

“[...] o negócio sempre acaba no médico”: o regime tecnobiodiscursivo do *dispositivo microprotético DIU*

“[...] the thing always ends up at the doctor”: the technobiodiscursive regime of the *IUD microprosthetic device*

Bianca Franchini da Silva¹

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

bifranchini@gmail.com

RESUMO: Sob a mirada da arqueogenealogia foucaultiana, estimada pelos estudos do campo discursivo e pela Linguística Aplicada (LA) Contemporânea, associada a estudos feministas e de gênero, este artigo objetiva analisar os discursos sobre as mulheres cisgênero que inseriram (ou que pretendem inserir) o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre, tendo em vista os efeitos inventariados por esses discursos na relação médico-enfermeiro-paciente. O *corpus* é formado por excertos de duas entrevistas semiestruturadas: uma realizada com um médico ginecologista-obstetra; e outra com uma técnica em enfermagem – ambos funcionários do (*microespaço*) Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC), do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A partir dos conceitos de discurso, dispositivo e biopolítica de Foucault, em diálogo com a farmacopornografia de Preciado, as regularidades discursivas apontadas nas entrevistas analisadas possibilitam defender – tanto na construção de si que o médico faz como perito que ocupa um lugar estratégico de *diferente* quanto na sobrevivência de estratégias de poder pastoral nos discursos da técnica de enfermagem – o funcionamento do *dispositivo microprotético DIU*. Este, transitando entre discursos e práticas agonísticos/ambíguos, produz marcas de objetivação e subjetivação às mulheres que o aderem, forjando tecnobiodiscursivamente determinadas corporalidades a elas.

Palavras-chave: Biopolítica; Dispositivos; Tecnobiodiscurso; Saúde reprodutiva das mulheres; Dispositivo microprotético DIU.

ABSTRACT: Under the gaze of Foucauldian archeogenealogy, estimated by studies of the discursive field and by Contemporary Applied Linguistics (AL), associated with feminist and gender studies, this article aims to analyze the discourses about cisgender women who inserted (or who intend to insert) the copper Intrauterine Device (IUD), in view of the effects inventoried by these discourses in the doctor-nurse-patient relationship. The *corpus* consists of excerpts from two semi-structured interviews: one conducted with an obstetrician-gynecologist doctor; and another with a nursing technician – both employees of the (*microspace*) Health Care Service of the University Community (SASC), of the University Hospital (HU), of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). Based on Foucault's concepts of discourse, device and biopolitics, in dialogue with Preciado's pharmacopornography, the discursive regularities pointed out in the analyzed

¹ Doutoranda e Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL), da UFSC. Bolsista de doutorado Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Estudos no Campo Discursivo e do Laboratório Interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão em sexualidades – AFRODITE.

interviews make it possible to defend – both in the construction of the self that the doctor makes as an expert who occupies a strategically different place and in the survival of pastoral power strategies in the nursing technician's discourses – the functioning of the *IUD microprosthetic device*. This, transiting between agonistic/ambiguous discourses and practices, produces marks of objectification and subjectivation to the women who adhere to it, forging technobiodiscursively certain corporalities to them.

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

Introdução

Como o grande marco tecno-genérico, em 1960, comercializou-se 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 (LEAL; BAKKER, 2017; PRECIADO, 2018), mas, sobretudo, (iv) pelo controle do corpo (medicalizando-o) e pela produção de subjetivação por um *dispositivo anticoncepcional* e um *panóptico ingerível* (PRECIADO, 2018).

Volto-me aos discursos contemporâneos, para os quais há uma polivalência tática (FOUCAULT, 2017 [1976]) nessa modalidade de governo dos corpos das mulheres: 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 Dispositivo Intrauterino (DIU). Muitas mulheres estão recorrendo a contraceptivos não hormonais, e o DIU de cobre é um deles e é o segundo mais utilizado (depois da esterilização) (UNFPA, 2018).

