

Saberes descartáveis?

A desvalorização de evidências testemunhais ou conhecimento experiencial das mulheres na atenção à saúde reprodutiva¹

Elaine Reis Brandão²

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo: Tradicionalmente, o conhecimento das mulheres sobre suas experiências corporais relativas a sua vida sexual e reprodutiva tem sido desvalorizado como fonte material de processos de saúde e doença. Tal subordinação ou invisibilidade destes saberes cotidianos sobre seus corpos e regulação de sua fecundidade tem aliado-as como sujeitos de direitos e de conhecimentos experienciais. O artigo discute a não validação pelos profissionais de saúde destes saberes ou evidências testemunhais, ancorados nas experiências contraceptivas e reprodutivas de mulheres, problematizando o seu valor heurístico. O material empírico desta reflexão advém de pesquisa com dispositivos para esterilização (*Essure*®) e contracepção, empreendida na última década. Se queremos colocar o cuidado com a saúde no centro de nossas preocupações, há que reconhecer a legitimidade dessas evidências, de ordem vivencial, ainda que possuam um estatuto diferenciado das chamadas “evidências científicas”. Nossos modos de produzir ciência precisam ser tensionados por tais conhecimentos para uma abertura a múltiplas vozes.

Palavras-chave: ciência; saúde reprodutiva; cuidado; evidências testemunhais; conhecimento experiencial.

¹ Texto apresentado no I Seminário de Antropologia da Saúde e da Ciência, organizado pela Casca – Coletivo de Antropologia e Saúde Coletiva, no Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, em 29.09.2025, como resultado de pesquisa de pós-doutoramento, sob supervisão de Soraya Fleischer. Agradeço às colegas da Casca a carinhosa acolhida, as trocas intelectuais e afetivas em minha estadia na UnB e as contribuições ao texto.

² Professora titular do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na área temática de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais (1986), mestrado (1997) e doutorado em Saúde Coletiva, na área de investigação de Ciências Humanas e Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2003).

Disposable knowledge?

The devaluation of testimonial evidence or experiential knowledge of women in reproductive health care

Abstract: Traditionally, women's knowledge about their bodily experiences related to their sexual and reproductive lives has been undervalued as a valuable source of understanding health and disease processes. This subordination or invisibility of everyday knowledge about their bodies and fertility regulation has excluded women as subjects of rights and experiential knowledge. This article discusses how health professionals often fail to acknowledge this knowledge or testimonial evidence based on women's contraceptive and reproductive experiences, questioning its usefulness. The empirical material for this reflection comes from research on sterilization (*Essure*®) and contraception devices conducted over the past decade. If we want health care to be at the forefront, we must recognize the legitimacy of such experiential evidence, even if it differs from so-called "scientific evidence". Our ways of producing science need to be challenged by this knowledge to include multiple voices.

Keywords: science; reproductive health; care; testimonial evidence; experiential knowledge.

¿Conocimiento desechable?

La devaluación de la evidencia testimonial o el conocimiento experiencial de las mujeres en la atención de la salud reproductiva

Resumen: Tradicionalmente, el conocimiento de las mujeres sobre sus experiencias corporales relacionadas con su vida sexual y reproductiva se ha devaluado como fuente material de procesos de salud y enfermedad. Esta subordinación o invisibilidad de este conocimiento cotidiano sobre sus cuerpos y la regulación de su fertilidad las ha excluido como sujetos de derechos y de conocimiento experiencial. Este artículo analiza la no validación de los profesionales de la salud de este conocimiento o evidencia testimonial, anclada en las experiencias anticonceptivas y reproductivas de las mujeres, problematizando su valor heurístico. El material empírico proviene de investigaciones sobre dispositivos de esterilización (*Essure*®) y anticonceptivos, realizadas en la última década. Si queremos situar lo cuidado de la salud en el centro de nuestras preocupaciones, debemos reconocer la legitimidad de dicha evidencia experiencial, incluso si tiene un estatus diferente al de la llamada "evidencia científica". Nuestras formas de producir ciencia deben ser cuestionadas por este conocimiento para abrirse a múltiples voces.

