi à mesma médica da família para fazer o pedido. Dessa segunda vez, a mãe de Lara foi à consulta, para “[...] fazer o preventivo também”. Novamente, o discurso de Lara ser muito nova voltou a repercutir, mas, dessa vez, somado à fala e opinião convergente da mãe: “[...] tu não sabe o que tu quer pro teu futuro, tu pode mudar de ideia a qualquer momento, nã, nã, nã...”. Lara persistiu dizendo que buscaria colocar pelo SUS, já que havia visto essa possibilidade e que estava sendo desestimulada, mas a médica lhe fez acreditar que o DIU Mirena seria melhor, porque diminuiria o sangramento menstrual, não seria brusca a troca de contraceptivos (já que este contém hormônios), mas que o SUS não colocaria e chegaria a custar quase três mil reais. “E aí, eu realmente, froxei de novo, sabe?”, a entrevistada comentou. Depois da terceira tentativa, em 2019, em que Lara ameaçou procurar outra profissional, a médica aceitou – “Tá, então tá! Então, vamo botar!”. A pandemia, contudo, tornou-se outro obstáculo, entretanto, Lara descreveu que sua saga continua, só que no atendimento público, no posto de saúde perto da UFSC.

Ana foi uma das entrevistadas que não fez a inserção do DIU, até o momento da entrevista, mas o impedimento que ela teve se deu por conta das restrições de atendimento de saúde na emergência da pandemia. Sua primeira investida para colocar o DIU foi no SASC, após ouvir relatos de amigas e, principalmente, de uma que lhe afirmou que seria tranquilo marcar a consulta, acrescentando, ainda, que o médico do SASC “[...] é muito legal, só que

assim, ele é bem *open mind!*”. Por isso, Ana deveria ir ao SASC já sabendo que teria algo “[...] nada convencional”. O discurso de médico *diferente* volta a aparecer, e Ana confirmou isso. Entretanto, foi direcionada a colocar no posto de saúde perto do HU, e lá, o diálogo foi outro, com a enfermeira local:

Semana passada, no posto, fiz o exame, eu falei com ela (a enfermeira), “Olha, como é que tá funcionando as colocações de DIU aqui no posto?”, que é o mesmo posto da Lara, aqui no Córrego. E aí, ela falou, “Tá, mas por que cê quer botar o DIU? Tem muita cólica?”. Falei, “Não!”. “Cê tem muito fluxo?”, eu falei: “Não! Assim, não é que seja muito...”. Aí ela falou, “Aah... mas cê sabe que pode aumentar cólica, sabe que pode aumentar fluxo colocando o DIU!”. Eu falei: “Sei! Já vi, já li, já pesquisei!”. Daí, ela: “É, mas...”. Aí, eu expliquei minha história inteira resumida, “Olha, é isso e tal!”.

[...] aí ela meio que se abriu comigo e falou, “Tá, não é. Mas eu vou te falar porque... porque a gente, alguns anos atrás, colocava DIU, aqui, menina! A gente colocava DIU, assim, o dia inteiro! Vinha, a gente botava DIU. E, hoje, a gente paga conta disso!”. Eu falei, “Como assim?”. Daí ela, “**Os índices de DST, aqui no nosso posto, aumentaram muito!**”.

[...]

Foi o que ela me disse. “Que a mulherada foi lá, boto DIU e não precisava mais se preocupar, porque não ia engravidar, não tinha o risco que ‘esqueci a pílula, na hora errada, posso estar mais vulnerável. Não o DIU é mais seguro, tá ali dentro”, diz ela, saiu transando sem camisinha, e aí, os índices de DST aumentaram.

A leitura desse trecho selecionado recupera parte dos enunciados ambíguos (da rede que sustenta do dispositivo DIU) da técnica em enfermagem entrevistada na presente pesquisa, que, em um comparativo, aproxima-se da enfermeira que dialogou com Ana. Dito de outro modo, nota-se que há questionamentos diversos direcionados às mulheres que querem fazer inserção de DIU: (i) para de dificultar o processo – o que, em outro momento Ana diz ser uma *boicotagem* (“Aí, você escuta uma coisa que já te *boicota*, pronto, aí é a resposta que cê queria, não era pra ser”), com fins estratégicos de cindir mulheres e suas práticas, já que a profissional de enfermagem faz ligação entre o DIU, as mulheres imprudentes, desprotegidas e promíscuas e os discursos de perigo (de doença) – “Os índices de DST, aqui no nosso posto, aumentaram muito!”; (ii) para positivar outras contracepções, em especial a pílula, que, mesmo que não tenha sido mencionada, é positivada pela tecnomenstruação; e (iii) para verificar os discursos de motivação, se são suficientes ou não. Neste último ponto, acrescento que Ana relatou ter que ser incisiva e firme nas respostas, porque, para ela (de modo a recomendar para demais mulheres), estar decidida é fundamental para conseguir colocar o DIU. Segue o trecho comentado (de uma resposta de Ana à enfermeira e da explicação da entrevistada): “‘Eu sei, mas eu já procurei! Eu sei. E, ainda assim, *eu quero!*’. Então, eu acho que tem relação, mas, *se você realmente tá decidida do que você quer...*”. No fim das contas, provendo-se de suficiente

motivação e aceitação dos *probleminhas* que o DIU pode acarretar (aqui, retomo um dos termos usados pelo médico entrevistado), Ana conseguiu *convencer* a profissional de enfermagem, esta que lhe garantiu a colocação – ficando somente à espera em meio às condições de atendimento em pandemia.

Em contrapartida, Débora, além de ter conseguido fazer a inserção do DIU em uma UBS mesmo que no acontecimento da pandemia de COVID-19, não teve que dar explicação alguma para enfermeira que lhe atendeu, criando, inclusive, certa proximidade com a profissional, conversando com ela diversas vezes. A profissional, aliás, foi “[...] super atenciosa e educada e tudo mais” e, após a inserção, “[...] reforçou os cuidados que [...] deveria ter nos próximos dias, com relação a atividades físicas e tudo mais assim”. Quando eu questionei Débora se ela se incomodou em algum momento de todo o processo de consulta, de inserção e de acompanhamento do DIU ter sido feito por uma enfermeira, ela me disse:

[...] também, como profissional de saúde, eu acho que as pessoas colocam muito crédito em médico, e é uma coisa que eu não tenho pra mim sabe, eu acho que desmistifiquei isso há muito tempo já, e enfermeiro lida com coisas, às vezes, muito mais invasivas. Lógico, não comparando com um cirurgião, daí, realmente não, mas assim com um médico clínico geral ou, enfim, outras especialidades. Eu acho que enfermagem lida com coisas muito mais sensíveis do que algumas profissões de medicina, sabe?

Flora, apesar de ter o DIU deslocado, como já descrevi, disse ter tido uma boa relação com o médico do SASC, principalmente para pôr um ponto final na decisão que tinha: “Aí, eu fui no ginecologista ali no SASC, conversei com ele, e ele foi muito... muito... muito legal com a questão assim. A hora que eu falei que tava interessada, assim, ele falou, ‘Ah, não, é uma ótima opção. Se você quiser, a gente faz mês que vem!’”.

Girassol, por sua vez, foi a entrevistada que mais despendeu elogios ao médico do SASC, descrevendo que a atuação dele é diferente (“Ele é *diferente*, mas é um *diferente* bom, sabe?”), pois, não somente em relação à aceitação dele para inserir o DIU e aos minutos despreziosos de explicações sobre a contracepção e o funcionamento do ciclo hormonal, mas, também, à relação que criou com ele, que beirava à afinidade para além da relação médico(a)-paciente: “[...] às vezes, eu ia pra uma consulta e passava uma hora e meia, e a gente tava conversando, e não tinha resolvido, não tinha nem visto, nem me examinado, nem falado nada ainda. Começava a debater algum assunto, e ficava nós dois lá, uns 50 minutos, uma hora conversando”. A todo momento, aproveitava para frisar seu contentamento com o médico: “[...] não é tipo de médico padrão. Então, se você achar ele meio excêntrico, alguma coisa assim, na consulta, não se assuste! Só lhe garanto que ele é muito bom. Muito bom, assim, a meu ver!”.

O lugar estratégico do discurso de um *perito diferente*, visto na entrevista do médico, parece se materializar na prática.

Jasmim, quando foi ao posto de saúde do seu bairro, o Rio Tavares, em Florianópolis, disse não ter encontrado qualquer dificuldade para solicitar o DIU. Inclusive, quando relatou que já havia tido uma filha, aos(as) profissionais, o DIU se tornou uma indicação para ela, justamente por ser mãe – “Como eu sou mãe, eu acho que diferente do que eu ouvi de mulheres que não têm filhos, que eu aí eu acho que elas os sofrem mais essa pressão de, ‘Não, você vai botar o DIU? Mas você não vai ter filho?’”; “Eu acho que é mais comum essa pressão quando a mulher não tem filho”. Aliás, antes de ter sua filha, quando tomou pílula do dia seguinte por três vezes seguidas, “[...] quase, tipo, o intervalo entre um mês sim, outro não”, descreveu que não lhe “[...] falaram nada sobre o DIU” e que este “[...] poderia ter sido uma alternativa! Né?”.

Inclusive, em tom de reivindicação, disse ver a necessidade de os(as) profissionais da saúde terem “[...] formação política sobre a saúde da mulher, sobre como falar, como conversar, como oferecer...”, porque ter somente um cartaz no postinho sobre o DIU não adianta, pois é preciso que se tenha conversa do profissional com a paciente, para que fique “[...] mais claro”, atuando de maneira preventiva, a exemplo da medicina de Cuba. Mesmo frisando que o SUS é “[...] maravilhoso em relação a outras políticas públicas de outros países, de saúde”, disse que esse tipo de medicina preventiva é feita pontualmente por alguns(mas) profissionais, devendo ser ampliado como “[...] uma política federal” e distanciando-se do atual governo, que “[...] veio só pra atrapalhar o problema que já é grande”.

Embora tenha encontrado facilidade no posto de saúde, como descrevi, Jasmim pagou pelo DIU e fez a colocação (esta, de graça) com uma ginecologista particular – “A minha colocação acabou sendo particular, porque, na época, o meu namorado era médico”. Contou que gostou muito do atendimento dessa médica – que tem o perfil no *Instagram*, *Ginecologia Feminista* –, por ela, antes de colocar o DIU, explicar tudo certinho. Jasmim descreveu que, “[...] mesmo que você chegue lá com todas as informações, já decidida a colocar, ela explica tudo, todo o bê-á-bá, assim”. Isso foi bem importante para a entrevistada, porque a ajudou no pós-inserção, pois teve bastante cólica, sangramento e dor nas relações nos três primeiros meses. Jasmim comentou que essa médica “[...] não romantiza nada, sabe”, “[...] diferente do posto que ‘Ah, coloca o DIU de cobre que ele é ótimo!’, e não adentraram muito nos problemas, que todo contraceptivo vai ter, né”. Acrescentou que ficou sabendo como funcionava o DIU por essa médica: “[...] um aparelho que causava uma infecção, e que, por causa dessa infecção, o esperma não penetrava ali no lugar lá, no útero, enfim, não no útero, ali dentro... Não sobrevive (risada)! Ele chega ali na infecção e não sobrevive [...]”. Disse ter gostado, ainda,

que essa médica não dizia qual seria uma melhor opção, que ela explicava todas: “Óh, você tem outras opções! Você pode usar a pílula, se você se sentir confortável com isso, mas os efeitos colaterais são esse, esse e esse. Você pode usar a tabelinha e a camisinha, que é bem seguro, se você usar a camisinha sempre”. Nesse sentido, Jasmim disse que não foi pressionada “[...] a ter a melhor opção assim”: “Ela deixou bem em aberto, pra que eu escolhesse a opção que fosse melhor pra mim” – na fala da entrevistada.

Muito embora algumas das mulheres com as quais dialoguei nesta pesquisa não tenham se consultado no SASC, ou sequer conhecido esse (micro)espaço, fiz questão de questionar todas sobre esse local ter parado, por um momento, de fazer a inserção de DIU. Envolvendo opiniões, por vezes, de revolta entre elas, sustentaram um discurso de obstacularização para as mulheres que desejam essa contracepção. Pri, por exemplo, disse que isso é uma “[...] *dificuldade* a mais que possa ter no caminho da mulher no momento em que ela está tentando colocar o DIU”. Débora, que fez a colocação em uma UBS, lamentou por outras mulheres e deu o exemplo de sua vivência: “[...] é uma dificuldade pra vida, né? [...] é um empecilho assim”, “[...] eu fiquei três anos sem colocar o DIU, porque eu precisava do SUS, entendeu? Talvez, a menina que foi lá colocar no lugar e não tem no lugar, ela vai ficar uns três anos até querer tomar coragem” para tentar de novo. Outras lamentaram, declarando o quanto isso seria uma tristeza. Bea, que não conseguiu fazer a inserção no posto de saúde, havia se consultado no SASC e foi encaminhada de lá. Descobriu somente que o SASC fazia a colocação quando participou da presente pesquisa. Ana, que ainda estava em processo de inserção, disse: “Acho bem triste! Foi uma frustração até, tipo. Aí, aquela coisa... você tem um médico que está disposto [...] quando você acha o médico que coloca, de outra maneira o sistema boicota isso, sabe”. Miriam, que fez a inserção no SASC, justamente deu ênfase a todo “[...] processo de ir lá, conversar com o médico, decidir colocar o DIU, fazer o pedido, fazer o exame” ter sido extremamente rápido, que, muitas vezes, não se “[...] consegue nem com plano de saúde [...] nem com médico privado”. Flora, entre suspiros de desânimo, também elogiou a experiência que teve no local (“[...] eu coloquei lá e eu tive uma experiência boa, né, eu achei que era um bom espaço”), e acrescentou, ainda, os exemplos de amigas que não são UFSC e que têm muita dificuldade de colocar o DIU, por conta do excesso de burocracias.

No que concerne às políticas públicas de saúde, serei breve, já que as falas das entrevistadas permanecem apontando regularidades. Apesar de todas marcarem, em suas narrativas, que são privilegiadas, seja pelas informações que têm acesso (por serem acadêmicas e pesquisadoras), seja pela condição social que têm, seja pela localidade onde residem, enfim,

disseram que as políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres são falhas no que diz respeito à divulgação, pois disseram não conhecer leis, portarias e não ter tido acesso a cartilhas. Algumas mencionaram a gratuidade de camisinhas e de pílulas anticoncepcionais nos postos de saúde, e a possibilidade de pedir o DIU no atendimento ginecológico. Muitas delas citaram as aulas no Ensino Fundamental e Médio, nas disciplinas de Ciências e de Biologia, sobretudo, como sendo o primeiro (e, talvez, o único) contato que tiveram sobre a saúde sexual e reprodutiva e sobre os contraceptivos (ao menos, os considerados mais básicos, mais conhecidos) e que isso deveria ser melhorado, tendo mais aulas e mais debates a respeito. Aqui, foi possível fazer a leitura de como há o desejo de que alguém ensine, atribuindo, ao público, a função de governar. Outras, por sua vez, mencionaram a importância dos(as) profissionais de saúde como possibilidade de acesso às políticas, marcando o entendimento de que o serviço de saúde é personalista (assim como demais trechos dos relatos verificados nesta pesquisa – de discricção, de cuidado, de empatia), em que os discursos que estão nos documentos só se materializam sob a condição do sujeito que atua.