Trago para este texto um discurso motivador da pesquisa²: “O SASC não faz mais a inserção do DIU”. SASC é o Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária, do Hospital Universitário (HU) Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que é entendido aqui (sob uma análise genealógica) como um *microespaço*. À medida que a investigação sobre o poder não se limita ao Estado (não havendo, pois, sinonímia), ou seja, o poder não tem suas formas regulamentares em um centro – que, através de mecanismos gerais, tem efeitos em constância –, analisam-se os discursos que percorrem o SASC em nível micro (FOUCAULT, 2016 [1977]). Foi no decorrer de 2018, que

² Este artigo é construído a partir de um recorte das análises empreendidas na dissertação de mestrado *Relatos de segunda-feira: os discursos sobre as/das mulheres cisgênero e o dispositivo microprotético DIU* (SILVA, 2021). A pesquisa aqui citada, com a pretensão de analisar discursos sobre/as das mulheres e o regime tecnobiodiscursivo do dispositivo *microprotético* DIU, foi organizada em torno de duas vias de análise: uma que se voltou para os discursos documentados, especificamente as políticas públicas de saúde para mulheres e seus direitos reprodutivos e métodos contraceptivos em âmbito nacional e municipal, de 1920 a 2019; e outra que se voltou para os discursos presentes em entrevistas semiestruturadas, com um médico ginecologista-obstetra, uma técnica de enfermagem (ambos do SASC – e descritos no presente texto) e 13 mulheres universitárias. Para mais detalhes das análises das entrevistas com as mulheres, ver também artigo: *O dispositivo microprotético DIU e seu regime tecnobiodiscursivo: discursos das e sobre as mulheres cisgênero adeptas ao DIU* (FRANCHINI DA SILVA, 2023).

esse local enunciou, no mural de sua recepção, esses dizeres de interrupção de colocação do DIU. A autora deste texto, em conversa informal com o médico do setor, ouviu que uma das motivações para tal foram os discursos que, ao associar o corpo das mulheres ao DIU, construía a produção de corpos promíscuos.

Diante da dispersão discursiva que atravessa e desloca o DIU (desde discursos jurídicos, médicos, econômicos e religiosos), abro este artigo com três recortes para problematizar o que, na sequência, chamarei de funcionamento do dispositivo *microprotético* DIU. Primeiro, desde 2001, o SUS deve salvaguardar – atendendo ao artigo primeiro da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar (BRASIL, 1996) – a disponibilização dos seguintes métodos contraceptivos: pílulas anticoncepcionais regulares, pílulas do dia seguinte, anticoncepcionais injetáveis, diafragma, DIU de cobre e preservativos masculino e feminino. Ora, por que então negar a colocação do DIU no SASC?

Do mesmo ano, em 2018, traço o segundo recorte a partir de discursos estatísticos: o documento *Fecundidade e dinâmica da população brasileira*, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/ONU) enuncia que uma das possíveis explicações para a baixa adesão ao DIU no Brasil, em comparativo com outros países – contabilizando 1,8 %, em 2013 –, está na “[...] carência de acesso a médicos ou a programas de planejamento reprodutivo, uma vez que é necessária intervenção médica para sua colocação e acompanhamento” (UNFPA, 2018, p. 34).

Na sequência, o terceiro recorte: a disputa entre médicos/as e enfermeiros/as em relação à colocação do DIU em legalidade. Em 2018, foi autorizado o 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, 2018, p. 64, grifos meus) – constante no *Manual Técnico para Profissionais de Saúde – DIU com Cobre T Cu 380 A*, do Ministério da Saúde. Com vistas a proporcionar maior acessibilidade às mulheres a serviços de atendimento à saúde reprodutiva, econômicos e de qualidade, esta nota, contudo, foi investida de ataques por *entidades* médicas, que reagiram contrariamente a essa decisão, alegando que inserção de DIU deveria ser ato privativo de médicos/as, em respeito à Lei nº 12.842, de 2013 – Lei do Ato Médico (BRASIL, 2013). Em 2019, o Ministério da Saúde, através da Nota Técnica nº 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/as médicos/as (CFM, 2019). No ano seguinte, 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). As opiniões ainda seguem em divergência e em disputa.