Palabras clave: ciencia; salud reproductiva; cuidado de la salud; evidencia testimonial; conocimiento experiencial.

O cuidado é onipresente, inclusive através dos efeitos da sua ausência. Como um sentimento de falta que emana dos efeitos da negligência, ele passa dentro, através, por todas as coisas.
(BELLACASA, 2023 [2017]: 109)

Ao longo dos anos, trabalhando com temas de pesquisa relativos às tecnologias contraceptivas, amparada por referenciais teóricos como a interseccionalidade (COLLINS, 2015, 2022; BRANDÃO, 2025) e a perspectiva de justiça reprodutiva (ROSS, 2017; ROSS E SOLINGER, 2017), venho observando o quanto as mulheres lutam por se fazerem escutadas nos atendimentos em saúde, por validarem seus relatos biográficos como fonte importante de conhecimento de sua saúde e sensações corporais. O texto reúne algumas inquietações que têm me acompanhado nos últimos anos, sobre um fenômeno recorrente nas práticas de atenção à saúde reprodutiva no Sistema Único de Saúde (SUS), qual seja, o silenciamento das mulheres nas consultas e atendimentos nos serviços públicos de saúde.³ Antecipo que não tenho respostas para a sua resolução. Delineá-lo com maior precisão e robustez pode ser um caminho para abrir canais de diálogo com profissionais de saúde, gestores, formuladores de políticas públicas, pesquisadores e mulheres usuárias, na esperança de uma coprodução de práticas assistenciais em saúde reprodutiva que tenham o cuidado como estratégia central.

O texto está assim organizado: início delineando melhor as bases destes conhecimentos que emanam do cotidiano vivido pelas mulheres em suas longas trajetórias de (auto)cuidados em saúde durante toda a vida sexual e reprodutiva, ou seja, cerca de mais de 30 anos enfrentando consultas e procedimentos para atenção à contracepção, à gravidez, ao parto e pós-parto, ao aborto, à menopausa, além do encerramento de sua carreira reprodutiva (esterilização). O exemplo do dispositivo de esterilização permanente *Essure*® será destacado. Em seguida, problematizo questões a respeito de uma ética do cuidado e de como ela poderá nos ajudar a incorporar tais saberes com as tecnologias contraceptivas. Por fim, concluo articulando duas perspectivas epistemológicas e ético-políticas que têm orientado minhas reflexões, a justiça reprodutiva e a justiça epistêmica, como ferramentas analíticas estratégicas, abordadas pelo pensamento feminista negro, para o enfrentamento de tais lacunas.

Que saberes são esses?

Pesquisando há algumas décadas no campo da saúde reprodutiva, de uma perspectiva antropológica, sempre trabalhei com metodologias que buscassem conhecer e compreender as vivências, as experiências, as narrativas, as trajetórias biográficas das mulheres em relação aos muitos eventos de sua vida sexual e reprodutiva⁴. Independente de uma designação teórico-metodológica específica,

³ Um primeiro momento desta reflexão resultou no artigo intitulado “O lugar incômodo da ciência feminista: aportes a partir de uma pesquisa socioantropológica sobre um dispositivo biomédico para esterilização de mulheres”, publicado no dossiê organizado por Clarissa Reche Nunes da Costa e Daniela Tonelli Manica, “Ciências politicamente situadas e os desafios feministas do século XXI”, no periódico *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana* (BRANDÃO, 2026).

⁴ Sei que atualmente não podemos restringir nossas considerações sobre a atenção à saúde reprodutiva às mulheres, excluindo assim as “pessoas com útero”. No entanto, nesse texto, irei tratar sobremaneira das mulheres, em razão de não ter tido experiência de pesquisa com “pessoas com útero”, como os homens trans.

importava sempre captar o ponto de vista nativo, a perspectiva subjetiva destas mulheres usuárias do SUS sobre sua saúde e adoecimentos, na relação com os serviços de saúde, estando inseridas em contextos de desigualdades sociais e precariedades materiais. Há uma tradição de estudos a respeito da “perspectiva do paciente”⁵ sobre seu adoecimento, que consolidou o campo da antropologia da saúde, tornando-se uma escola/linhagem importante para todas nós (FLEISCHER, 2018; POLS, 2023a; DAS, 2023). Preocupávamo-nos com a forma como as usuárias lidavam com a biomedicina, buscavam alternativas para se cuidarem e enfrentarem os obstáculos nos serviços de saúde frente às suas demandas e necessidades.