Aliás, ligada a esta última proposição, o mais recorrente, conforme foi possível ler nas análises, foi a atitude das mulheres de compartilhar experiências e saberes entre si, em uma espécie de rede de apoio – que se desloca dos saberes médicos e religiosos – atuando como produção e fonte de saberes. Quanto a isso, exponho um trecho da fala de Jasmim (um exemplo dentre diferentes relatos das entrevistadas): “[...] enfim, e todas essas políticas de informação, eu encontrei mais em redes sociais, em grupos de mulheres, do que na universidade, do que na escola, do que no posto de saúde”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No jogo enunciativo da memória, reavivo a autonarrativa, investida na introdução desta dissertação, de modo a recordar, além da inquietação que conduziu a esta pesquisa, um corpo injungido às técnicas farmacopornográficas do panóptico ingerível (a pílula anticoncepcional) que se deslocou para uma experiência de subjetivação nova (e ambivalente) associada ao dispositivo micropotético DIU: este que ora me permite prazeres não sentidos anteriormente, que me possibilita experimentar ovulações, reconhecer sensibilidades (na pele, nos seios, enfim) e que me tira a obrigatoriedade de uma vigilância diária; ora me causa incerteza da eficácia contraceptiva, que me suscita temor de potenciais lesões no corpo e que desperta medo pelo que não é tocado, externo e visível e, com isso, submetendo-me ao olhar do perito em certa constância. Este perito, aliás, que me acompanhou nesse processo de substituição contraceptiva: o médico ginecologista-obstetra do SASC. Conforme minuciei, esse local ficou por um período sem fazer a inserção de DIU, e, segundo o médico, na informalidade de uma das nossas conversas (em horário de consulta), além dos empecilhos burocráticos, essa havia sido uma decisão dele por conta de discursos carregados de aspectos moralizantes. Essa problemática justificou considerar o SASC como um microespaço nesta pesquisa, configurando-se como emergência de produção de saberes, de um poder microfísico, em distribuição sobre os corpos das mulheres que aderem ao DIU.

A perspectiva arqueogenealógica foucaultiana se configurou como uma mirada para a análise aqui empreendida, e, sobre tal solo biopolítico, então, metodologicamente, segui a proposta de percorrer duas vias de análise, começando pela análise monumental das políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres. A seção 2, em suas divisões, possibilitou a leitura de que, a partir do olhar da governamentalidade, essas políticas podem ser entendidas como dispositivo ambíguo, que ora operam dando visibilidade às mulheres e construindo estratégias concretas de técnicas e práticas de cuidado de si, e que ora funcionam como difusão de discursos de saber-poder que fixam identidades e papéis sociais a essas mulheres, exigindo destas a disciplinarização e a responsabilização tanto individual quanto social (por efeitos econômicos e políticos). Nessas subseções, percorri as políticas nacionais a partir do século XX, descrevendo algumas materializações de políticas públicas para mulheres, abrangendo: o final do século XIX e o início do século XX, nos quais o sanitarismo e o higienismo se configuraram políticas de nação e incidiram sobre o corpo, as práticas e as subjetividades das mulheres; os meados do século XX, que marcaram o funcionamento dos métodos contraceptivos de base

hormonal, dos discursos de planejamento familiar, de direitos reprodutivos e sexuais e, ainda, de integralidade da saúde das mulheres; e, por fim, os anos compreendidos entre 2000 e 2019, que marcam, nas políticas e nos movimentos sociais, a transição e o entrecruzar de discursos progressistas, seguidos pelos discursos conservadores presentes na contemporaneidade. Todo esse traçar analítico feito se deu em descontinuidade enunciativa, sendo permeado por estudos e apontamentos das ditas três ondas dos feminismos – e a movimentação fora de solo nacional – e pelo açambarcamento de dispositivos (da pílula anticoncepcional, da sexualidade, de gênero e da maternidade).

Aliás, no que diz respeito a esse açambarcamento, as três subseções dessa primeira via de análise se deram em interações com os processos de deslocamento do contraceptivo DIU, desde as primeiras conferências, as pesquisas iniciais, as alterações de formato da tecnologia, as batalhas discursivas em que a mulheres tiveram (e ainda têm) seus corpos e subjetividades em disputas, enfim, dialogando com os escritos de Takeshita (2012). Essa autora, a partir da conceituação biopolítica de Foucault e da difração de Haraway, já havia apontado para a caracterização desse contraceptivo como uma *tecnologia politicamente versátil*, uma vez que essa contracepção não seria apenas uma tecnologia de controle de fertilidade de longa duração, reversível e que pode ocasionar efeitos colaterais extenuantes e, até mesmo, ameaçar a vida, mas sim por diferentes razões que denominou de ideológicas de diferentes grupos, seja o Estado, as organizações religiosas, as ativistas feministas e não feministas, seja a indústria farmacêutica. Esses grupos, além de atribuíram significados díspares a essa forma de intervenção tecnológica no corpo, construíram e geriram, na rede biopolítica do DIU, discursos sobre as mulheres (e a administração do corpo delas) a partir de marcadores de raça, de classe, de nacionalidade, de idade, de número de filhos e de práticas sociais e sexuais. Ou seja, a autora, em detalhes, esquadrinha como essa tecnologia foi adaptada, nas últimas cinco décadas, para as políticas reprodutivas feministas e não feministas, como produto de esforços múltiplos dos pesquisadores que o empreenderam e o adequaram como método apropriado tanto para mulheres do Sul global quanto para as do Norte global. As pesquisas foram se reformulando e rearranjaram o DIU a discursos de segurança, de não abortivo, comercializável e popular – acessível e barato – para o planejamento familiar (TAKESHITA, 2012).

No Brasil, o deslocamento discursivo que intersecciona gênero, maternidade e contracepção esteve, sobretudo, alçado ao controle microfísico da pílula, de *três gerações* (DINIZ, 2013), mas, ainda, na intersecção com raça, os discursos contraceptivos se resumiram à esterilização cirúrgica, como prática eugênica de mulheres negras, pobres e do Norte e Nordeste do país – consolidando-se como parte do ativismo das feministas negras. Nesse regime

enunciativo, o DIU passa a ser materializado como alternativa contraceptiva nas políticas públicas somente nos anos 1980 (na Portaria nº 6, de dia 06 de julho de 1984); na década seguinte, aparecerá como técnica abortiva, no discurso do médico Caio Marques, sustentado pelo contínuo médico-jurídico-religioso; e, a partir dos anos 2000, estará alçado ao vértice discursivo que, em embate, posicionará as feministas, os médicos e os movimentos pró-escolha, de um lado, e os neoconservadores, pró-vida e anticiência, de outro lado.

Em continuidade a isso, menciono duas questões elencadas pela Takeshita (2012) que se mostraram fundamentais nesta pesquisa. Primeiro, a autora acentua o quanto esse objeto de plástico tem sido de pouco interesse para os estudos das feministas quando comparado aos anticoncepcionais orais, o que, nesta dissertação, foi possível verificar nos deslocamentos perscrutados nas primeiras subseções, tanto nos discursos e nas práticas nacionais quanto exteriores, em que, a todo momento, faço pontes discursivas entre a pílula, o DIU e a esterilização. Aliás, a presente dissertação se configurou como um diferencial a esse respeito, já que proporcionou a interlocução entre o dispositivo da pílula e o dispositivo DIU, em constantes entrelaçamentos. E, segundo, a autora, mesmo que tenha recebido relatos voluntários de algumas mulheres e que tenha descrito algumas narrativas, não realizou entrevistas com mulheres na sua pesquisa, atendo-se à investigação de documentos (que, aqui, em conformidade com Foucault, entendo-os como *monumentos*), o que, na presente pesquisa, configurou-se uma etapa metodológica, que desencadeou inter-relações com os apontamentos da autora.

É mister observar que, de modo complementar às interpretações de Takeshita (2012), nesta dissertação – a partir do conceito foucaultiano de dispositivo (com o qual Agamben dialoga) e da era farmacopornográfica, de Preciado (2018), com a produção de técnicas microprotéticas de controle da sexualidade –, defini essa contracepção como dispositivo microprotético DIU, cujas estratégias, em heterogeneidade, respondem a uma urgência (FOUCAULT, 2016 [1977]) e forjam outros corpos às mulheres que o aderem e outras formas de subjetivação.

A partir da seção 3, portanto, dei início à segunda via de análise, interessada na observação do regime tecnobiodiscursivo do dispositivo microprotético DIU que tem efeitos inventariados na relação médico(a)-enfermeiro(a)-paciente. Com os discursos do primeiro entrevistado, o médico do SASC, foi possível anotar a construção do intelectual “específico”, o “cientista-perito”, agente de constituição do saber construído no começo do século XIX (FOUCAULT, 2016 [1977]), mas que ocupa um lugar estratégico, uma posição em que se constrói como um profissional *distinto/diferente*, começando pelo seu constante incômodo e

busca por alternativas em relação à ginecologia-obstetrícia relegada, a qual inferioriza e precariza o corpo das mulheres. Contudo, diante de outros discursos, essa categoria de médico *diferente* pode ser lida, no limite, em agonística (entre *práticas de liberdade* em confronto a *práticas de controle*). Ora, o que é preciso anotar são os discursos que, em regularidade, sustentam o funcionamento do dispositivo microprotético DIU (e que fazem parte da construção de subjetividade das mulheres que o aderem) presentes tanto na descrição que faz de si quando na narração que faz de *outros(as)* profissionais.

Por sua vez, na entrevista da técnica em enfermagem, a análise discursiva possibilitou observar os discursos e as práticas da participante entrevistada como parte da governabilidade da enfermagem que sustenta a sobrevivência de estratégias de poder pastoral, que, no limite, tem seus discursos transitando entre a positivação do saber-poder médico e do discurso científico e a positivação de discursos moralizantes de um contínuo jurídico-religioso. Nesse ínterim, o dispositivo microprotético DIU, na narrativa da técnica em enfermagem, está entrecruzado por discursos que tanto produzem o DIU como sendo *bom* para determinadas mulheres (aquelas que têm as mesmas atitudes que a entrevistada – na série entre público e privado –; aquelas que prezam a monogamia; e aquelas que estão injungidas à lógica colonial – mulheres negras, periféricas, de baixa renda, do Norte e Nordeste do Brasil, trabalhadoras da faxina e da manutenção –, sendo solucionada, em caráter eugênico, a fertilidade socialmente indesejável); quanto remontam o movimento anti-DIU, a partir da memória que o guarda como sendo abortivo e, também, a partir da ligação dele a práticas promíscuas – havendo, então, a ressonância da pílula a esses discursos como uma alternativa de *emancipação sexual*. O confessional à pastora, nos *relatos de segunda-feira*, aliás, faz parte dos discursos pertencentes ao funcionamento do tecnocóntrole do dispositivo aqui analisado, cuja marca foi operada no título desta dissertação.

Indo adiante, como parte da pesquisa de campo, 13 mulheres foram entrevistadas. Eis que, diante das hipóteses levantadas e com as análises empreendidas, pude perceber, com as regularidades discursivas apontadas, que o dispositivo microprotético DIU funciona através dos discursos e das práticas de mulheres cisgênero que buscam por um *corpo natural* (em associação a uma ginecologia natural, vinculada ao uso do DIU de cobre) como um imperativo essencial aos efeitos de *liberdade*, de *autonomia* e de *empoderamento*. Contudo, Preciado (2018), sob caminhos de uma era farmacopornográfica, colaborou, nessa leitura, para que eu observasse que esses discursos de *natureza* tentam minorar a circulação polivalente dos fluxos semiótico-técnico e técnico-orgânico do dispositivo DIU enquanto micropótese tecnobiopolítica. Ou seja, respondendo à emergência de corpos sem hormônios sintéticos da

pílula (em ressonância constante ao panóptico ingerível), recorrendo aos discursos de natureza cíclica e demandando o controle da fertilidade ainda por uma tecnologia, o dispositivo *liberógeno* (às mulheres adeptas a ele), em ambiguidade, também produz corpos e subjetividades poucos moduláveis, uma vez: (i) que se aloja no corpo, residindo no campo de batalha (que é o útero) marcado pela disputa biopolítica que reúne conservadores religiosos e defensores do DIU (seja neo-malthusianos, seja feministas pró-escolha); (ii) que gesta tecnicamente uma nova *feminilidade*, aquela que aceita cuidar da pele e do cabelo com outras técnicas (que não a pílula), que aceita a menstruação, as algias cíclicas e outras dores possíveis (até mesmo da inserção), enfim, que é tolerante ao sofrimento; (iii) que padroniza e universaliza o útero, pela forma, pelo tamanho, pelo funcionamento e pelo controle do aparelho reprodutivo e das irracionalidades da natureza ligadas a ele; (iv) que produz mulheres *certas*, aquelas que têm comportamento sexual monogâmico (e não *promíscuo*), aquelas que não são *jovens demais* – formulando corpos perigosos, de risco, imprudentes e desprotegidos –, aquelas que já pariram – preservando a inviolabilidade do aparelho reprodutor das nulíparas –, aquelas que não têm o útero *zangado, incompetente e resistente* que expulsa o DIU ou aquelas que convencem o perito pela motivação; (v) que, em contrapartida, também produz estereótipos de mulheres, como as que oferecem “sexo à vontade” – nas palavras da técnica em enfermagem entrevistada –, as que são *feministas, as naturebas e hippies* (em tom jocoso); (vi) que é racializador, pois, a partir de *scripts* biopolíticos alternativos, precariza corpos negros, de classe baixa, do Sul global ou de regiões do Norte e Nordeste do Brasil; (vii) que positiva corpos brancos, heterocisnormativos e reprodutores; (viii) que produz corpos que trabalham – salvaguardando essas vidas, de modo que a gestão delas se dá em função de uma racionalidade econômico-social; (ix) que produz insegurança e medo nas mulheres, a partir de discursos (mesmo tidos como *raros* ou *mitos* – mas que carregam a memória acumulada do *Dalkon Shields*) de efetividade questionável, de deslocamento dentro do útero, de perfuração e de problemas piorados em interação com ISTs; (x) que retorna ao controle do perito e que, também, produz desconforto pelo que não é visível e palpável; (xi) que gesta um novo processo de conhecimento de si (às vezes, como um *dever, obrigação*), pela auto-observação, pelo toque, pelo cheiro, pelas anotações (sobre o muco vaginal, por exemplo), pela realização de cursos e imersões, associados ao uso de outras técnicas (como os coletores menstruais); (xii) e que, ao mesmo tempo que é associado ao compartilhamento de experiências e de saberes entre as mulheres – deslocando-se de políticas públicas, de saberes médicos e religiosos –, também forja uma demanda das mulheres pelo compartilhamento de uma suposta *verdade tecnocientífica*. Enfim, o corpo das mulheres que

aderem ao DIU “[...] não é uma matéria viva passiva, mas uma interface tecno-orgânica, um sistema tecnovivo segmentado e territorializado por diferentes tecnologias políticas (textuais, informáticas, bioquímicas)” (PRECIADO, 2018, p. 124). É um corpo construído, então, tecnobiodiscursivamente e que se performatiza a partir de biocódigos de gênero, sob efeitos de bioempoderamento.