Ora, como se vê, nesses três recortes – e em tantos outros –, as mulheres seguem à mercê da injunção biomédica (com tanto os direitos sexuais e reprodutivos quanto o acesso ao DIU em vulnerabilidade e precariedade) e, ainda, com subjetividades construídas na ambivalência entre um corpo “natural” *versus* um produzido por hormônios sintético – tensionando-se com o *panóptico ingerível* da pílula – e entre a normalidade e a promiscuidade.

Com as condições de emergência vistas nesses recortes, o objeto deste texto é o funcionamento do que defendo ser o dispositivo *microprotético* DIU, verificando parte de uma rede discursiva médico(a)-enfermeiro(a)-paciente que o sustenta. Para isso, visando ao objetivo de analisar os discursos produzidos (nessa relação médica e da enfermagem) sobre as mulheres cisgênero que fazem (ou que desejam fazer) o uso especificamente do DIU de cobre, o *corpus* desta análise é formado por duas entrevistas semiestruturadas realizadas no SASC: uma com o médico ginecologista-obstetra local; e outra com uma técnica em enfermagem também local.

Metodologicamente, as análises estão ancoradas tanto à égide da arqueogenealogia foucaultiana (nomeadamente com os conceitos de discurso, de biopolítica e de dispositivo – e dialogando com escritos de Agamben) quanto à biopolítica agentiva de Paul Preciado (2018). Entendo o discurso médico e o discurso da enfermagem, dispostos no *microespaço* SASC, como parte dessa *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.

Este escrito está organizado da seguinte forma: a próxima seção será destinada a alinhar, brevemente, os pressupostos teórico-metodológicos, caros à Linguística Aplicada (LA) Contemporânea *transdisciplinar* e *transgressiva* (MOITA LOPES, 2006; PENNYCOOK, 2006), de dispositivo, de discurso, de biopolítica que forjam e que positivam o DIU enquanto *microprótese* tecnobiopolítica a partir da pirâmide de olhares que compõe sua rede; e, por fim, as últimas seções direcionam à análise do *corpus*, apontando para (mesmo que em espaço micro) algumas das regularidades que sustentam o funcionamento do dispositivo microprotético DIU.

O olhar do outro no dispositivo

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.

O conceito de dispositivo, aqui, é entendido a partir de duas leituras, sobretudo. Primeira, em Foucault, o qual elenca três pontos fundamentais dos dispositivos: o primeiro, que o caracterizam como conjunto heterogêneo, formado por aquilo que é discursivo e não discursivo (desde instituições, organizações a leis e medidas administrativas e científicas, por exemplo) (FOUCAULT, 2016 [1977]); o segundo, que o caracterizam como um jogo, em que as posições variam e as funções se modificam (estando a *polivalência tática* associada a essa complexidade e instabilidade do jogo discursivo – esta, aliás, uma das quatro prescrições de prudência – e que importa para o presente texto) (FOUCAULT, 2017 [1976]); e o terceiro, que são entendidos como formações que respondem a uma urgência, com uma função estratégica, em um dado momento histórico (FOUCAULT, 2016 [1977]).

Segunda, em Agamben, que, a partir das leituras foucaultianas, situa os dispositivos de uma outra forma: se há os seres vivos como um grupo (uma classe), o outro grupo seriam os dispositivos. Os dispositivos seriam, então, “[...] 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”, o que abrangeria, assim, “[...] a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e – por que não – a própria linguagem” (AGAMBEN, 2014 [2005], p. 39-40). A interação entre essas duas classes resultaria na construção dos sujeitos, sendo os indivíduos, à vista disso, incididos por múltiplos processos de subjetivação. Esses processos

³ A Linguística Aplicada Contemporânea é transdisciplinar (MOITA LOPES, 2006) 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 às margens; 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).

estão cada vez mais disseminados por uma contemporaneidade que apresenta uma profusão de dispositivos. Mesmo que Agamben caracterize, na sequência, que esses processos seriam dessubjetivadores, já que fragilizam e esvaziam as subjetividades dos sujeitos, estando estes docilizados (em uma espécie de catástrofe), para a presente pesquisa, interessa-me a acumulação de dispositivos contemporâneos para interrogar o funcionamento do *dispositivo DIU*.

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 (FOUCAULT, 2018 [1976]).