Adentrando mais recentemente pela antropologia da ciência e das tecnologias, pude observar que tais conhecimentos locais ou saberes nativos ganham uma dimensão ontológica importante a partir de estudiosas preocupadas em deslindar os diversos modos de se fazer ciência, diante da pluralidade de epistemologias existentes (feminista, negra/africana, indígena, islâmica etc.). O estatuto destes saberes, chamados ora de “conhecimento experiencial” (CARON-FLINTERMAN *ET AL*, 2005; MAHR, 2021; HALLOY *et al.*, 2023), de “conhecimento prático” (POLS, 2014; 2023b; 2023c), de “evidências testemunhais” (AKRICH, 2010, 2016), adquire notável importância, tendo em vista a valorização de conhecimentos advindos de práticas cotidianas na lida com os eventos corporais, de saúde, familiares, ambientais, comunitários, entre outros. Aqui nos interessa especialmente aqueles conhecimentos adquiridos ao longo da vida sexual e reprodutiva, derivados da autopercepção corporal das mulheres, do uso de medicamentos contraceptivos hormonais e dispositivos técnicos (preservativos, DIU em suas variações, implantes subdérmicos, *Essure*®⁶), dos efeitos adversos sentidos com tais insumos, das intercorrências neste processo de controle da fecundidade (gravidez imprevista, abortos, partos), das experiências de (des)encontros com os profissionais de saúde, nos muitos atendimentos em saúde que frequentam, diante de protocolos médicos que não levam em conta os saberes por elas trazidos aos consultórios.

Vincanne Adams (2013; ADAMS e BIEHL, 2016) é uma pesquisadora bastante preocupada com as métricas que dominam o campo da saúde global, desde os grandes projetos de pesquisas financiados por consórcios multilaterais, passando por processos de avaliação das intervenções em saúde e de *accountability* das ONG que atuam no setor, que privilegiam prioritariamente os estudos *Randomized Controlled Trials* (RCT) como justificativas para obter evidências (estatísticas) robustas e incontestáveis, segundo o paradigma positivista da ciência (CARON-FLINTERMAN *et al.*, 2005). Uma tendência da medicina (ensaios clínicos randomizados) que se translada para o campo da saúde pública global, a partir de organismos internacionais (*World Health Organization*, Organização Pan-Americana da Saúde etc.) que gerem as metas a serem alcançadas no plano mundial. Não pretendo adentrar neste debate tão complexo e crítico, mas tal alerta importa no contexto do enfraquecimento do valor de outras modalidades de “dados”: as vozes comunitárias, coletivas ou pessoais, os trabalhos etnográficos, no jogo de relações de poder que engendram as tomadas de decisão “técnicas”

⁵ Pols (2023a) discute a respeito, argumentando pelas “posições do paciente”, em razão desta aceção poder incluir também as expressões não verbais deles, além da comunicação oral.

⁶ Trata-se de um dispositivo permanente para esterilização, não mais disponível no mercado. O *Essure*® é composto por molas de aço inoxidável, revestidas por capa de níquel-titânio com polietileno (PET), medindo aproximadamente 4 cm com espessura de um fio de cabelo, cuja inserção ocorre através do canal vaginal por meio de aparelho histeroscópico que direciona as molas até o interior das duas tubas uterinas. Segundo o fabricante, após o procedimento, ao longo de aproximadamente três meses, o corpo desenvolveria uma reação orgânica de cicatrização local ocluindo o canal definitivamente, portanto, impedindo a fecundação. Cf. Brandão e Pimentel, 2020.