Mais uma consideração precisa ser feita: nesta pesquisa, ao empregar os conceitos de descontinuidade, de ruptura, de transformação, de série, sob a analítica arqueológica foucaultiana, embarquei em um campo particular que não tem uma “[...] estrutura conceitual bastante rigorosa; mas sua função é precisa” (FOUCAULT, 2016 [1969], p. 25). Essa função que rompe com disciplinas tradicionais, que considera a imprecisão e a incerteza de fronteiras, de pensamentos, de conhecimentos e de ideias (FOUCAULT, 2016 [1969]), conflui com a transdisciplinaridade dos estudos do campo discursivo, da Linguística Aplicada (LA) Contemporânea. Essa não limitação a uma disciplina, buscando criar inteligibilidades a vezes que se encontram às margens, aflui a uma LA “transgressiva” (PENNYCOOK, 2006). No campo do saber, ainda, o saber considerado aqui (pensando a partir da genealogia foucaultiana) compreende a prática, o acontecimento e a materialidade – que são peças de um dispositivo político (MACHADO, 2016). É por isso que a investigação feita nesta pesquisa (que não buscou verificar o que está oculto) não é tida como palavra final, como caminho definitivo ou método universal, mas sim é tomada em caráter transformável. Ou seja, foram feitas proposições, não no sentido de serem aceitas, mas de serem oferecidas para investidas futuras.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

AGAMBEN, G. **O amigo. O que é um dispositivo**. Tradução de Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2014 [2005].

ALENCAR, A. E. V. A criação e ações da Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades da Universidade Federal de Santa Catarina e suas ressonâncias nos estudantes negros e negras ingressos por cotas raciais. **Reunião Brasileira de Antropologia**, v. 31, p. 1-28, 2018.

ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

ANGONESE, M. **“Um pai trans, uma mãe trans”**: direitos, saúde reprodutiva e parentalidades para a população de travestis e transexuais. 2019. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ANGONESE, M; LAGO, M. C. S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 256-270, 2017.

Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família – PROVIDAFAMÍLIA. Human Life International – HLI - Vida Humana Internacional – VHI. **Os DIUs - Dispositivos Intrauterinos**. Contracepção. 2002. Disponível em: http://providafamilia.org.br/site/secoes_detalhes.php-sc=61&id=166.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família – PROVIDAFAMÍLIA. Human Life International – HLI - Vida Humana Internacional – VHI. **Notícias em defesa da vida**. Destaques. c2016. Disponível em: <http://providafamilia.org.br/site/index.php.html>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BANDEIRA, L. **Brasil**: fortalecimento da secretaria especial de políticas para as mulheres para avançar na transversalização da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Reunión de Expertos “Políticas y programas de superación de la pobreza desde la perspectiva de la gobernabilidad democrática y el género”. Ecuador: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2004.

BARATA, L.; MENDES, J.; BITTAR, O. Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde** [online], v. 12, n. 46, 2010. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

BARINI, F. Quase 200 organizações lançam manifesto contra reeleição do Brasil no Conselho de Direitos Humanos da ONU. **O Globo**, Coluna Mundo, 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/2019/10/08/2273-quase-200-organizacoes-lancam->

manifesto-contra-reeleicao-do-brasil-no-conselho-de-direitos-humanos-da-onu. Acesso em: 13 abr. 2021.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009. 2v. 759p.

BECHLER, C. G. **Projetos de lei sobre aborto no Brasil contemporâneo**: disputas discursivas no Congresso Nacional. 2020. 154 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

BHERING, M. J. **Controle da Natalidade no Brasil**: um estudo sobre o Centro de Pesquisas e Assistência Integral à Mulher e à Criança (1975-1994). 2014. 202 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2014.

BRANDT, J. Z.; LAVARDA, R. A. B.; LOZANO, M. S. P. L. Estratégia-como-prática social para a construção da perspectiva de gênero nas políticas públicas em Florianópolis. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 1, p. 64-87, 2017.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 260/2019**. Dispõe sobre a proibição do aborto. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1708407&filenome=PL+260/2019. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 261/2019**. Dispõe sobre a proibição do comércio, propaganda, distribuição e implantação pela Rede Pública de Saúde de Micro Abortivos e dá outras providências. [retirado pelo autor]. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2019b. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2190793>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934**. Nós, os representantes do povo brasileiro, pondo a nossa confiança em Deus, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para organizar um regime democrático, que assegure à Nação a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico, decretamos e promulgamos a seguinte. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao34.htm. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937**. Leis Constitucionais. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920.** Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Coleção de Leis do Brasil, Rio de Janeiro, 1920a, p. 244. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14354-15-setembro-1920-503181-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 24 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932.** Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Rio de Janeiro, 1932. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm. Acesso em: 19 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941.** Dispõe sobre a Lei das Contravenções Penais. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 3.987, de 8 de janeiro de 1920.** Reorganiza os serviços da Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1920b, p. 437. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso em: 19 fev. 2020.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 06 jun. 2021

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Presidência da República, 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13844.htm. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. **Medida Provisória nº 870, de 01 de janeiro de 2019.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, DF: Presidência da República, 2019d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANAIS DA V CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Brasília, 1975. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0212cns_anais1.pdf. Acesso em: 03 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar:** Manual Técnico. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 4ª ed. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de ação programática. Brasília, DF, 1984a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde:** DIU com Cobre TCu 380A. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal,** 2004a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em: 14 abr. 2020.

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, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília, 1990c. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – 21 anos depois**. Brasília: Editora MS/CGDI/SAA/SE, 2005a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº. 1000, de 15 de abril de 2004**. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>. Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 6, de 06 de julho de 1984**. Baixar instruções sobre registro, produção, fabricação, controle de qualidade, comercialização, exposição a venda, propaganda, prescrição, aplicação, uso, controle de uso e acompanhamento de usuErias de dispositivos intra-uterinos (DIUs), contendo cobre. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1984b, seção 1, p. 40. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/3440315/pg-40-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-10-07-1984>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020**. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.268, de 1º de dezembro de 2017**. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução-RDC nº 69, de 21 de dezembro de 2009**. Institui instruções sobre registro, fabricação, controle de qualidade, comercialização e uso de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) contendo cobre. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0069_21_12_2009.html. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, v. 150, n. 112, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. Brasília. 2018b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article. Acesso em: set. 2019.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005b.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2013c. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.

BROWN, W. **Undoing the demos**: neoliberalism's stealth revolution. Cambridge: Zone Books, 2015.

BURIGO, F. Apoio à amamentação faz HU ficar entre as dez melhores maternidades do Brasil. **Notícias da UFSC**, 2009. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2009/09/apoio-a-amamentacao-faz-hu-ficar-entre-as-dez-melhores-maternidades-do-brasil/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do 'pós-modernismo'. **Cadernos Pagu**, n. 11, p. 11-42, 1998.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

BUTLER, J. **Quadros de guerra**: Quando a vida é passível de luto? Tradução de Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Masques da Cunha. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Tradução de Rogério Bettoni. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

BUTTURI JUNIOR, A. A autoria, o dispositivo e a ética: os limites da (des)subjetivação na escrita. **ALFA: Revista de Linguística**, v. 60, n. 3, p. 507-530, 2016a.

BUTTURI JUNIOR, A. As formas de subjetividade e o dispositivo da aids no Brasil contemporâneo: disciplinas, biopolítica e phármakon. In: AQUINO, I. C. et al. (Org). **Língua, literatura, cultura e identidade**: entrelaçando conceitos. Passo Fundo: UPF, p. 59-78, 2016b.

BUTTURI JUNIOR, A. É a biopolítica um problema de linguagem? In: BUTTURI JUNIOR, A.; LARA, C. A.; D'ÁVILA, D. A.; SILVA, F. L. (Orgs). **Biopolíticas – discursos, dispositivos e resistências**. Campinas, SC: Pontes Editores, 2019a, p. 15-33.

BUTTURI JUNIOR, A. É a linguagem um dispositivo? (Ou o linguista enrubescido). **Revista da Abralin**, v. 17, n. 2, p. 350-375, 2018.

BUTTURI JUNIOR, A. O HIV, o ciborgue, o tecnobiodiscursivo. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 58, n. 2, 2019b. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010318132019000200637&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 maio 2021.

BUTTURI JUNIOR, A. **Metafísica e discurso**: Pêcheux, Foucault e a pós-modernidade. 2008. 188 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

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, p. 645-674, 2018.

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 9, n. 2, p. 445-455, 2004.

CARVALHO, J. J. O olhar etnográfico e a voz subalterna. **Horizontes antropológicos**, v. 7, n. 15, p. 107-147, 2001a.

CARVALHO, M. M. Sexualidade, controle e constituição de sujeitos: a voz da oficialidade da Igreja Católica (1960-1980). **Esboços**, v. 9, n. 9, p.159-180, 2001b.

CASTAÑEDA, L. A. Eugenia e casamento. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 901-930, dez. 2003.

CHADE, J. EUA pedem apoio do Brasil para vetar "direitos sexuais" em decisões da ONU. **UOL Notícias**, 2019a. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/18/opinion/1563485645_650175.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

CHADE, J. O Brasil ao lado das ditaduras mais cruéis do mundo. **El País**, Coluna Opinião, 2019b. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/18/opinion/1563485645_650175.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. M. O.; BRITO, H. O. DISPOSITIVO INTRA-UTERINO. **Cad: Pesq.**, São Luís, v. 11, n. 2, 2000, p. 21-28. Disponível em: [http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo%202\(15\).pdf](http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo%202(15).pdf). Acesso em: 01 dez. 2019.

COELHO, C. C. Breve história da mulher e seu corpo. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher**: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006, p. 11-26.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **DIU**: Ministério da Saúde revoga NT que autorizava enfermeiros a praticar ato privativo dos médicos. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/diu-ministerio-da-saude-revoga-nt-que-autorizava-enfermeiros-a-praticar-ato-privativo-dos-medicos/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos – pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003, p. 17-78.

COSTA, A. M. O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: anotações para um debate. **Anais do V Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, v. 2. São Paulo: ABEP, 1986, p. 1133-1143. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/issue/view/25/showToc>. Acesso em: 02 fev. 2020.

COSTA, A. M. Planejamento familiar no Brasil. **Revista Bioética**, v. 4, n. 2, 2009.

COSTA, A. Os 12 Melhores Anticoncepcionais Atualmente no Mercado. **Dicas de Saúde**, 2017. Disponível em: <https://www.saudedica.com.br/os-12-melhores-anticoncepcionais-atualmente-no-mercado/>. Acesso em: fev. 2020.

CRAVINAS. **Sobre a Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020** – DIU e teste de gravidez mantidos no SUS! Cravinas – Clínica de Direitos Sexuais e Reprodutivos, Universidade de Brasília, 2020. Disponível em: <https://projetcocravinas.wordpress.com/2020/07/02/sobre-a-portaria-no-526-de-24-de-junho-de-2020-diu-e-teste-de-gravidez-mantidos-no-sus/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

CREENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 171-188, 2002.

DAMASCO, M. S. **Feminismo negro**: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996). 2009. 162 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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

DE LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). **Tendências e impasses**. O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

DIAS, S. Ministério da Saúde não compra DIU para o SUS desde 2015. **AzMina**, 2019. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/ministerio-da-saude-nao-compra-diu-sus/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

DIAS, T. M.; et al. A pílula da oportunidade: discursos sobre as pílulas anticoncepcionais em A Gazeta da Farmácia, 1960-1981. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.25, n.3, p. 725-742, Rio de Janeiro, 2018.

DINIZ, D. Três gerações de mulheres. In: BASSANEZI, Carla Beozzo; PEDRO, Joana Maria (Org.). Nova história das mulheres no Brasil. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2013, p. 313-332.

DINIZ, D.; CARINO, G. Há correlação entre defesa da abstinência e o aumento da gravidez na adolescência e da maternidade precoce, apontam estudos. **El País**, Coluna Opinião, 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-01-06/a-mentira-da-preservacao-sexual-da-ministra-damares.html>. Acesso em: fev. 2020.

DUCHIADE, A. Brasil acompanha países islâmicos em votações sobre direitos das mulheres e sexuais na ONU. **O Globo**, Coluna Mundo, 2019a. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/brasil-acompanha-paises-islamicos-em-votacoes-sobre-direitos-das-mulheres-sexuais-na-onu-23800730>. Acesso em: 11 abr. 2021.

DUCHIADE, A. Brasil e Venezuela são reeleitos para Conselho de Direitos Humanos da ONU. **O Globo**, Coluna Mundo, 2019b. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/brasil-venezuela-sao-reeleitos-para-conselho-de-direitos-humanos-da-onu-24023457>. Acesso em: 11 abr. 2021.

DUCHIADE, A. Brasil vota a favor de proteção a identidade de gênero na ONU, mas ressalva que 'gênero é sinônimo de sexo biológico'. **O Globo**, Coluna Mundo, 2019c. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/brasil-vota-favor-de-protecao-identidade-de-genero-na-onu-mas-ressalva-que-genero-sinonimo-de-sexo-biologico-23804802>. Acesso em: 11 abr. 2021.

DUCHIADE, A. Governo Bolsonaro inclui família e elimina menções a gênero, pobreza e tortura em candidatura na ONU. **O Globo**, Coluna Mundo, 2019d. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/governo-bolsonaro-inclui-familia-elimina-mencoes-genero-pobreza-tortura-em-candidatura-na-onu-23798604>. Acesso em: 11 abr. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH. **Dimensionamento de Serviços Assistenciais**. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Diretoria de Atenção à Saúde, Brasília, 2016. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/04/Dimensionamento_de_Servicos_-_HUPEST-UFSC.pdf. Acesso em: fev. 2020.

EDELMAN, D. A.; BERGER, G. S.; KEITH, L. **Intrauterine devices and their complications**. Springer Science & Business Media, 1979.

ESPOSITO, R. **BIOS – Biopolítica e filosofia**. Tradução de Wander Melo Miranda. Belo Horizonte: UFMG, 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRIA – FEBRASGO. **Dispositivo intrauterino: de onde viemos e onde chegamos**. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/196-dispositivo-intrauterino-de-onde-viemos-e-onde-chegamos?highlight=WyJkaXUiLCJkaXUncyJd>. Acesso em: 02 jan. 2020.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução de coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FEDERICI, S. **Mulheres e caças às bruxas**: da Idade Média aos dias atuais. Tradução de Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2019.

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, 2010, p. 70-82.