A primeira frente estratégica de exercício do poder, a disciplinarização do indivíduo, 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. O visível torna-se: armadilha, contrariamente ao funcionamento do princípio da masmorra, não mais privando o detento 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 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, desse modo, 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* [...]” e, também, “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, 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). 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). Takeshita (2012), em seus escritos baseados na biopolítica foucaultiana, percorreu redes discursivas sobre o método contraceptivo DIU e investiu sobre elas a defesa de que esse dispositivo de plástico de controle de fertilidade é uma *tecnologia politicamente versátil*. Essa tecnologia, para a autora, através do biopoder, forja estratégias e mecanismos de controle às mulheres por diversos agentes que açambarcam desde o Estado, até a indústria farmacêutica, os/as médicos/as, autoridades religiosas, o movimento neo-malthusiano, as ativistas feministas, o capitalismo, enfim (TAKESHITA, 2012).

Se, até aqui, defendo o DIU enquanto dispositivo, a partir de Foucault e Agamben, uma vez que essa *tecnologia politicamente versátil* é gerida por discursos e práticas que formam uma rede de elementos heterogêneos que respondem a certa(s) urgência(s), acrescento o controle *microprotético*, que, através do vértice entre o técnico-orgânico e semiótico-técnico (PRECIADO, 2018), intervém no corpo das mulheres. Em *Testo Yonqui*, Preciado chama de era ou regime farmacopornográfico uma biopolítica agentiva que açambarca não somente as transformações de gênero, da sexualidade, do prazer, mas “processos de governo biomolecular (fármaco-)” (PRECIADO, 2018, p. 36), de um tecnocapitalismo avançado, das mídias globais e das biotecnologias (PRECIADO, 2018). De suas leituras de Donna Haraway e o conceito de ciborgue, Preciado (2018) propõe a *potentia gaudendi*, que seria o funcionamento do farmacocapitalismo e os processos de subjetivação contemporâneos que adensam organismo e máquina como sistema tecno-orgânico-textual-mítico.

O que me interessa, então, é que a rede de discursos que produz o dispositivo DIU associada aos corpos e às práticas das mulheres precisa ser entendida não somente como

técnicas de controle biológicas e naturais, mas também tecnológicas e políticas (BUTTURI JUNIOR, 2019; LAZZARATO, 2006; VOLKART, BUTTURI JUNIOR, 2020); ou seja, o tecnobiodiscursivo, considerado aqui, não isola categorias (discurso, sujeito e corpo), mas reconhece que há inscrições híbridas (BUTTURI JUNIOR, 2019).

O *microespaço* SASC e os deslocamentos do trajeto

É preciso dizer que o SASC era⁴ um espaço dentro do HU/UFSC/EBSERH, nas dependências do ambulatório, que oferecia diversos tipos de atendimento de saúde (dermatologia, psicologia, ginecologia, entre outros) à comunidade universitária – incluindo desde estudantes da UFSC, do Colégio de Aplicação da UFSC (com 16 anos ou mais) até servidores(as) e professores(as) da UFSC (ativos ou aposentados) (UFSC, 2013).

Conforme mencionei na introdução, o SASC 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 – em especial: a promiscuidade (como se verá adiante). 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.

Assim, dei passagem à voz desses dois protagonistas (tidos aqui com nomes fictícios o *Sr. Y.* e a *Técnica em enfermagem V* – quando um fala do outro) da relação médico-enfermeiro-paciente, descrevendo: (i) os discursos do olhar médico sobre o outro/o paciente; (ii) os discursos de cuidado e de olhar clínico da enfermagem.

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

Esta seção se detém às análises dos discursos do médico entrevistado, entendendo-o no lugar estratégico de perito, que Foucault vai explicar como sendo agente do poder (já que é agente de constituição do saber – a partir do século XIX). Foucault (2016 [1977]) descreve que, derivado de forma mais diversa ao intelectual “universal”, o intelectual “específico” é o

⁴ Desde o mês de fevereiro de 2021, o SASC não existe mais.

“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 verdadeiros. 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.