(profissionais) que pautam os protocolos de atendimento em saúde reprodutiva. Nesse sentido, perdemos força como disciplina (antropologia) que poderia realçar e agregar valor às narrativas femininas como formas genuínas de saberes existenciais nas disputas científicas, em detrimento de outras disciplinas como epidemiologia, estatística, matemática etc. Não nos debruçamos sobre causalidades e métricas de fenômenos sociais/existenciais, ao contrário, jogamos luz sobre o invisível, o genuíno que subjaz nos padecimentos e adoecimentos cotidianos.⁷

Reconhecer um estatuto ontológico aos saberes destas mulheres como conhecimento experiencial poderá nos ajudar a provocar uma inflexão no campo do debate público sobre assistência à saúde reprodutiva. Como nos ensina Veena Das (2023), o conhecimento local, mediado pelas relações sociais cotidianas, familiares, comunitárias, permeado por crenças, valores e mediações institucionais, gera uma sensibilidade peculiar. Conferir reconhecimento à escuta das mulheres pode contribuir para qualificar o cuidado prestado, em consonância com sua expertise cotidiana. As políticas públicas poderão se beneficiar deste diálogo de mão dupla entre usuárias e profissionais de saúde. Do contrário, os protocolos clínicos serão estabelecidos de modo autoritário, unilateral, sem levar em conta os conhecimentos acumulados pelas usuárias com tais questões de saúde.

Em Caron-Flinterman *et al.* (2005), os autores discutem a questão da validade do conhecimento experiencial nas pesquisas biomédicas, abordando-a pela perspectiva pragmática, ou seja, se pode ser útil em determinados contextos. Assim, examinam vários exemplos de inflexões ou contribuições em pesquisas, provocados pela participação de pacientes e suas organizações. Em uma extensa revisão narrativa crítica (1976-2021) de produções inglesas e francesas no campo das humanidades e das ciências sociais sobre conhecimento experiencial, os autores (HALLOY *et al.*, 2023) indicam desde os primórdios desta formulação na década de 70 a necessidade de melhor definição de seu escopo heurístico para o fortalecimento desta perspectiva epistêmica. Algo sempre destacado na discussão sobre essa modalidade de conhecimento está relacionado ao seu caráter intrinsecamente contextual, prático, pragmático e voltado ao “aqui e agora”. Está diretamente associado a quem são essas usuárias, suas marcas de classe, de gênero, étnico-raciais, geracionais, territoriais, como transitam nos serviços e reagem aos aconselhamentos e orientações contraceptivas e/ou ginecológicas.

Alguns exemplos práticos podem ser dados. Muitas jovens se queixam porque buscam os serviços de atenção primária à saúde para fazerem o exame preventivo de câncer de colo de útero e se sentem frustradas. Ao serem atendidas, são informadas do protocolo do exame de Papanicolau para o rastreamento do câncer de colo do útero do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025a), o qual recomendava que mulheres a partir dos 25 anos, que já iniciaram a vida sexual, realizassem o exame anualmente⁸. No entanto, elas têm 18, 19 ou 20 e poucos anos de idade, com atividade sexual desde a adolescência, estão presentes naquele momento nos serviços, são dispensadas e aconselhadas a retornarem após 25 anos. Por que elas não poderiam ser acolhidas para outras orientações referentes ao planejamento reprodutivo, à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), à vacinação para o papilomavirus humano (HPV), entre outras ações importantes a sua

⁷ “Then, new protocols have to be invented, and evaluating experiential knowledge requires thinking about the limits of the Evidence-Based Medicine models (GILL e CARTWRIGHT, 2021). Noorani *et al.* (2019: 217) argue that recognising experiential knowledge requires a break with a quantitative approach. Experiential knowledge is difficult to quantify and does not fit neatly into EBM” (HALLOY *et al.*, 2023: 410).

⁸ No ano de 2025, o protocolo foi alterado pelo MS, não sendo mais realizado o exame de Papanicolau e sim testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico (BRASIL, 2025a). Em caso de resultado negativo, a periodicidade passa a ser de 5 anos. No entanto, a idade para cobertura do exame permanece a partir dos 25 anos.

saúde? São temporalidades distintas que provocam curto-circuito entre as necessidades e aspirações das usuárias e as normas sanitárias que preconizam outros balizadores para determinados procedimentos serem realizados.