FERREIRA, L. Capitais brasileiras falham na distribuição de métodos contraceptivos nas unidades de atenção básica de saúde. **Gênero e Número**, 2019. Disponível em: <http://www.generonumero.media/capitais-metodos-contraceptivos-sus-falha-diu/#:~:text=A%20inser%C3%A7%C3%A3o%20do%20DIU%20por,objetivos%20do%20sis tema%20de%20sa%C3%BAde%E2%80%9D>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FINOTTI, M. **Manual de anticoncepção**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>. Acesso em: 14 abr. 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. **I Plano Municipal de Políticas para as Mulheres**. Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para Mulheres, 2010. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/mulher/index.php?cms=publicacoes&menu=0>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe B. Neves. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016 [1969].

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014 [1970].

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, n. 18, p.167-194, 2010 [1974]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>. Acesso em: 10 dez. 2019.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade** - curso no Collège de France, 1975-1976. Tradução de Maria Ermantina Galvão. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2018 [1976].

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na Idade Clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2014 [1972].

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017 [1976].

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2**: a uso dos prazeres. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2018 [1984].

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016 [1977].

FOUCAULT, M. **O nascimento da biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008 [1979].

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Fonte Universitária, 2015 [1963].

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016 [1977]. p.143-170.

FOUCAULT, M. **O que é um autor?**. Tradução de José A. Bragança de Miranda e António Fernando Cascais. 2. ed. [S.l.]: Vega, 1992 [1969].

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014 [1975].

FREIRE, M. M. L. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920)**. Tese (Doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: <http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/freiremml.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

FREIRE, M. M. L. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 153-171, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000500008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 fev. 2020.

FREITAS, A. **Um útero é do tamanho de um punho**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

GELBCKE, F. L.; ROVARIS, M. L. **Carta de serviços ao cidadão**. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, 2012. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2013/03/carta_de_servicos_ao_cidadao_2012.pdf. Acesso em: fev. 2020.

GELBCKE, F. L.; ROVARIS, M. L. **Carta de serviços ao cidadão**. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, 2016. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/setores/wp-content/uploads/2016/11/Carta_de_Servicos_ao_Cidadao.pdf. Acesso em: fev. 2020.

GODOY, P. O exame medico pre-nupcial. **Revista De Medicina**, 12(49), 518-528. 1927. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v12i49p518-52>. Acesso em: 25 fev. 2021.

HAHNER, J. E. **Emancipação do sexo feminino: a luta pelos direitos da mulher no Brasil, 1850-1940**. Florianópolis: Mulheres, 2003. 445p.

HARAWAY, D. Gênero para um dicionário marxista: a política de uma palavra. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 22, p. 201-246, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n22/n22a09.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue. In: HARAWAY, D.; KUNZRU, H.; TADEU, T. (org.). **Antropologia do ciborgue, as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, v.5, p.07-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 29 mar. 2020.

HOSPITAL Universitário promove atividades na Semana Mundial de Aleitamento Materno. **Notícias da UFSC**, 2018. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2018/08/hospital-universitario-promove-atividades-na-semana-mundial-de-aleitamento-materno/>. Acesso em: fev. 2020.

LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. São Paulo, **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486-493, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019005011104&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: fev. 2020.

LARA, C. A. **As narrativas de mulheres que vivem com hiv e a produção de subjetividades: entre as estratégias de intervenção e as práticas de si**. 2020. 273 f. Qualificação de Tese (Doutorado em Linguística) – Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências**. Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMQ, 1999.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LEAL, T.; BAKKER, B. A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. 2017.

LEÃO, A. L. Conselho Nacional de Saúde pede fim de proibição a enfermeiros de inserirem DIU em pacientes. **O Globo**, Coluna Sociedade, 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/celina/conselho-nacional-de-saude-pede-fim-de-proibicao-enfermeiros-de-inserirem-diu-em-pacientes-24229547>. Acesso em: 14 abr. 2021.

LOPES DA SILVA, Fábio. **Sadopopulismo – De Putin a Bolsonaro**. 1. ed. [e-book]. Florianópolis, SC: Insular Livros, 2020.

LOURO, G. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019, p. 07-42.

LUNA, M. E. P.; GROSSEMANN, S.; COELHO, A. R. Princípios do SUS sob a perspectiva de gênero: a integralidade na visão do controle social. In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006, p. 27-65.

LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. 1997. 288 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MACHADO, R. Introdução - Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016 [1977]. p. 07-34.

MADEIRA, P. Governo proíbe enfermeiros de inserirem DIU em pacientes. **O Globo**, Coluna Sociedade, 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/governo-proibe-enfermeiros-de-inserirem-diu-em-pacientes-24155801>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MANDUCA, V. A Religião e o Aborto no Estado Nacional: do racismo de Estado à vida nua da mulher. **Revista Observatório da Religião**, v. 3, n. 2, p. 39-54, 2016.

MANICA, D. T. **Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória**. 2009. 319 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Doutorado em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, 2009.

MALUF, S. W. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 5, n. 12, p. 69-82, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71831999000300069. Acesso em: 19 set. 2019.

MARCONI, M. de; LAKATOS, E. V. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, C. C. **Dispositivo Intra-uterino: aspectos éticos, médicos e jurídicos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004a, 287 p.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8, p. 60–83, 2008.

MCLAREN, M. A. **Foucault, Feminismo e Subjetividade**. Tradução de Newtown Milanez. São Paulo: Intermeios, 2016.

MEDEIROS, P. F. **Políticas da vida: entre saúde e mulher**. 113f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, p. 31-48, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019.

MEMÓRIA Globo. Comportamento sexual – TV Mulher. **Globo.com**. c2020. Disponível em: <https://memoriaglobo.globo.com/entretenimento/auditorio-e-variedades/tv-mulher/>. Acesso em: fev. 2020.

MENEZES, A. C.; et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227-244 abr/jun, 2014.

MONTEIRO, D. S. **“Hoje eu sei me expressar”**: os discursos de empoderamento e de naturalização nas narrativas da transição capilar. 250f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Programa de Pós-Graduação em Linguística, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

MOTT, M. L. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). **Cad. Pagu [online]**. 2001, n.16, pp.199-234.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, Rio de Janeiro, 2005.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, UFSC, vol. 8, n.2, p. 09-41, 2000.

NORONHA, R. Por que a Justiça Reprodutiva é relevante para a luta pelo fim da violência contra as mulheres? **Portal Catarinas** – jornalismo com perspectiva de gênero, 2016. Disponível em: <https://catarinas.info/justica-reprodutiva-e-relevante-para-a-luta-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

NOSTRANE, K. C. Uma representação do corpo feminino na obra de Ercília Nogueira Cobra. **Mafuá**, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, n. 29, 2018. Disponível em: <https://mafua.ufsc.br/2018/uma-representacao-do-corpo-feminino-na-obra-de-ercilia-nogueira-cobra/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL – ONU Brasil. Países aprovam declaração sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas. **UNIC Rio**, 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/paises-aprovam-declaracao-sobre-direitos-sexuais-e-reprodutivos-de-mulheres-e-meninas/>. Acesso em: 02 jan. 2020.

PAULA, R. B. **Desafios da Gestão do HU/UFSC, após a criação da EBSERH pelo Governo Federal**. 2016. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175078/344483.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 set. 2019.

PEIXOTO, P. B. O exame médico pré-nupcial em debate: uma proposta de intervenção eugênica no Brasil, 1910-1940. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, p.253-259, 2016.

PELEGRINI, M. Michel Foucault e a crítica feminista ao neoliberalismo. In: RAGO, M.; PELEGRINI, M. (Org.). **Neoliberalismo, feminismos e contracondutas**: perspectivas foucaultianas. São Paulo: Intermeios, 2019. p. 191-212.

PENNYCOOK, A. Uma linguística aplicada transgressiva. In. MOITA LOPES, L. P (Org.). **Por uma linguística aplicada indisciplinar**. São Paulo: Parábola, 2006.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PRECIADO, P. B. **Manifesto contrassexual**: práticas subversivas de identidade sexual. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. 2. ed. São Paulo: n-1 edições, 2017.

PRECIADO, P. B. **Testo Junkie** – Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003.

PEDRO, J. M. Corpo, prazer e trabalho. In: BASSANEZI, Carla Beozzo; PEDRO, Joana Maria (Org.). **Nova história das mulheres no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2013.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para Mulheres. **Apresentação**. [20--?a]. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/mulher/index.php?cms=apresentacao&menu=3&submenuid=1218>. Acesso em: 14 abr. 2021.

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde da Mulher**. [20--?b]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+mulher&menu=6&submenuid=153>. Acesso em: 14 abr. 2021.

QUEIROZ, J. P. P. **As Implicações da nova direita nos estigmas da política social**. 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/38335>. Acesso em: 04 ago. 2020.

RAGO, M. Entre o anarquismo e o feminismo: maria lacerda de moura e luce fabbri. **verve.revista semestral autogestionária do Nu-Sol.**, n. 21, p. 54-78, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/30719>. Acesso em: 16 jan. 2020.

RAGO, M. Foucault, a histeria e a aranha. In: MUCHAIL, S. T.; FONSECA, M. A.; VEIGANETO, A. **O mesmo e o outro: 50 anos de História da loucura**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 235-259.

REA, C. A.; AMANCIO, I. M. S. Descolonizar a sexualidade: Teoria Queer of Colour e trânsitos para o Sul. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 53, p. 1-38, 2018.

ROCHA, S. A educação como ideal eugênico: o movimento eugenista e o discurso educacional no boletim de eugenia 1929-1933. **Cadernos de pesquisa: pensamento educacional**, Curitiba, v.6, n.13, p.162-177, 2011.

RODRIGUEZ, A. M. M. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013 - 2014**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

SANTOS, D. G.; SIMOURA, J. B.; SOGAME, L. C. M. Política de atenção materno-infantil: contexto histórico. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2018.

SANTOS, M. L. S. C. **A compaixão e suas vicissitudes na prática de enfermagem**. 2001. 98 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SALLES, R. K.; SCHMIDT, H. M. **Carta de serviços ao cidadão**. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, 2018. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/setores/wp-content/uploads/2018/05/CARTA_AO_CIDADA0_2018.pdf. Acesso em: fev. 2020.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 137-150, 2001.

SCAVONE, L. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. **Estudos de Sociologia**, v. 5, n. 9, 2000. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/106876>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, vol. 16, n. 2, jul/dez 1990.

SCOTT, Joan W. O enigma da igualdade. **Revista Estudos Feministas**, v.13, n. 1, p. 11-30, 2005.

SILVA, B. F. Biopolítica, dispositivos e subjetividades: uma análise discursiva da cartilha Mulheres na Covid-19. **Letra Magna, Revista de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Linguística e Literatura**, v. 16, n. 26, p. 331-352, 2020. Disponível em: http://www.letramagna.com/artigos_26/texto_19_26.pdf. Acesso em: 02 fev. 2021.

SILVA, M. L. População-sacer e democracia racial no Brasil. **Sociedade e Estado**, v. 32, n. 3, Brasília, 2017.

SISTERSONG – Women of Color Reproductive Health Collective. **Nossa missão**. c2021. Disponível em: <https://www.sistersong.net/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SUPLICY, M. **A condição da mulher**: amor-paixão-sexualidade: artigos. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984. 257 p.

SWAIN, T. N. Mulheres indômitas e malditas: a loucura da razão. In: MUCHAIL, S. T.; FONSECA, M. A.; VEIGA-NETO, A. **O mesmo e o outro**: 50 anos de História da loucura. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 223-233.

TAKESHITA, C. **The Global Biopolitics of the IUD** - How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies. Londres: Massachusetts Institute of Technology, 2012.

TONELI, M. J. F. Direitos Sexuais e Reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 151-160, 2004.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA Brasil. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas no Brasil, Casa da ONU, 1995. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/declara%C3%A7%C3%A3o-e-plataforma-de-a%C3%A7%C3%A3o-da-iv-confer%C3%Aancia-mundial-sobre-mulher>. Acesso em: 06 mar. 2020.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA Brasil. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas no Brasil, Casa da ONU, 2018. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf. Acesso em: 02 fev. 2020.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA Brasil. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas no Brasil, Casa da ONU, 2007. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do>. Acesso em: 06 mar. 2020.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA Brasil. **Situação da População Mundial 2019: UM TRABALHO INACABADO – a busca por direitos e escolhas PARA TODOS E TODAS**. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas no Brasil, Casa da ONU, 2019. Disponível em: <https://popdesenvolvimento.org/images/noticias/UNFPA-relatorio-populacao-mundial-2019.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Comissão Institucional de Acompanhamento e Avaliação do PAA/UFSC. **Avaliação do período 2008-2012 e Proposta de revisão**. 2012. Disponível em: https://progacoeafirma.paginas.ufsc.br/files/2013/06/ufsc_relatorio_cotas_2008-2012.pdf. Acesso em: 09 jun. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Apresentação**. 2019a. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12. Acesso em: 22 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Histórico**. 2019b. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13. Acesso em: 22 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. **Hospital Universitário - Regimento interno**. 2015. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/Regimento_Interno_HU_aprovado_no_Conselho_Diretor.pdf. Acesso em: 22 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. Ministério da Educação. **Resolução Normativa nº 145/2020/CUN, de 27 de outubro de 2020**. Dispõe sobre a política de ações afirmativa para negros(as) (pretos e pardos), indígenas, pessoas com deficiência e outras categorias de vulnerabilidade social nos cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu da Universidade Federal de Santa Catarina. 2020. Disponível em: <https://arquivos.ufsc.br/f/a6bedf78be704b9991e3/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. **SASC - Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária**. 2013. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/sasc/>. Acesso em: 20 set. 2019.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP. **Proclamação de Teerã - 1968**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos [2019]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Confer%C3%A2ncias-de-C%C3%BApulas-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-sobre-Direitos-Humanos/proclamacao-de-teera.html>. Acesso em: 02 jan. 2020.

VIEIRA, H. L. Métodos Contraceptivos. **Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família – PROVIDAFAMÍLIA**, 2000. Disponível em: http://providafamilia.org.br/site/secoes_detalhes.php-sc=61&id=312.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

VIEIRA, L. M. F. Mal necessário: creches no Departamento Nacional da Criança (1940-1970). **Cadernos de pesquisa**, v. 67, p. 3-16, 2013.

VOLKART, A. C. C.; BUTTURI JUNIOR, A. Gênero, raça e invenção de si numa página do Instagram. **Revista do GEL**, v. 17, n. 1, p. 329-352, 2020.

VON DENTZ, S. R.; DE SOUZA SATO, S. R.; VALLE, I. R. As ações afirmativas na base da democratização da educação superior brasileira: irradiações da Reforma Universitária de Córdoba. **Revista Internacional de Educação Superior**, v. 5, p. 1-28, 2019.

WEGNER, R.; SOUZA, V. S. Eugenia ‘negativa’, psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.263-288, 2013.