Vou direto aos recortes discursivos (entre tantos outros) concernentes à sua atuação no microespaço SASC. Quando lhe perguntei sobre as contracepções frequentes de suas pacientes, o médico não titubeou e logo me disse que, em grande maioria, utilizavam o anticoncepcional oral: “A maioria usa anticoncepcional oral. [...] *Primeiro, porque são as pacientes mais jovens, né!*”⁵. Nesse interim, relaciono dois excertos da fala do entrevistado em diferentes momentos da entrevista: (i) a resposta à pergunta 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; e (ii) em outro ponto da entrevista, quando comentava algumas questões relativas ao DIU, disse 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.

Excerto I: 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.**

Excerto II: 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.

⁵ Em associação, disse 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 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.

No primeiro excerto, 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 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 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 excerto, 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.

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 outros dois excertos, de modo a dialogá-los, na sequência:

Excerto III: [...] 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... [...] É lógico que uma paciente que está com infecção não deve colocar, né?

Excerto IV: 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**.

Sobre os excertos III e IV, ponho-me 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 (BRASIL, 2018) 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 (presente em outros momentos da entrevista), 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”).

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”. É possível, aqui, retomar algumas das estratégias utilizadas pelos desenvolvedores e defensores do DIU: (i) com o passar do famigerado *Dalkon Shield* (ou a versão mini deste, o *nullip* – também comercializado por A. H. Robins), estrategicamente, desenvolvedores do DIU alegaram que era segundo em 1980, excluindo as mulheres nulíparas – circunscrevendo-as como alvo para os tabus, mesmo após a comunidade internacional de planejamento familiar ter liberado o DIU para esse público⁶; (ii) depois *Dalkon Shield*, A. G. D. Searle foi a primeira empresa a comercializar DIU portador de cobre nos Estados Unidos, em

⁶ Na dissertação (SILVA, 2021) que aqui se descreve, há mais detalhes desses 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).

1974, com formato do número sete, chamado Copper-7, e 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; e (iii) 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 doença inflamatória pélvica (DIP) (TAKESHITA, 2012).

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 (no excerto VI).

Em outro momento, indaguei-o a respeito do que ele pensa sobre as políticas de saúde para as mulheres, e ele se mostrou tranquilo e fez boa referência à elaboração das políticas públicas (mas marcou a emergência política da anticiência do regime enunciativo atual – anos 2020 e 2021). Contudo, deu ênfase ao funcionamento dessas políticas se darem de outra maneira:

Excerto V: [...] Ah, **agora funcionar é outra coisa!** Agora, no papel e coisa e tal (está tudo certo) [00:52:42]. [...] 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.**

É possível observar, nesse excerto V, a materialização discursiva que tanto retoma as especificidades do médico enquanto intelectual perito quanto marca o médico como quem legisla sobre o outro. 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]). 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). 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.

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”: (i) a alta demanda pelo DIU e falta de disponibilidade deste pela rede pública; e (ii) 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:

Excerto VI: 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 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**. [...] 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, no excerto VI, 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 (diante de outras) quatro regularidades em seus enunciados que se fazem (e farão no decorrer da análise) presentes na rede de produção do dispositivo DIU: (i) “[...] é um procedimento doloroso”; (ii) “Tem que fazer um acompanhamento sério”; (iii) “Tem o sangramento e coisa e tal”; e (iv) “Mas muitas dessas meninas não estavam muito motivadas, era tipo uma paixão passageira”.

Na primeira regularidade, 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 à dor, também, requereria páginas 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 os dispositivos são performativos e tendem a produzir os sujeitos que afirmam abrigar: mulheres dóceis. Ligada a essa regularidade, aliás, a terceira delas (pulando a segunda), 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 segunda 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.

Na quarta regularidade, a problematização da categorização de mulheres por idade, “as meninas”, 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 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.

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 o governador Gean ter parado de comprar DIU e encaminhar para os hospitais da região, o entrevistado contou sobre um empecilho que teve com a enfermagem local e com uma técnica em enfermagem específica:

Excerto VII: [...] 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, óh... 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!

Na continuidade desse excerto VII, o entrevistado salientou mais um ponto que a técnica em enfermagem lhe deu “problemas”: a dificuldade de conseguir instrumental – para além do 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*. Aqui, na análise empreendida, interessa pensar essa problematização adensada entre a técnica em enfermagem e discursos de perigo atrelados ao regime do dispositivo DIU. 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.