A dimensão da temporalidade nesse processo é crucial. Como elas estão sempre esperando, adiando decisões da vida sexual e reprodutiva porque atreladas à lógica dos serviços de saúde, cuja burocracia dificulta seu acesso imediato, a dimensão do tempo passando e o risco cotidiano de manejar sua sexualidade evitando-se uma gravidez traz muita aflição e apreensão com o futuro, na hipótese de uma gravidez imprevista. Nem sempre as antecipações que engendram certas políticas de temporalidade, na acepção de Adams *et al.* (2009), são coincidentes entre lógicas macropolíticas que clamam por intervenções precoces e micropolíticas, que compreendem conhecimentos locais situados.

Assim também ocorre quando demandam o dispositivo intrauterino (DIU)⁹ de cobre e são demovidas a inseri-lo, contrariando os protocolos oficiais (BRASIL, 2025b), porque são “jovens demais”, nulíparas (sem filhos), vão ter problemas, podem ter infecções etc. Ao relatarem querer descontinuar os métodos contraceptivos hormonais, em razão dos seus efeitos adversos, e optar pelo DIU de cobre, essa demanda não chega a ser considerada. O desejo ou decisão prévia por um método específico (hormonal ou não) não costuma ser valorizado e respeitado como motor para a inserção solicitada. As razões podem envolver questões estruturais da assistência à saúde (equipe disponível e treinada, insumo, espaço adequado, desinformação etc.), valores morais dos profissionais de saúde, negligência ao pedido da usuária como um sujeito de direitos. Não à toa, um método disponibilizado há décadas no Brasil, seguro e eficaz, com duração de sua ação contraceptiva de até 10 anos, de custo relativamente baixo, obteve uma cobertura bastante reduzida no último Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil (BRASIL, 2025c). Apenas 19,7% das UBS no país realizam a inserção do DIU de cobre, o que revela a pouca importância dada a esse procedimento no conjunto das ações assistenciais. Sem mencionar que nossas disparidades regionais são grandes, com percentuais de aproximadamente 30% no sul e sudeste, 20% no centro-oeste e 10% no norte e nordeste. Não restam muitas alternativas às jovens e mulheres a não ser os métodos hormonais (pílulas, injetáveis e contracepção de emergência). Ainda assim, no caso da contracepção de emergência, bastante utilizada no país pelas jovens, em razão das relações sexuais sem proteção ou eventuais/episódicas, as pesquisas apontam as farmácias comerciais como principal local de acesso ao medicamento, embora tenhamos tal método disponível no SUS desde 1996. Outro paradoxo é o fato, atestado pelo Censo citado, que procedimentos durante o pré-natal têm cobertura bastante ampla, tornando a prevenção de uma gravidez ação secundária nessa escala de prioridades dos gestores em saúde, porque não estaria diretamente relacionada aos indicadores como mortalidade materna e infantil, monitorados com maior rigor nas políticas públicas de saúde reprodutiva. Esse cenário tem mudado um pouco com a introdução recente (2025) dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) hormonais (implantes e DIU)¹⁰, bastante promovidos pelas indústrias farmacêuticas e associações médicas, bem como pelos gestores públicos.

⁹ Até 2025, somente o DIU de cobre estava disponível no rol de métodos contraceptivos ofertado pelo SUS. A partir de junho de 2025, o sistema intrauterino hormonal (SIU) foi incorporado ao SUS prioritariamente para o tratamento de endometriose.

¹⁰ O implante subdérmico é um pequeno bastão de plástico, flexível, com 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro que contém a substância ativa etonogestrel liberada na corrente sanguínea. Ele é inserido sob a pele no braço da mulher pelo profissional de saúde para administração subdérmica de hormônios com finalidade contraceptiva, com ação prolongada por três anos. O sistema intrauterino (SIU) liberador de levonorgestrel é um dispositivo em formato de T inserido no útero da mulher para liberação de hormônio, com finalidade contraceptiva, com ação prolongada de cinco anos a oito anos.