ZANGHELINI, D. **Direito ao aborto no Brasil e (in)justiça reprodutiva:** apontamentos para o Serviço Social. 2020. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

ZIMERMANN, S. L. **Discursos da maternidade e discursos sobre/da mulher:** uma análise do site bebê.com.br. 2017. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras Português) – Curso de Letras Língua Portuguesa e Literaturas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): A CONTRACEPÇÃO DA MULHER E OS DISCURSOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)

Pesquisador: Atilio Butturi Junior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25498519.7.0000.0121

Instituição Proponente: Centro de comunicação e expressão

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.725.870

Apresentação do Projeto:

"OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): A CONTRACEPÇÃO DA MULHER E OS DISCURSOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)". Projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado de Bianca Franchini da Silva,

aluna do Programa de Mestrado em Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina

(UFSC), sob orientação do Professor Dr. Atilio Butturi Junior. Este projeto de pesquisa vincula-se às nas discussões foucaultianas de biopoder e de biopolítica e, também, à pesquisa de cunho etnográfico. Com o objetivo traçar uma análise dos horizontes epistemológico e ontológico dentro do qual se produz a mulher que passa pelo

processo de inserção DIU de cobre e seus direitos reprodutivos, sua contracepção e sua liberdade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Nesta pesquisa, objetiva-se delinear uma análise, fundamentada nas discussões de biopoder e de biopolítica, inserida na qual há a produção da mulher, de seus direitos reprodutivos, de sua

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.725.870

concepção e de sua liberdade. Para tanto, serão problematizadas, de início, as políticas públicas de saúde destinadas às mulheres (em especial aos seus direitos reprodutivos e às políticas de acesso aos métodos contraceptivos), tanto de nível nacional quanto de nível estadual, questionando-as enquanto práticas concretas de governo que produzem discursos de normatização dos comportamentos e da produção de modos de objetivação e de subjetivação específicos. Posteriormente, serão analisadas as narrativas que compõem a relação hospital e paciente: de médicos(as) ginecologistas obstetras e de enfermeiros(as), assim como discursos dos sujeitos que se autodeclaram mulheres cisgênero e dos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais que passaram (ou que têm a intenção de passar) pelo processo de inserção DIU de cobre no microespaço do SASC, do HU/UFSC/EBSERH, para investigar o olhar clínico sobre o outro e as formas de subjetivação dos discursos de prática do cuidado de si e de produção do ser sujeito, interpelados pelo dispositivo do DIU, e, ao mesmo tempo, como um desejo de busca pela liberdade.

Objetivo Secundário:

- Compreender de que forma o uso do DIU de cobre e as políticas públicas de saúde da mulher produzem modos de subjetivação específicos nos sujeitos que se autodeclaram mulheres cisgênero e nos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais e que são atendidos pelo SASC do HU/UFSC/EBSERH, a partir de suas narrativas sobre a contracepção não hormonal.
- Analisar os discursos das políticas públicas de saúde da mulher, em âmbitos nacional e municipal, especificamente em relação aos direitos reprodutivos e aos contraceptivos, com intuito de problematizar o papel do estado na produção de sujeitos.
- Verificar os regimes de verdade instaurados pelo dispositivo anticoncepcional e pelo dispositivo DIU.
- Discutir sobre os discursos sobre os direitos reprodutivos e a contracepção, levando-se em consideração a problematização do ser mulher e as diferenças implicadas em formas de vida dos sujeitos que se autodeclaram mulheres cisgênero e dos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais, ambos sendo heterossexuais, bissexuais ou homossexuais.
- Discutir as potências da biopolítica, do cuidado da população e da otimização da vida, através do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade da vida.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.725.870

- Descrever, a partir da análise dos discursos de base foucaultiana, a relação existente entre os enunciados de cuidado da biopolítica e as táticas subjetivas de cuidado de si.
- Produzir um arquivo de memórias discursivas, enquanto acontecimentos ainda em curso, a partir da narrativa da trajetória das mulheres que decidiram fazer a inserção do DIU de cobre e de médicos(as) e de enfermeiros(as) que atendem (ou que atenderam) essas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Frisa-se que, sob a sustentação das resoluções do Conselho Nacional de Saúde e do propósito da pesquisadora, será prezada, nesta pesquisa, a dignidade humana. Somado a isso, neste subcapítulo, disserta-se a respeito dos riscos e dos benefícios da presente pesquisa tanto para os sujeitos participantes assim como para o âmbito social. A Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo seres humanos, alertando que o risco é “[...] possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente”. Ainda segundo essa resolução, as pesquisas com seres humanos envolvem risco em tipos e gradações variados. Assim, de maneira a minimizar esses riscos, os “[...] participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012). Arelando-se às disposições dessa resolução, este projeto se encarrega de tomar os cuidados necessários para minimizar as possíveis causas de danos, tanto imediatos quanto posteriores, nos planos individual e coletivo. Contudo, a presente pesquisa oferece riscos considerados mínimos, uma vez que são correspondentes a situações passíveis de ocorrência em qualquer estudo de campo envolvendo seres humanos. Para citar alguns, têm-se: desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as gravações de áudio; o possível cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas que compõem a entrevista semiestruturada; e alteração de comportamento em virtude da evocação de memórias ou de reforços na conscientização sobre condição psicológica. Entretanto, respectivamente, de modo a reduzir os riscos mencionados, será precavido o constrangimento

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.725.670

causado pela presença de gravadores de áudio mantendo-os em locais discretos, e a pesquisa será, sempre que preciso, esclarecida aos participantes pela pesquisadora, durante a execução do estudo de campo, destacando-se que a adesão é

facultativa. A imprescindível assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sustenta a voluntariedade do ato e assevera a seriedade da pesquisa. A assinatura do TCLE por parte dos voluntários garante, ademais, a preservação de suas identidades, já que a pesquisadora não identificará nominalmente nenhum deles em documentos externos (relatórios, artigos, dissertação, entre outros) e evitará expor informações que possam contribuir para sua identificação, beneficiando-se do uso de pseudônimos para fazer referência aos participantes. À medida que se pretende assegurar essa preservação de identidade na pesquisa, isso se configura como um risco adicional, podendo ocorrer a quebra de sigilo de forma involuntária e não intencional. Não somente as identidades dos participantes, mas também todos os dados advindos tanto da etapa documental quanto da etapa de campo (conversas em grupos focais e entrevistas com os participantes) ficarão sob os cuidados da pesquisadora responsável, a qual se responsabilizará em manter o material coletado (as gravações e suas respectivas transcrições) exclusivamente sob sua posse (assim como de seu orientador), armazenado em dispositivo digital (pen drive) em local seguro.

Benefícios:

Imprescindível revelar que os riscos mencionados são justificados pelos benefícios que são esperados na presente pesquisa. A relevância social que terá essa pesquisa garantirá igualmente os interesses dos envolvidos, não fugindo de sua destinação sócio-humanitária. Os benefícios desta pesquisa dizem respeito ao desenvolvimento dos estudos sobre métodos contraceptivos, DIU e formas de subjetivação, além de estudos das políticas públicas de saúde, em âmbitos municipal e nacional. Aos participantes, os benefícios serão indiretos, caso se considerem as dimensões física, psíquica, moral, espiritual, social e cultural deles. Vale mencionar que a UFSC também desfrutará da presente pesquisa, uma vez que poderá verificar o diálogo fomentado entre a Pós-Graduação em Linguística e o Hospital Universitário (HU), proporcionando: a possibilidade de serem feitas reflexões sobre a produção de subjetividades para mulheres que buscam alternativas contraceptivas não hormonais; a visibilidade da temática para demais interessados ou para aqueles que queiram dar continuidade à pesquisa; o desenvolvimento dos estudos que possibilitam a ressignificação e o

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.725.870

fortalecimento da luta das mulheres; dentre tantos outros pontos que caracterizam o caráter de constante crescimento de estudo, de pesquisa e de extensão a que se propõe a Universidade. Assim que a pesquisa estiver finalizada, seus resultados ficarão disponíveis para consulta em no site da biblioteca da UFSC. Além disso, os participantes receberão uma devolutiva, que lhes será de direito, ocorrendo, por um lado, de maneira presencial, em data marcada para reunião e, por outro lado, com o recebimento, por e-mail, do link do site da biblioteca da UFSC com a dissertação finalizada. Ressalta-se que os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em outros espaços, como em congressos e em simpósios, além de serem publicados em outros meios digitais como revistas científicas, frisando-se, mais uma vez, a não exposição das identidades dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Dissertação de Mestrado. Nesta pesquisa, objetiva-se delinear uma análise, fundamentada nas discussões de biopoder e de biopolítica, inserida na qual há a produção da mulher, de seus direitos reprodutivos, de sua contracepção e de sua liberdade. Para tanto, serão problematizadas, de início, as políticas públicas de saúde destinadas às mulheres (em especial aos seus direitos reprodutivos e às políticas de acesso aos métodos contraceptivos), tanto de nível nacional quanto de nível estadual, questionando-as enquanto práticas concretas de governo que produzem discursos de normatização dos comportamentos e da produção de modos de objetivação e de subjetivação específicos. Posteriormente, serão analisadas as narrativas que compõem a relação hospital e paciente: de médicos(as) ginecologistas obstetras e de enfermeiros(as), assim como discursos dos sujeitos que se autodeclaram mulheres cisgênero e dos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais que passaram (ou que têm a intensão de passar) pelo processo de inserção DIU de cobre no microespaço do SASC, do HU/UFSC/EBSERH, para investigar o olhar clínico sobre o outro e as formas de subjetivação dos discursos de prática do cuidado de si e de produção do ser sujeito, interpelados pelo dispositivo do DIU, e, ao mesmo tempo, como um desejo de busca pela liberdade. O tema tem relevância científica para a área, a documentação está completa e o TCLE atende a todas as exigências da Resolução CNS nº 466/12 e suas como complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) Instrumentos para coleta de dados (Questionários Preliminares - Entrevista Semiestruturada);

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.725.870

- 3) TCLE - Observação Participante.
- 4) Orçamento - Projeto;
- 5) Cronograma - Projeto;
- 6) Cronograma_Projeto.
- 7) Declaração de Ciência - Instituição;
- 8) Projeto de pesquisa.
- 9) Folha de rosto (assinada pelo Coordenador do PPGL/UFSC).

O TCLE atende na íntegra a Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações:

1) Substituir no último parágrafo da página 3, Conselho de Ética em Pesquisa por Comitê de Ética em Pesquisa.

2) Recomendamos aos pesquisadores observar a exigência reiterada da CONEP aos nossos pareceres: "Com o objetivo de garantir a integridade do documento (TCLE), solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, bem com a quantidade total delas, como por exemplo: "1 de X" e assim sucessivamente até a página "X de X".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1461565.pdf	05/11/2019 18:22:01		Aceito
Outros	Questionarios_Preliminares_Entrevista_Semiestruturada_Projeto_Bianca_Franchini.pdf	05/11/2019 18:02:22	BIANCA FRANCHINI DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Observacao_Participante.pdf	05/11/2019 17:36:59	BIANCA FRANCHINI DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Projeto_Bianca_Franchini.pdf	05/11/2019 17:29:16	BIANCA FRANCHINI DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Projeto_Bianca_Franchini.pdf	05/11/2019	BIANCA FRANCHINI	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.725.870

Cronograma	ni.pdf	17:29:02	DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Ciencia_Instituicao.pdf	05/11/2019 17:24:43	BIANCA FRANCHINI DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Bianca_Franchini_.pdf	05/11/2019 17:22:40	BIANCA FRANCHINI DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Bianca_Franchini.pdf	05/11/2019 17:07:31	BIANCA FRANCHINI DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 26 de Novembro de 2019

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE -
CEP 88040-900 - FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa "**OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): A CONTRACEPÇÃO DA MULHER E OS DISCURSOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**", e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP SH desta instituição.

Florianópolis, 30 de outubro de 2019


Prof.ª Dr.ª Rosemeri Maurici da Silva
Gerente de Ensino e Pesquisa HU-UFSC
Portaria 1748 – 28/12/2016

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva
Gerente de Ensino e Pesquisa HU-UFSC-EBSERH
Portaria 1748 – 28/12/2016

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA ENTREVISTAS – MÉDICO E TÉCNICA EM ENFERMEGEM**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA ENTREVISTAS**

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): A CONTRACEPÇÃO DA MULHER E OS DISCURSOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, desenvolvida por Bianca Franchini da Silva, aluna do Programa de Mestrado em Linguística da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Professor Dr. Atilio Butturi Junior.

1.Sobre a pesquisa

O objetivo central desta pesquisa de mestrado é investigar como a mulher que decide fazer a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre é produzida: pelos discursos das políticas públicas de saúde; pelas narrativas dos discursos dos(as) médicos(as) e dos(as) enfermeiros(as); e pelas narrativas pessoais dessas mulheres, que são discursos que contribuem para a formação de sua subjetividade. O convite para sua participação se deve por seu vínculo médico-ginecologista-obstetra no Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária SASC, do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que faz a inserção do DIU nesse local, sendo de extrema importância para a realização do estudo. Esta pesquisa foi autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), do HU/UFSC/EBSERH, e a instituição assegura sua anuência e seu desenvolvimento.

2.Sobre sua participação

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou justificativa. Você não será penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista desta. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você **não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária**. Você também não terá nenhuma despesa advinda de sua participação na pesquisa, mas, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha ocorrer, você pode ser ressarcido(a) nos termos de lei. Além disso, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência deste estudo, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, que serão apresentados como um todo. O material resultante das anotações será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua contribuição consistirá **em participar de uma entrevista** do tipo semiestruturada, em que você responderá a perguntas abertas e ordenadas relacionadas à sua história de vida e a outros temas relevantes à pesquisa. **A entrevista terá duração aproximada de 60 (sessenta) minutos e será gravada (somente áudio) apenas para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.**

A entrevista será transcrita e armazenada em arquivos digitais, mas somente terão acesso ao seu conteúdo a pesquisadora responsável e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo o material resultante será armazenado em local seguro e somente terão acesso ao seu conteúdo a pesquisadora responsável e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido sob os cuidados da pesquisadora responsável em arquivo (físico e digital) por um período de 5 (cinco) anos. Após esse intervalo, o banco de dados será excluído, e os arquivos físicos destruídos. A fim de evitar o risco de exposição do material coletado, as gravações e suas respectivas transcrições ficarão exclusivamente sob posse dos pesquisadores responsáveis e serão mantidas em dispositivo de armazenamento digital (*pen drive*) em local seguro.

As cópias das gravações e transcrições serão classificadas por códigos para proteger a identidade dos participantes e ficarão exclusivamente em posse dos pesquisadores. Referente ao risco de vazamento, o material coletado será mantido em um dispositivo de armazenamento (*pen drive*), minimizando assim as chances de furto. Além disso, após cada gravação, o material será transferido dos gravadores de áudio para um computador e, posteriormente, para o dispositivo de armazenamento (*pen drive*), que será manuseado o mínimo possível a fim de evitar a ocorrência desses acidentes.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente a ela, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

3. Sobre os riscos e benefícios

Os benefícios diretos que você poderá ter participando da pesquisa é o de colaborar para a obtenção de elementos que embasem propostas e ações a serem desenvolvidas no âmbito municipal e também no próprio SASC, além de contribuir para o desenvolvimento de uma pesquisa científica e, por conseguinte, para a ampliação do conhecimento da área. Por sua vez, os riscos envolvendo sua participação nesta pesquisa são mínimos e correspondem a situações possíveis de ocorrerem em qualquer estudo de campo envolvendo seres humanos. Dentre os riscos que podem ser esperados, mesmo que em frequência mínima, está o constrangimento e/ou desconforto diante do convite a participar desta pesquisa e da presença da pesquisadora.