Nesse ponto, aliás, é válido associar o excerto VII à questão de enfermeiros(as) poderem fazer inserção de DIU. O entrevistado defendeu não concordar, tanto que esses(as) profissionais da enfermagem coloquem o DIU (mesmo que 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.

“[...] relatos de segunda-feira”

Aqui, são analisados alguns recortes da entrevista realizada com a técnica em enfermagem V (nome fictício), que apresentará regularidades de parte da governabilidade da enfermagem que sustenta a sobrevivência de estratégias de poder pastoral, associadas à rede do dispositivo microprotético DIU.

Entendo os discursos e as práticas da 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 (1997) 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.

No primeiro excerto que trago da entrevista que aqui se analisa, a técnica em enfermagem, ao descrever a relação que tem com as mulheres pacientes do médico ginecologista-obstetra do SASC, disse:

Excerto I: 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 da leitura de que faço de Lunardi (1997), é essa responsabilidade da enfermagem com a saúde das pessoas, principalmente da preocupação e do cuidado. 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. 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. É o que a autora reforça como sendo vestígios da continuidade do exercício pastoral no exercício da enfermagem.

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 esquivas 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 opositoras (homem/mulher, masculino/feminino, cultura/natureza, enfim) e retoma a problemática estrutura epistemológica sexo-gênero que ainda está imbricada ao saber-poder científico e técnico.

Em outro momento da entrevista, quando questionada 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”:

Excerto II: 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.

Pesquisadora: 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? [...]

Para além do cuidado (que está marcado, inclusive pelo toque – “segura na mão” e “um pouco de carinho”), a entrevistada 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; 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. Há a regularidade discursiva 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.

A entrevistada tem o seu aconselhamento de cuidado ancorado e direcionado também à busca pelo saber-poder médico, o único capaz de sanar dúvidas sobre o corpo, sobre o funcionamento deste. Outros trechos da entrevista são trazidos aqui de modo a destacar (entre

outras análises) três regularidades (excertos III, IV e V) já notadas na fala do médico: (i) o perito é o detentor do saber sobre o corpo das mulheres; (ii) mas o *perito diferente* é este que, ao conversar com a paciente, decide o que é melhor para ela; e (iii) alegando que as mulheres têm autonomia, a partir do consentimento informado.

Excerto III: 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?**

Excerto IV: Eu acho que, **de acordo com o que o médico vê de melhor para a paciente** [...], porque, no meu ponto de 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. [...] **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.**

Excerto V: 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”...** [...] se não tiver nenhuma contraindicação, pra excluir a escolha, a gente coloca. Ele foi bem explícito, assim, **se houver expulsão, se houver inflamação, aí sim a gente parte pra outros métodos.**

No excerto III, quando a entrevistada conversa com as pacientes sobre o DIU, ela orienta para que marquem uma consulta com o médico, e é possível notar que 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).

No excerto IV, a técnica em enfermagem enuncia a ambiguidade já notada na fala do médico entrevistado sustentada 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).

Na sequência, no quinto excerto, 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. Conforme a entrevista analisada anteriormente, os discursos se entrecruzam, em regularidade: (i) 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; (ii) 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”; (iii) 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.

Adiante, 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. Relaciono dois excertos (VI e VII) da entrevista:

Excerto VI: 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. [...] 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...

Excerto VII: [...] 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.

Quatro anotações podem ser feitas sobre esse excerto VI. Primeira, os discursos de “praticidade” e de “facilidade”, de *liberdade* e de “esquecimento” tanto da pílula quanto da injeção indicam regularidade (inclusive, assemelhando-se aos discursos das mulheres entrevistadas na pesquisa de mestrado aqui descrita) 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. 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 funcionária se estivesse apoiada ao privado de sua própria experiência (“Eu não tenho vida sexual ativa, já faz seis anos. Então... eu tô fora do baralho (riso breve), fora do normal das coisas”), acrescida 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.

No excerto VII, aliás, 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. Acrescento, ainda, uma positivação da farmacopornografia planejada de gênero que tem a diminuição da libido das mulheres como parte do controle.

Ainda sobre o excerto VII, faço notar uma ambiguidade que paira sobre o dispositivo DIU: o método ser acessível, recomendado e que funciona e, ao mesmo tempo, ter “muitas restrições”. 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).

Quando eu lhe pedi que falasse sobre os mitos que envolvem o DIU e o que ela escuta no próprio espaço do hospital ou do SASC, outro discurso apareceu (pela primeira vez nesta pesquisa), mas que também é uma regularidade desse dispositivo aqui analisado, é o de bebês nascendo segurando o DIU ou com este preso a alguma parte de seu corpo. 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. Contudo, quando perguntada sobre aborto relacionado ao DIU, ela disse:

Excerto VIII: 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.

Pesquisadora: 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...

Para além da positivação da monogamia, como se pode notar neste trecho da entrevista, é feita em correlação com a reprodução – deixando marcado, novamente, o entrecruzar dos

discursos privados e públicos –, comento sobre 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 espaiadas pelo cristianismo. A memória discursiva, em regularidade, que guarda o DIU como abortivo aparece, 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 reforça-se pelo confronto (que coloca do DIU sob suspeita no funcionamento do dispositivo) entre 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*).

No que diz respeito à sexualidade, 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, e ela disse:

Excerto IX: 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.

Pesquisadora: 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.

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 (e fala da Área X – nome fictício – do HU da UFSC); e, segundo, ao dizer o que gostaria de mudar, se pudesse, no pensamento das mulheres, já no final da entrevista.

Excerto X: [...] na Área X, 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. [...] 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**.

Excerto XI: *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 [...] e essas é que chegam mais pra gente aqui. Aí, depois, acabam... não querendo colocar o DIU, quando saem da maternidade, ou quando vem colocar está grávida, vai para a ultrassonografia para ver como é que tá e já um lá dentro... **tem um DIUzinho lá dentro**... Enfim.

Pesquisadora: 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! [...] 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**.

Enunciados como esses 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.

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: “tem um *DIUzinho lá dentro...*”. Nele, é possível perceber, 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 introdução deste artigo), 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.

Considerações finais

A partir da mirada arqueogenealógica foucaultiana e do solo biopolítico, da era farmacopornográfica de Preciado (2018) e de modo complementar às interpretações de Takeshita (2012), nesta pesquisa, lanço mão disso que chamo de dispositivo microprotético DIU. Este tem seu funcionamento e seus efeitos inventariados na relação médico(a)-enfermeiro(a)-paciente, conforme foi possível observar nas regularidades discursivas apontadas nas duas entrevistas (com o médico ginecologista-obstetra e com a técnica em enfermagem do SASC) como parte do seu regime tecnobiodiscursivo, forjando corpos e subjetividades às mulheres que o aderem.

Ora, o que é preciso anotar são os discursos que, em regularidade, sustentam o funcionamento do dispositivo microprotético DIU (SILVA, 2021; FRANCHINI DA SILVA, 2023). O dispositivo liberógeno aqui descrito apresenta ambiguidades discursivas, que fazem parte da construção de subjetividade das mulheres que o utilizam, que são: (i) o corpo das mulheres que têm esse dispositivo inserido é marcado pela disputa biopolítica entre conservadores religiosos e defensores do DIU; (ii) uma nova feminilidade é construída sendo repleta de aceitação (excesso de cuidados aparência da pele e do cabelo – já que *abandonaram* a pílula, aceitação da menstruação e das cólicas – por vezes, em excesso – assim como da algia de inserção do dispositivo); (iii) há mulheres *certas* que são aquelas que praticam a monogamia (não são *promíscuas*), que não são jovens demais (as *meninas* – associando-as a práticas de risco, de imprudência e de desproteção), que já pariram (que já cumpriram com seu papel maternal, preservando-se as nulíparas e respondendo ao dispositivo da maternidade) e que são