A pesquisadora responsável coloca-se à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dificuldade que você apresentar durante a coleta de dados. Se, mesmo tendo sido tomadas todas as precauções descritas para minimizar esses riscos, você sentir-se constrangido(a) durante a realização deste estudo, você pode relatar o caso à coordenação do HU/UFSC/EBSERH, que possui pessoal competente para prestar a assistência que você necessite.

Você não será identificado(a) nominalmente em nenhum documento externo relacionado a esta pesquisa – como relatórios, artigos, tese, entre outros –, tampouco serão expostas informações ou características que possam contribuir para sua identificação. Em situações como as descritas, você será referido(a) por um pseudônimo com o intuito de preservar sua identidade. Apesar de todos os esforços e preocupações da pesquisadora neste sentido, o sigilo poderá ser quebrado de maneira involuntária e não intencional, como em casos de roubo, furto, má-fé de terceiros ou extravio de materiais de pesquisa.

Em relação a uma eventual exposição da identidade dos participantes, involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei. Informações que porventura apareçam nas reuniões, tais como referências a nomes, características físicas, indicativos de moradia e emprego específicos serão substituídas por codificações a fim de garantir o anonimato. Referente ao risco de vazamento das informações, o material coletado será mantido em um dispositivo de armazenamento (*pen drive*), minimizando, assim, as chances de furto.

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis para consulta quando ela estiver finalizada, e você terá direito à devolutiva, que ocorrerá presencialmente, em data a ser combinada, por meio de uma reunião junto aos demais voluntários envolvidos em sua realização, e pela disponibilização do endereço eletrônico quando a tese já estiver hospedada no site da UFSC. Os resultados poderão ainda ser publicados em revistas científicas, anais de eventos ou apresentados em congressos. Em todas as situações mencionadas, a divulgação manterá o sigilo de seus dados pessoais, de sua identidade e de sua privacidade.

Se você perceber qualquer risco ou dano significativo, você pode procurar a pesquisadora e o Conselho de Ética em Pesquisa, da UFSC – Universidade Federal De Santa Catarina, através dos seguintes contatos:

Contato profissional com a pesquisadora responsável

Bianca Franchini da Silva

E-mail: bifranchini@live.com.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Centro de Comunicação e Expressão (CCE)

Bloco B – Sala 315. Campus Universitário – Trindade – Florianópolis
– SC CEP: 88040-900

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC:**

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Telefone: (48) 3721-6094

Endereço: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Prédio da Reitoria. Trindade, Florianópolis/SC. CEP. 88.040-400.

4.Sobre os resultados

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis para consulta quando ela estiver finalizada, e você terá direito à devolutiva, que ocorrerá presencialmente, em data a ser combinada, por meio de uma reunião junto aos demais voluntários envolvidos em sua realização, e pela disponibilização do endereço eletrônico quando a dissertação já estiver hospedada no site da UFSC. Os resultados poderão ainda ser publicados em revistas científicas, anais de eventos ou apresentados em congressos. Em todas as situações mencionadas, a divulgação manterá o sigilo de seus dados pessoais e de sua privacidade.

Caso concorde em participar deste estudo, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à pesquisadora. A pesquisadora responsável, que também assina esse termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção da pesquisa. **Desde já agradecemos sua participação!**

Declaro ter sido suficientemente esclarecido(a) sobre o estudo **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU): A CONTRACEPÇÃO DA MULHER E OS DISCURSOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, por meio das informações que recebi. **Ficaram claros, para mim, quais são os propósitos do trabalho, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos quando solicitados. Ficou evidente, também, que a minha participação é isenta de despesas e tem o mínimo de riscos possível. Também estou ciente de que é papel da pesquisadora tornar a pesquisa segura e confortável para todos(as) os(as) participantes, e, sobretudo, cumprir com a Resolução 466/12 (item IV.5.a). Além disso, sei que tenho garantia do acesso aos resultados e que posso esclarecer minhas dúvidas, durante o desenvolvimento da pesquisa, a qualquer tempo. Assim,**

concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.

Assino este documento que foi redigido e assinado em duas vias, permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora.

Assinatura do(a) participante de pesquisa

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Telefone: () _____

Assinatura da pesquisadora responsável – Bianca Franchini da Silva

Data: ____/____/____

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA RODA DE CONVERSA – ENTREVISTADAS SASC**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, desenvolvida por Bianca Franchini da Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Professor Dr. Atilio Butturi Junior.

1.Sobre a pesquisa

O objetivo central desta pesquisa de mestrado é investigar como a mulher que decide fazer a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre é produzida: pelos discursos das políticas públicas de saúde; pelas narrativas dos(as) médicos(as) e dos(as) enfermeiros(as); e narrativas pessoais dessas mulheres, as quais contribuem para a formação de sua subjetividade. O convite para sua participação se deve, por isso, à sua adesão à inserção (ou pretensão de inserção) do DIU de cobre no Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária SASC, do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo de extrema importância para a realização do estudo. Essa pesquisa foi autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), do HU/UFSC/EBSERH, e a instituição assegura sua anuência e para o desenvolvimento da pesquisa.

2.Sobre sua participação

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou justificativa. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista desta. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Você também não terá nenhuma despesa advinda de sua participação na pesquisa, mas, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha ocorrer, você poderá ser ressarcida nos termos de lei. Além disso, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência deste estudo, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, que serão apresentados como um todo. O material resultante das anotações será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em se deixar ser observada pela pesquisadora responsável durante a realização da roda de conversa, pelo período máximo de duas (2) horas. Ou seja, o tempo de duração da observação corresponderá ao tempo de duração da roda de conversa.

Em virtude da situação da pandemia pela COVID-19, a roda de conversa ocorrerá remotamente, através da plataforma Zoom. Por isso, será uma roda de conversa gravada (podendo ser somente o áudio), com data e hora acordada e marcada entre você, as demais participantes e a pesquisadora. Além da gravação, a pesquisadora anotará em um caderno de campo dados que julgue necessários para compor o quadro de geração dos dados da pesquisa. Esses dados serão de acesso apenas da pesquisadora responsável e de seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido sob os cuidados da pesquisadora responsável em arquivo (físico e digital) por um período de cinco (5) anos. Após esse intervalo, o banco de dados será excluído, e os arquivos físicos destruídos, a fim de evitar o risco de exposição do material coletado.

3.Sobre os riscos e benefícios

Os benefícios diretos que você poderá ter participando da pesquisa é o de colaborar para a obtenção de elementos que embasem propostas e ações a serem desenvolvidas no âmbito municipal e também no próprio SASC, além de contribuir para o desenvolvimento de uma pesquisa científica e, por conseguinte, para a ampliação do conhecimento da área. Por sua vez, os riscos envolvendo sua participação nesta pesquisa são mínimos e correspondem a situações possíveis de ocorrerem em qualquer estudo de campo envolvendo seres humanos. Dentre os riscos que podem ser esperados, mesmo que em frequência mínima, está o constrangimento e/ou desconforto diante do convite a participar desta pesquisa e da presença da pesquisadora nas rodas de conversa.

A pesquisadora responsável coloca-se à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dificuldade que você apresentar durante a coleta de dados. Se, mesmo tendo sido tomadas todas as precauções descritas para minimizar esses riscos, você

sentir-se constrangida durante a realização deste estudo, você poderá relatar o caso à coordenação ou à GEP do HU/UFSC/EBSERH, que possui pessoal competente para prestar a assistência que você necessite.

Você não será identificada nominalmente em nenhum documento externo relacionado a esta pesquisa – como relatórios, artigos, dissertação, entre outros –, tampouco serão expostas informações ou características que possam contribuir para sua identificação. Em situações como as descritas, você será referida por um pseudônimo com o intuito de preservar sua identidade. Apesar de todos os esforços e preocupações da pesquisadora neste sentido, o sigilo poderá ser quebrado de maneira involuntária e não intencional, como em casos de roubo, furto, má-fé de terceiros ou extravio de materiais de pesquisa.

Em relação a uma eventual exposição da identidade dos participantes, involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei. Informações que, porventura, apareçam nas reuniões, tais como referências a nomes, características físicas, indicativos de moradia e emprego específicos serão substituídas por codificações a fim de garantir o anonimato. Referente ao risco de vazamento das informações, o material coletado será mantido em um dispositivo de armazenamento (*pen drive*), minimizando, assim, as chances de furto.

Se você perceber qualquer risco ou dano significativo, você poderá procurar a pesquisadora e o Conselho de Ética em Pesquisa, da UFSC, através dos seguintes contatos:

Contato profissional com a pesquisadora responsável

Bianca Franchini da Silva

E-mail: bifranchini@live.com.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Centro de Comunicação e Expressão (CCE)

Bloco B – Sala 315. Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC CEP: 88040-900

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Telefone: (48) 3721-6094

Endereço: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401 – Prédio da Reitoria. Trindade, Florianópolis/SC. CEP. 88040-400.

4.Sobre os resultados

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis para consulta quando ela estiver finalizada, e você terá direito à devolutiva, que ocorrerá presencialmente, em data a ser combinada, por meio de uma reunião junto aos demais voluntários envolvidos em sua realização, e pela disponibilização do endereço eletrônico quando a dissertação já estiver hospedada no *site* da UFSC. Os resultados poderão ainda ser

publicados em revistas científicas, anais de eventos ou apresentados em congressos. Em todas as situações mencionadas, a divulgação manterá o sigilo de seus dados pessoais e de sua privacidade.

Caso concorde em participar deste estudo, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à pesquisadora. A pesquisadora responsável, que também assina esse termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção da pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação!

Declaro ter sido suficientemente esclarecida sobre o estudo **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, por meio das informações que recebi. **Ficaram claros, para mim, quais são os propósitos do trabalho, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos quando solicitados. Ficou evidente, também, que a minha participação é isenta de despesas e tem o mínimo de riscos possível, tendo em vista que apenas serei acompanhada em observação participante nas rodas de conversa. Também estou ciente de que é papel da pesquisadora tornar a pesquisa segura e confortável para todos(as) os(as) participantes, e, sobretudo, cumprir com a Resolução 466/12 (item IV.5.a). Além disso, sei que tenho garantia do acesso aos resultados e que posso esclarecer minhas dúvidas, durante o desenvolvimento da pesquisa, a qualquer tempo. Assim, concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.**

Assino este documento que foi redigido e assinado em duas vias, permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora.

Assinatura da participante de pesquisa

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Fone: () _____ - _____

Assinatura da pesquisadora responsável – Bianca Franchini da Silva

**ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA RODA DE CONVERSA – ENTREVISTADAS FORA DO SASC**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, desenvolvida por Bianca Franchini da Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Professor Dr. Atilio Butturi Junior.

1.Sobre a pesquisa

O objetivo central desta pesquisa de mestrado é investigar como a mulher que decide fazer a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre é produzida: pelos discursos das políticas públicas de saúde; pelas narrativas dos(as) médicos(as) e dos(as) enfermeiros(as); e narrativas pessoais dessas mulheres, as quais contribuem para a formação de sua subjetividade. Ainda que esta pesquisa esteja voltada para mulheres que tenham feito a adesão/inserção de DIU de cobre (ou que tenham a pretensão de inserir) no Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária SASC, do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sua decisão de aceitar participar desta pesquisa é importante, mesmo que você tenha feito a inserção em outro local. Esta pesquisa foi autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), do HU/UFSC/EBSERH, e a instituição assegura sua anuência e para o desenvolvimento da pesquisa.

2.Sobre sua participação

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou justificativa. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista desta. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Você também não terá nenhuma despesa advinda de sua participação na pesquisa, mas, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha ocorrer, você poderá ser ressarcida nos termos de lei. Além disso, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência deste estudo, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, que serão apresentados como um todo. O material resultante das anotações será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em se deixar ser observada pela pesquisadora responsável durante a realização da roda de conversa, pelo período máximo de duas (2) horas. Ou seja, o tempo de duração da observação corresponderá ao tempo de duração da roda de conversa.

Em virtude da situação da pandemia pela COVID-19, a roda de conversa ocorrerá remotamente, através da plataforma Zoom. Por isso, será uma roda de conversa gravada (podendo ser somente o áudio), com data e hora acordada e marcada entre você, as demais participantes e a pesquisadora. Além da gravação, a pesquisadora anotará em um caderno de campo dados que julgue necessários para compor o quadro de geração dos dados da pesquisa. Esses dados serão de acesso apenas da pesquisadora responsável e de seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido sob os cuidados da pesquisadora responsável em arquivo (físico e digital) por um período de cinco (5) anos. Após esse intervalo, o banco de dados será excluído, e os arquivos físicos destruídos, a fim de evitar o risco de exposição do material coletado.

3.Sobre os riscos e benefícios

Os benefícios diretos que você poderá ter participando da pesquisa é o de colaborar para a obtenção de elementos que embasem propostas e ações a serem desenvolvidas no âmbito municipal e também no próprio SASC, além de contribuir para o desenvolvimento de uma pesquisa científica e, por conseguinte, para a ampliação do conhecimento da área. Por sua vez, os riscos envolvendo sua participação nesta pesquisa são mínimos e correspondem a situações possíveis de ocorrerem em qualquer estudo de campo envolvendo seres humanos. Dentre os riscos que podem ser esperados, mesmo que em frequência mínima, está o constrangimento e/ou desconforto diante do convite a participar desta pesquisa e da presença da pesquisadora nas rodas de conversa.

A pesquisadora responsável coloca-se à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dificuldade que você apresentar durante a coleta de dados. Se, mesmo tendo sido tomadas todas as precauções descritas para minimizar esses riscos, você sentir-se constrangida durante a realização deste

estudo, você poderá relatar o caso à coordenação ou à GEP do HU/UFSC/EBSERH, que possui pessoal competente para prestar a assistência que você necessite.

Você não será identificada nominalmente em nenhum documento externo relacionado a esta pesquisa – como relatórios, artigos, dissertação, entre outros –, tampouco serão expostas informações ou características que possam contribuir para sua identificação. Em situações como as descritas, você será referida por um pseudônimo com o intuito de preservar sua identidade. Apesar de todos os esforços e preocupações da pesquisadora neste sentido, o sigilo poderá ser quebrado de maneira involuntária e não intencional, como em casos de roubo, furto, má-fé de terceiros ou extravio de materiais de pesquisa.

Em relação a uma eventual exposição da identidade dos participantes, involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei. Informações que, porventura, apareçam nas reuniões, tais como referências a nomes, características físicas, indicativos de moradia e emprego específicos serão substituídas por codificações a fim de garantir o anonimato. Referente ao risco de vazamento das informações, o material coletado será mantido em um dispositivo de armazenamento (*pen drive*), minimizando, assim, as chances de furto.

Se você perceber qualquer risco ou dano significativo, você poderá procurar a pesquisadora e o Conselho de Ética em Pesquisa, da UFSC, através dos seguintes contatos:

Contato profissional com a pesquisadora responsável

Bianca Franchini da Silva

E-mail: bifranchini@live.com.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Centro de Comunicação e Expressão (CCE)

Bloco B – Sala 315. Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC CEP: 88040-900

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Telefone: (48) 3721-6094

Endereço: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401 – Prédio da Reitoria. Trindade, Florianópolis/SC. CEP. 88040-400.

4.Sobre os resultados

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis para consulta quando ela estiver finalizada, e você terá direito à devolutiva, que ocorrerá presencialmente, em data a ser combinada, por meio de uma reunião junto aos demais voluntários envolvidos em sua realização, e pela disponibilização do endereço eletrônico quando a dissertação já estiver hospedada no *site* da UFSC. Os resultados poderão ainda ser publicados em revistas científicas, anais de eventos ou apresentados em congressos. Em todas as situações mencionadas, a divulgação manterá o sigilo de seus dados pessoais e de sua privacidade.

Caso concorde em participar deste estudo, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à pesquisadora. A pesquisadora responsável, que também assina esse termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção da pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação!

Declaro ter sido suficientemente esclarecida sobre o estudo **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, por meio das informações que recebi. Ficaram claros, para mim, quais são os propósitos do trabalho, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos quando solicitados. Ficou evidente, também, que a minha participação é isenta de despesas e tem o mínimo de riscos possível, tendo em vista que apenas serei acompanhada em observação participante nas rodas de conversa. Também estou ciente de que é papel da pesquisadora tornar a pesquisa segura e confortável para todos(as) os(as) participantes, e, sobretudo, cumprir com a Resolução 466/12 (item IV.5.a). Além disso, sei que tenho garantia do acesso aos resultados e que posso esclarecer minhas dúvidas, durante o desenvolvimento da pesquisa, a qualquer tempo. Assim, concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.

Assino este documento que foi redigido e assinado em duas vias, permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora.

Assinatura da participante de pesquisa

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Fone: () _____ - _____

Assinatura da pesquisadora responsável – Bianca Franchini da Silva

**ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
ENTREVISTA – ENTREVISTADAS DO SASC**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA ENTREVISTA**

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, desenvolvida por Bianca Franchini da Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Professor Dr. Atilio Butturi Junior.

1.Sobre a pesquisa

O objetivo central desta pesquisa de mestrado é investigar como a mulher que decide fazer a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre é produzida: pelos discursos das políticas públicas de saúde; pelas narrativas dos(as) médicos(as) e dos(as) enfermeiros(as); e narrativas pessoais dessas mulheres, as quais contribuem para a formação de sua subjetividade. O convite para sua participação se deve, por isso, à sua adesão à inserção (ou pretensão de inserção) do DIU de cobre no Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária SASC, do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo de extrema importância para a realização do estudo. Essa pesquisa foi autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), do HU/UFSC/EBSERH, e a instituição assegura sua anuência e para o desenvolvimento da pesquisa.

2.Sobre sua participação

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou justificativa. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista desta. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você **não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária**. Você também não terá nenhuma despesa advinda de sua participação na pesquisa, mas, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha ocorrer, você poderá ser

ressarcida nos termos de lei. Além disso, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência deste estudo, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, que serão apresentados como um todo. O material resultante das anotações será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua contribuição consistirá **em participar de uma entrevista** do tipo semiestruturada, em que você responderá a perguntas abertas e ordenadas relacionadas à sua história de vida e a outros temas relevantes à pesquisa. **A entrevista terá duração aproximada de 60 (sessenta) minutos. Em virtude da situação da pandemia pela COVID-19, a entrevista ocorrerá remotamente, através da plataforma Zoom. Por isso, será uma entrevista gravada ((imagem e áudio), com data e hora acordada e marcada entre você e a pesquisadora.**

A fim de evitar o risco de exposição do material coletado, as gravações e suas respectivas transcrições ficarão exclusivamente sob posse dos pesquisadores responsáveis e serão mantidas em dispositivo de armazenamento digital (*pen drive*) em local seguro (minimizando a chance de furtos) por um período de cinco (5) anos. As cópias das gravações e transcrições serão classificadas por códigos para proteger a identidade dos participantes e ficarão exclusivamente em posse dos pesquisadores. Após o intervalo cinco (5) anos, o banco de dados será excluído, e os arquivos físicos destruídos. A fim de evitar o risco de exposição do material coletado, as gravações e suas respectivas transcrições ficarão exclusivamente sob posse dos pesquisadores responsáveis e serão mantidas em dispositivo de armazenamento digital (*pen drive*) em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente a ela, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

3.Sobre os riscos e benefícios

Os benefícios diretos que você poderá ter participando da pesquisa é o de colaborar para a obtenção de elementos que embasem propostas e ações a serem desenvolvidas no âmbito municipal e também no próprio SASC, além de contribuir para o desenvolvimento de uma pesquisa científica e, por conseguinte, para a ampliação do conhecimento da área. Por sua vez, os riscos envolvendo sua participação nesta pesquisa são mínimos e correspondem a situações possíveis de ocorrerem em qualquer estudo de campo envolvendo seres humanos. Dentre os riscos que podem ser esperados, mesmo que em frequência mínima, está o constrangimento e/ou desconforto diante do convite a participar desta pesquisa e da presença da pesquisadora nas rodas de conversa.

A pesquisadora responsável coloca-se à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dificuldade que você apresentar durante a coleta de dados. Se, mesmo tendo sido tomadas todas as precauções descritas para minimizar esses riscos, você sentir-se constrangida durante a realização deste estudo, você poderá relatar o caso à coordenação ou à GEP do HU/UFSC/EBSERH, que possui pessoal competente para prestar a assistência que você necessite.

Você não será identificada nominalmente em nenhum documento externo relacionado a esta pesquisa – como relatórios, artigos, dissertação, entre outros –, tampouco serão expostas informações ou características que possam contribuir para sua identificação. Em situações como as descritas, você será referida por um pseudônimo com o intuito de preservar sua identidade. Apesar de todos os esforços e preocupações da pesquisadora neste sentido, o sigilo poderá ser quebrado de maneira involuntária e não intencional, como em casos de roubo, furto, má-fé de terceiros ou extravio de materiais de pesquisa.

Em relação a uma eventual exposição da identidade dos participantes, involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei. Informações que, porventura, apareçam nas reuniões, tais como referências a nomes, características físicas, indicativos de moradia e emprego específicos serão substituídas por codificações a fim de garantir o anonimato. Referente ao risco de vazamento das informações, o material coletado será mantido em um dispositivo de armazenamento (*pen drive*), minimizando, assim, as chances de furto.

Se você perceber qualquer risco ou dano significativo, você poderá procurar a pesquisadora e o Conselho de Ética em Pesquisa, da UFSC, através dos seguintes contatos:

Contato profissional com a pesquisadora responsável

Bianca Franchini da Silva

E-mail: bifranchini@live.com.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Centro de Comunicação e Expressão (CCE)

Bloco B – Sala 315. Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC CEP: 88040-900

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Telefone: (48) 3721-6094

Endereço: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401 – Prédio da Reitoria. Trindade, Florianópolis/SC. CEP. 88040-400.

4.Sobre os resultados

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis para consulta quando ela estiver finalizada, e você terá direito à devolutiva, que ocorrerá presencialmente, em data a ser combinada, por meio de uma reunião junto aos demais voluntários envolvidos em sua realização, e pela disponibilização do endereço eletrônico quando a dissertação já estiver hospedada no *site* da UFSC. Os resultados poderão ainda ser

publicados em revistas científicas, anais de eventos ou apresentados em congressos. Em todas as situações mencionadas, a divulgação manterá o sigilo de seus dados pessoais e de sua privacidade.

Caso concorde em participar deste estudo, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à pesquisadora. A pesquisadora responsável, que também assina esse termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção da pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação!

Declaro ter sido suficientemente esclarecida sobre o estudo **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, por meio das informações que recebi. **Ficaram claros, para mim, quais são os propósitos do trabalho, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos quando solicitados. Ficou evidente, também, que a minha participação é isenta de despesas e tem o mínimo de riscos possível, tendo em vista que apenas serei acompanhada em observação participante nas rodas de conversa. Também estou ciente de que é papel da pesquisadora tornar a pesquisa segura e confortável para todos(as) os(as) participantes, e, sobretudo, cumprir com a Resolução 466/12 (item IV.5.a). Além disso, sei que tenho garantia do acesso aos resultados e que posso esclarecer minhas dúvidas, durante o desenvolvimento da pesquisa, a qualquer tempo. Assim, concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.**

Assino este documento que foi redigido e assinado em duas vias, permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora.

Assinatura da participante de pesquisa

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Fone: () _____ - _____

Assinatura da pesquisadora responsável – Bianca Franchini da Silva

**ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
ENTREVISTA – ENTREVISTADAS FORA DO SASC**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA ENTREVISTA**

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, desenvolvida por Bianca Franchini da Silva, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Professor Dr. Atilio Butturi Junior.

1.Sobre a pesquisa

O objetivo central desta pesquisa de mestrado é investigar como a mulher que decide fazer a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre é produzida: pelos discursos das políticas públicas de saúde; pelas narrativas dos(as) médicos(as) e dos(as) enfermeiros(as); e narrativas pessoais dessas mulheres, as quais contribuem para a formação de sua subjetividade. Ainda que esta pesquisa esteja voltada para mulheres que tenham feito a adesão/inserção de DIU de cobre (ou que tenham a pretensão de inserir) no Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária SASC, do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sua decisão de aceitar participar desta pesquisa é importante, mesmo que você tenha feito a inserção em outro local. Esta pesquisa foi autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), do HU/UFSC/EBSERH, e a instituição assegura sua anuência e para o desenvolvimento da pesquisa.

2.Sobre sua participação

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação ou justificativa. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista desta. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Você também não terá nenhuma despesa advinda de sua participação na pesquisa, mas, caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha ocorrer, você poderá ser

ressarcida nos termos de lei. Além disso, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência deste estudo, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, que serão apresentados como um todo. O material resultante das anotações será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua contribuição consistirá **em participar de uma entrevista** do tipo semiestruturada, em que você responderá a perguntas abertas e ordenadas relacionadas à sua história de vida e a outros temas relevantes à pesquisa. **A entrevista terá duração aproximada de 60 (sessenta) minutos. Em virtude da situação da pandemia pela COVID-19, a entrevista ocorrerá remotamente, através da plataforma Zoom. Por isso, será uma entrevista gravada ((imagem e áudio), com data e hora acordada e marcada entre você e a pesquisadora.**

A fim de evitar o risco de exposição do material coletado, as gravações e suas respectivas transcrições ficarão exclusivamente sob posse dos pesquisadores responsáveis e serão mantidas em dispositivo de armazenamento digital (*pen drive*) em local seguro (minimizando a chance de furtos) por um período de cinco (5) anos. As cópias das gravações e transcrições serão classificadas por códigos para proteger a identidade dos participantes e ficarão exclusivamente em posse dos pesquisadores. Após o intervalo cinco (5) anos, o banco de dados será excluído, e os arquivos físicos destruídos. A fim de evitar o risco de exposição do material coletado, as gravações e suas respectivas transcrições ficarão exclusivamente sob posse dos pesquisadores responsáveis e serão mantidas em dispositivo de armazenamento digital (*pen drive*) em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente a ela, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

3.Sobre os riscos e benefícios

Os benefícios diretos que você poderá ter participando da pesquisa é o de colaborar para a obtenção de elementos que embasem propostas e ações a serem desenvolvidas no âmbito municipal e também no próprio SASC, além de contribuir para o desenvolvimento de uma pesquisa científica e, por conseguinte, para a ampliação do conhecimento da área. Por sua vez, os riscos envolvendo sua participação nesta pesquisa são mínimos e correspondem a situações possíveis de ocorrerem em qualquer estudo de campo envolvendo seres humanos. Dentre os riscos que podem ser esperados, mesmo que em frequência mínima, está o constrangimento e/ou desconforto diante do convite a participar desta pesquisa e da presença da pesquisadora nas rodas de conversa.

A pesquisadora responsável coloca-se à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dificuldade que você apresentar durante a coleta de dados. Se, mesmo tendo sido tomadas todas as precauções descritas para minimizar esses riscos, você sentir-se constrangida durante a realização deste estudo, você poderá relatar o caso à coordenação ou à GEP do HU/UFSC/EBSERH, que possui pessoal competente para prestar a assistência que você necessite.

Você não será identificada nominalmente em nenhum documento externo relacionado a esta pesquisa – como relatórios, artigos, dissertação, entre outros –, tampouco serão expostas informações ou características que possam contribuir para sua identificação. Em situações como as descritas, você será referida por um pseudônimo com o intuito de preservar sua identidade. Apesar de todos os esforços e preocupações da pesquisadora neste sentido, o sigilo poderá ser quebrado de maneira involuntária e não intencional, como em casos de roubo, furto, má-fé de terceiros ou extravio de materiais de pesquisa.

Em relação a uma eventual exposição da identidade dos participantes, involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei. Informações que, porventura, apareçam nas reuniões, tais como referências a nomes, características físicas, indicativos de moradia e emprego específicos serão substituídas por codificações a fim de garantir o anonimato. Referente ao risco de vazamento das informações, o material coletado será mantido em um dispositivo de armazenamento (*pen drive*), minimizando, assim, as chances de furto.

Se você perceber qualquer risco ou dano significativo, você poderá procurar a pesquisadora e o Conselho de Ética em Pesquisa, da UFSC, através dos seguintes contatos:

Contato profissional com a pesquisadora responsável

Bianca Franchini da Silva

E-mail: bifranchini@live.com.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Centro de Comunicação e Expressão (CCE)

Bloco B – Sala 315. Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC CEP: 88040-900

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Telefone: (48) 3721-6094

Endereço: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401 – Prédio da Reitoria. Trindade, Florianópolis/SC. CEP. 88040-400.

4.Sobre os resultados

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis para consulta quando ela estiver finalizada, e você terá direito à devolutiva, que ocorrerá presencialmente, em data a ser combinada, por meio de uma reunião junto aos demais voluntários envolvidos em sua realização, e pela disponibilização do endereço

eletrônico quando a dissertação já estiver hospedada no *site* da UFSC. Os resultados poderão ainda ser publicados em revistas científicas, anais de eventos ou apresentados em congressos. Em todas as situações mencionadas, a divulgação manterá o sigilo de seus dados pessoais e de sua privacidade.

Caso concorde em participar deste estudo, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue à pesquisadora. A pesquisadora responsável, que também assina esse termo, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção da pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação!