capazes de convencer o perito e são motivadas; (iv) mulheres passam a ser estereotipadas (oferecem “sexo à vontade”); (v) há precarização de corpos negros, de baixa renda, do Sul global ou de regiões do Norte e Nordeste do Brasil; (vi) forja-se a posituação de corpos brancos, heterocisnormativos e reprodutores; (vii) há a retornada ao controle do perito, tendo que confiar nele; e (viii) criam-se nas mulheres sobre certa insegurança de uma memória acumulada do dispositivo (especialmente do *Dalkon Shields*) que associa o DIU a uma efetividade questionável (quer por não evitar a contracepção em pouquíssimos casos – de nascer segurando o DIU –, quer por deslocar ou poder causar lesões no útero, quer por causar problemas em interação com ISTs) (SILVA, 2021; FRANCHINI DA SILVA, 2023). Eis que corpo das mulheres adeptas 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), enfim, tecnobiodiscursivamente.

Referências

AGAMBEN, Giorgio. **O amigo. O que é um dispositivo**. Trad. Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2014 [2005].

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.

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.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Presidência da República, 2013.

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, 2018.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?** Trad. Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Masques da Cunha. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. O HIV, o ciborgue, o tecnobiodiscursivo. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 58, n. 2, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103181386555542019582>

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-autorizavaenfermeiros-a-praticar-ato-privativo-dos-medicos/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

FINOTTI, Marta. **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.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe B. Neves. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016 [1969].

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade** - curso no Collège de France, 1975-1976. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2018 [1976].

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2017 [1976].

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2**: a uso dos prazeres. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2018 [1984].

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016 [1977].

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008 [1979].

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramallete. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014 [1975].

FRANCHINI DA SILVA, Bianca. O dispositivo microprotético DIU e seu regime tecnobiodiscursivo: discursos das e sobre as mulheres cisgênero adeptas ao DIU. **Diálogo das Letras**, [S. l.], n. 12, p. e02326, 2023. Disponível em: <https://periodicos.apps.uern.br/index.php/DDL/article/view/5078>. Acesso em: 16 nov. 2023. DOI: <https://doi.org/10.22297/2316-17952023v12e02326>

HARAWAY, Donna. Gênero para um dicionário marxista: a política de uma palavra. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 22, p. 201-246, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332004000100009>

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue. In: HARAWAY, D.; KUNZRU, H.; TADEU, T. (Org.). **Antropologia do ciborgue, as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

LAZZARATO, Maurizio. **As revoluções do capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LEAL, Tatiane; BAKKER, Bruna. A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional. **Revista Eletrônica De Comunicação, Informação**

& Inovação Em Saúde, v. 11 n. 3, 2017, p. 1-15. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i3.1303>

LEÃO, Ana Letícia. 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-deproibicao-enfermeiros-de-inserirem-diu-em-pacientes-24229547>. Acesso em: 14 abr. 2021.

LUNARDI, Valeria Lerch. **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, Roberto. Introdução - Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016, p. 7-34.

MOITA LOPES, Luiz Paulo da. Uma linguística aplicada mestiça e ideológica: interrogando o campo como linguista aplicado. In: MOITA LOPES, L. P (Org.). **Por uma linguística aplicada indisciplinar**. São Paulo: Parábola, 2006, p. 13-44.

PENNYCOOK, Alastair. Uma linguística aplicada transgressiva. In: MOITA LOPES, L. P (Org.). **Por uma linguística aplicada indisciplinar**. São Paulo: Parábola, 2006, p. 67-84.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Testo Junkie** – Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. Trad. Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições, 2018.

SILVA, Bianca Franchini da. **Relatos de segunda-feira**: os discursos sobre as/das mulheres cisgênero e o dispositivo microprotético DIU. 2021. 326 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/226928>. Acesso em: 29 out. 2023.

TAKESHITA, Chikako. **The Global Biopolitics of the IUD** - How Science Constructs Contraceptive Users and Women’s Bodies. Londres: Massachusetts Institute of Technology, 2012. DOI: <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262016582.001.0001>

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.

VOLKART, Ana Caroline Czerner; BUTTURI JUNIOR, Atilio. Gênero, raça e invenção de si numa página do Instagram. **Revista do GEL**, v. 17, n. 1, p. 329-352, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21165/gel.v17i1.2587>

Recebido em: 8 de julho de 2023
Aceito em: 28 de outubro de 2023