Declaro ter sido suficientemente esclarecida sobre o estudo **OS DISCURSOS DAS NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE O DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO À SAÚDE DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA (SASC)**, por meio das informações que recebi. **Ficaram claros, para mim, quais são os propósitos do trabalho, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos quando solicitados. Ficou evidente, também, que a minha participação é isenta de despesas e tem o mínimo de riscos possível, tendo em vista que apenas serei acompanhada em observação participante nas rodas de conversa. Também estou ciente de que é papel da pesquisadora tornar a pesquisa segura e confortável para todos(as) os(as) participantes, e, sobretudo, cumprir com a Resolução 466/12 (item IV.5.a). Além disso, sei que tenho garantia do acesso aos resultados e que posso esclarecer minhas dúvidas, durante o desenvolvimento da pesquisa, a qualquer tempo. Assim, concordo, voluntariamente, em participar deste estudo, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo.**

Assino este documento que foi redigido e assinado em duas vias, permanecendo uma comigo e outra com a pesquisadora.

Assinatura da participante de pesquisa

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Fone: () _____ - _____

Assinatura da pesquisadora responsável – Bianca Franchini da Silva

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – MÉDICO

Roteiro entrevista semiestruturada – médico

1. Como foi a sua formação? Conte-me um pouco sobre sua carreira acadêmica.
2. E sua carreira profissional? Conte-me também...

a) Compreender de que forma o uso do DIU de cobre e as políticas públicas de saúde da mulher produzem modos de subjetivação específicos nos sujeitos que se autodeclarem mulheres cisgênero e nos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais e que são atendidos pelo SASC do HU/UFSC/EBSERH, a partir de suas narrativas sobre a contracepção não hormonal.

Questionamentos preliminares:

1. As mulheres que se consultam com você usam quais contraceptivos, em sua maioria?
2. Você indica outros contraceptivos a elas? Como faz isso? A partir dos desejos delas ou de acordo com as individualidades dos organismos delas?
3. De acordo com os relatos das mulheres, o que as motiva a escolherem o DIU de cobre?
4. O que o HU (grupo médico-ginecologista-obstetra) em geral acha sobre a colocação de DIU de cobre no SASC?
5. E no SASC, em geral, o que o grupo de médicos(as) e de enfermeiros(as) acha sobre a colocação de DIU de cobre nesse local?

b) Analisar os discursos das políticas públicas de saúde da mulher, em âmbitos nacional e municipal, especificamente em relação aos direitos reprodutivos e aos contraceptivos, com intuito de problematizar o papel do estado na produção de sujeitos.

Questionamentos preliminares:

1. Como você analisa as políticas públicas de saúde para mulheres e as especificações que se voltam aos contraceptivos?
2. Você acredita que as políticas públicas de saúde são eficazes no que se referem aos direitos reprodutivos e aos contraceptivos?
3. Como é para você a relação das políticas públicas com o atendimento público no hospital e no SASC?

c) Verificar os regimes de verdade instaurados pelo dispositivo anticoncepcional e pelo dispositivo DIU.

Questionamentos preliminares:

- 1. O que você acha sobre o uso de anticoncepcional e a carga hormonal dele?**
- 2. Muitas mulheres estão deixando de usar o anticoncepcional para inserir o DIU?**

Por que você acha que isso está acontecendo e o que elas dizem?

3. Quais os mitos que as mulheres ouviram e dizem em suas consultas sobre o uso DIU de cobre?

4. Em relação à vida sexual dessas mulheres, há indicações e contraindicações do uso de DIU?

d) Discutir sobre os discursos sobre os direitos reprodutivos e a contracepção, levando-se em consideração a problematização do ser mulher e as diferenças implicadas em formas de vida dos sujeitos que se autodeclarem mulheres cisgênero e dos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais, ambos sendo heterossexuais, bissexuais ou homossexuais.

Questionamentos preliminares:

1. As mulheres que se consultam com você falam de suas sexualidades (heterossexuais, bissexuais e lésbicas)?

2. Quais são as orientações contraceptivas para as mulheres de diferentes sexualidades (heterossexuais, bissexuais e lésbicas)?

3. E homens transexuais, quais são as orientações que você passa para esses sujeitos em relação aos contraceptivos?

e) Discutir as potências da biopolítica, do cuidado da população e da otimização da vida, através do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade da vida.

Questionamentos preliminares:

1. Quais são as maiores queixas das mulheres que querem deixar de usar outro contraceptivo para fazer o uso do DIU?

2. Suas pacientes se consultam com que frequência com você?

3. Como você descreveria sua relação com suas pacientes?

f) Descrever, a partir da análise dos discursos de base foucaultiana, a relação existente entre os enunciados de cuidado da biopolítica e as táticas subjetivas de cuidado de si.

- 1. Suas pacientes comentam ter sofrido alguma recriminação médica (em outro hospital, outra clínica) ou social em relação à escolha de contraceptivo?**
- 2. E alguma recriminação em relação à vida sexual delas?**
- 3. As pacientes comentam sobre suas vidas afetivas? Se sim, como são, normalmente?**
- 4. O que o uso do DIU representa para elas?**
- 5. O que elas alegam sobre a relação sexualidade/contracepção e identidade?**

g) Produzir um arquivo de memórias discursivas, enquanto acontecimentos ainda em curso, a partir da narrativa da trajetória das mulheres que decidiram fazer a inserção do DIU de cobre e de médicos(as) e de enfermeiros(as) que atendem (ou que atenderam) essas mulheres.

- 1. Ao se consultarem no SASC, tendo contato com outras mulheres que usam o DIU de cobre, o que mudou em sua rotina?**
- 2. Você ainda faz a inserção de DIU no SASC? Se não, quando e por que o deixou de fazer?**
- 3. O que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o DIU?**
- 4. O que você gostaria de mudar no pensamento e nas atitudes das mulheres que se consultam com você?**
- 5. O que você gostaria de mudar no pensamento e nas atitudes das pessoas que trabalham com você?**

APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – TÉCNICA EM ENFERMAGEM

Roteiro entrevista semiestruturada – técnica em enfermagem

- 1. Como foi a sua formação? Conte-me um pouco sobre sua carreira acadêmica.**
- 2. E sua carreira profissional? Conte-me também...**

a) Compreender de que forma o uso do DIU de cobre e as políticas públicas de saúde da mulher produzem modos de subjetivação específicos nos sujeitos que se autodeclarem mulheres cisgênero e nos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais e que são atendidos pelo SASC do HU/UFSC/EBSERH, a partir de suas narrativas sobre a contracepção não hormonal.

Questionamentos preliminares:

- 1. As mulheres que se consultam no SASC usam quais contraceptivos, em sua maioria?**
- 2. O que você acha que conduz algumas dessas mulheres a colocarem o DIU de cobre?**
- 3. De acordo com os relatos das mulheres, o que as motiva a escolherem o DIU de cobre?**
- 4. O que o grupo de enfermeiros(as) do HU em geral acha sobre a colocação de DIU de cobre no SASC?**
- 5. E no SASC, o que o grupo de enfermeiros(as) em geral acha sobre a colocação de DIU de cobre no local?**

b) Analisar os discursos das políticas públicas de saúde da mulher, em âmbitos nacional e municipal, especificamente em relação aos direitos reprodutivos e aos contraceptivos, com intuito de problematizar o papel do estado na produção de sujeitos.

Questionamentos preliminares:

- 1. Como você analisa as políticas públicas de saúde para mulheres e as especificações que se voltam aos contraceptivos?**
- 2. Você acredita que as políticas públicas de saúde são eficazes no que se referem aos direitos reprodutivos e aos contraceptivos?**
- 3. Como é para você a relação das políticas públicas com o atendimento público no hospital e no SASC?**

c) Verificar os regimes de verdade instaurados pelo dispositivo anticoncepcional e pelo dispositivo DIU.

Questionamentos preliminares:

1. O que você acha sobre a mulher e o uso de contraceptivos? E, especificamente, sobre o uso de anticoncepcional?

2. Quais as preocupações dos(as) enfermeiros(as) em relação à vida sexual dessas mulheres e do uso de contraceptivos?

3. Muitas mulheres estão deixando de usar o anticoncepcional para inserir o DIU? Por que você acha que isso está acontecendo e o que elas dizem?

4. Quais os mitos que você ainda escuta no ambiente hospitalar e fora dele sobre o uso DIU de cobre?

d) Discutir sobre os discursos sobre os direitos reprodutivos e a contracepção, levando-se em consideração a problematização do ser mulher e as diferenças implicadas em formas de vida dos sujeitos que se autodeclaram mulheres cisgênero e dos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais, ambos sendo heterossexuais, bissexuais ou homossexuais.

Questionamentos preliminares:

1. Como você e outros(as) enfermeiros(as) veem a relação entre mulheres heterossexuais, bissexuais e lésbicas e o uso de contraceptivos?

3. E os sujeitos que se autodeclaram homens transexuais e fazem uso de DIU de cobre, como você e outros(as) enfermeiros(as) veem essa relação?

e) Discutir as potências da biopolítica, do cuidado da população e da otimização da vida, através do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade da vida.

Questionamentos preliminares:

1. Quais são as maiores queixas que você já ouviu das mulheres que querem deixar de usar outro contraceptivo para fazer o uso do DIU?

2. Como você descreveria sua relação com as pacientes dos médicos(as) ginecologistas-obstetras?

f) Descrever, a partir da análise dos discursos de base foucaultiana, a relação existente entre os enunciados de cuidado da biopolítica e as táticas subjetivas de cuidado de si.

Questionamentos preliminares:

1. As pacientes dos(as) médicos(as) ginecologistas do SASC comentam ter sofrido alguma recriminação médica (em outro hospital outra clínica) ou social em relação à escolha de contraceptivo?

2. E alguma recriminação em relação à vida sexual delas?

3. O que o uso do DIU de cobre representa para elas?

4. O que elas alegam sobre a relação sexualidade/contracepção e identidade?

g) Produzir um arquivo de memórias discursivas, enquanto acontecimentos ainda em curso, a partir da narrativa da trajetória das mulheres que decidiram fazer a inserção do DIU de cobre e de médicos(as) e de enfermeiros(as) que atendem (ou que atenderam) essas mulheres.

Questionamentos preliminares:

1. Os(as) médicos(as) ginecologistas do SASC ainda fazem a inserção de DIU no SASC? Se não, quando e por que deixaram de fazer?

2. O que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o DIU?

3. O que você gostaria de mudar no pensamento e nas atitudes das pessoas que trabalham com você?

4. O que você gostaria de mudar no pensamento e nas atitudes das mulheres que se consultam no SASC?

APÊNDICE C – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – MULHERES

Roteiro entrevista semiestruturada – mulheres

a) Para compreender de que forma o uso do DIU de cobre e as políticas públicas de saúde da mulher produzem modos de subjetivação específicos nos sujeitos que se autodeclaram mulheres cisgênero e nos sujeitos que se autodeclaram homens transexuais e que são atendidos pelo SASC do HU/UFSC/EBSERH, a partir de suas narrativas sobre a contracepção não hormonal.

Questionamentos preliminares:

- 1. Conhece quais outros contraceptivos e acha que quais são os mais utilizados?**
- 2. Quais outros contraceptivos você já usou e por quanto tempo?**
- 3. O que a motivou a escolher o DIU de cobre?**

b) Para analisar os discursos das políticas públicas de saúde da mulher, em âmbitos nacional e municipal, especificamente em relação aos direitos reprodutivos e aos contraceptivos, com intuito de problematizar o papel do estado na produção de sujeitos.

Questionamentos preliminares:

- 1. Você conhece as políticas públicas de saúde para mulheres e as especificações que se voltam aos contraceptivos?**
- 2. Você acredita que as políticas públicas de saúde são eficazes no que se referem aos direitos reprodutivos e aos contraceptivos?**
- 3. Como é para você a relação delas com o atendimento público no hospital?**
- 4. A inserção do DIU de cobre foi uma escolha sua ou do médico?**

c) Para verificar os regimes de verdade instaurados pelo dispositivo anticoncepcional e pelo dispositivo DIU.

Questionamentos preliminares:

- 1. O que você e as pessoas que convivem com você acham sobre o anticoncepcional e a mulher que o usa?**
- 2. Você vê alguma relação, nos documentos ou nas falas das pessoas, entre promiscuidade/depravação e uso de contraceptivo? E especificamente em relação ao DIU de cobre?**
- 3. O que as pessoas que convivem com você acham sobre você usar DIU de cobre?**

d) Para discutir sobre os discursos sobre os direitos reprodutivos e a contracepção, levando-se em consideração a problematização do ser mulher e as diferenças implicadas em formas de vida dos sujeitos que se autodeclarem mulheres cisgênero e dos sujeitos que se autodeclararam homens transexuais, ambos sendo heterossexuais, bissexuais ou homossexuais.

Questionamentos preliminares:

- 1. O que você pensa sobre ser mulher e usar contraceptivo?**
- 2. Como você vê a relação entre mulheres heterossexuais, bissexuais e lésbicas e o uso de contraceptivos?**

e) Para discutir as potências da biopolítica, do cuidado da população e da otimização da vida, através do controle, da vigilância, da regulamentação, da normatividade da vida.

Questionamentos preliminares:

- 1. Se usou outro contraceptivo que não o DIU de cobre anteriormente, como foi sua relação com esse uso e os efeitos de curto/médio/longo prazos desse uso em seu corpo?**
- 2. Você se consulta com que frequência com o(a) médico(a) ginecologista/obstetra?**
- 3. Como é sua relação com a equipe médica – desde médicos(as) até enfermeiros(as)?**

f) Para descrever, a partir da análise dos discursos de base foucaultiana, a relação existente entre os enunciados de cuidado da biopolítica e as táticas subjetivas de cuidado de si.

Questionamentos preliminares:

- 1. Sofreu alguma recriminação médica ou social em relação à sua escolha de contraceptivo?**
- 2. E alguma recriminação em relação à sua vida sexual?**
- 3. Como é sua vida afetiva (tem relacionamento estável)?**
- 4. O que o uso do DIU representa para você?**
- 5. Como você pensa sexualidade/contracepção e identidade?**
- 6. Há alguma relação entre a contracepção e o desejo por manter uma vida de trabalho e de estudos?**

g) Para produzir um arquivo de memórias discursivas, enquanto acontecimentos ainda em curso, a partir da narrativa da trajetória das mulheres que decidiram fazer a inserção do DIU de cobre e de médicos(as) e de enfermeiros(as) que atendem (ou que atenderam) essas mulheres.

Questionamentos preliminares:

- 1. Ao se consultar no SASC, tendo contato com outras mulheres que usam o DIU de cobre, o que mudou em sua rotina?**
- 2. O que você acha de o SASC não fazer mais a inserção de DIU?**
- 3. Você participa de outros espaços (sejam presenciais sejam virtuais) em sua rotina em que tenha contato com outras mulheres que usam o DIU? Se sim, o que é comentado nesses espaços e como você se sente fazendo parte deles?**
- 4. O que você gostaria que as pessoas soubessem sobre o DIU?**
- 5. O que você gostaria de mudar no pensamento e nas atitudes das pessoas sobre o DIU?**