Tradicionalmente falhamos ao captar as adolescentes e jovens antes da gravidez, em geral, elas chegam ao serviço no pré-natal, sendo monitoradas a partir de então. A gravidez instalada sempre foi objeto de atenção em detrimento da contracepção ou do aborto seguro. Devido à incorporação do implante subdérmico hormonal no SUS, em meados de 2025 (BRASIL, 2025b), tal panorama pode ou não ser alterado.

Em suma, nestes exemplos, os protocolos oficiais do MS e os conhecimentos biomédicos que os sustentam são ora acionados (detecção de câncer de colo do útero), ora denegados (inserção DIU de cobre, contracepção de emergência, laqueadura, como veremos a seguir), conforme as circunstâncias dos atendimentos, o público usuário (negras, brancas, adolescentes, jovens, adultas, em situação de vulnerabilidade social...), o contexto local, o perfil religioso ou não das profissionais de saúde etc. Assim, invalida-se a demanda da mulher usuária, que se dilui, convertendo-se em outros procedimentos inicialmente não requeridos (EDU, 2018; PALIS, 2024; RODRIGUES *et al.*, 2024). Embora os protocolos comumente sejam elaborados “baseados em evidências”, há uma dinâmica de reconhecimento e de denegação, ora tais conhecimentos estão estabilizados, ora são desestabilizados. Assim como os conhecimentos experienciais são porosos, também as verdades contidas nos protocolos podem ser relativizadas dependendo das circunstâncias e atores sociais em jogo. O caso do dispositivo de esterilização *Es-sure®* se encaixa bem aqui, como tratado adiante.

Outro exemplo de como o conhecimento experiencial é situacional, contextual, prático e localizado é o caso do uso *off label* do medicamento misoprostol. Inicialmente, um medicamento previamente aprovado pelas agências reguladoras internacionais para proteção gástrica, o qual provocava contrações uterinas como efeitos adversos, começa a ser usado por mulheres pobres no Nordeste do Brasil, onde o aborto é proibido, para provocar o abortamento, de modo clandestino, a partir de trocas entre outras mulheres, feministas e profissionais de saúde (BARBOSA e ARILHA, 1993). Além da fluidez das substâncias (HARDON e SANABRIA, 2017), tal episódio pode revelar o quanto o conhecimento experiencial pode impulsionar uma grande mobilização de vários atores sociais na co-construção de um novo uso para o medicamento, antes imprevisível. Uma grande rede feminista ajudou a desmistificar tal recomendação e a incluí-lo em protocolos médicos para o aborto seguro em escala global. Esse foi um exemplo bem-sucedido de validação e legitimação de um conhecimento testado em seus próprios corpos, advindo das mulheres pobres que vivem a interdição legal do aborto, buscando soluções alternativas para uma gravidez que não desejam ou podem ter.

A história da mobilização social das mulheres “vítimas do Essure” (BRANDÃO e PIMENTEL, 2020; BRANDÃO, 2023a; 2023b) também se beneficiou de trocas entre pares, ou seja, outras mulheres residentes fora do Brasil, que se reuniam em grupos virtuais, despertando nas brasileiras a identificação com os sintomas sofridos em seus corpos pelo dispositivo permanente para esterilização. Foi exatamente a troca de conhecimentos entre tais mulheres, que passaram a criar grupos virtuais também no Brasil, que desencadeou um conhecimento experiencial baseado nas queixas comuns sobre problemas de saúde com o dispositivo. Elas reuniram e compilaram coletivamente sintomas sofridos, informações técnicas, artigos científicos, documentos hospitalares (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para enfrentarem publicamente o problema e exigirem a retirada do dispositivo de esterilização de seus corpos. Novamente mulheres pobres, negras, usuárias do SUS, que sofrem discriminações quanto aos próprios saberes diante das especialidades médicas.

Apoiada em trabalhos de J. Pols (2014; 2015; 2023c; 2024), que passou muito tempo se dedicando a compreender como os pacientes de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) enfrentam seu cotidiano com limitações, com recursos a tecnologias de apoio, engendrando assim um “conhecimento prático” sobre a convivência com uma longa doença crônica, busco me inspirar para também categorizar tal conhecimento experiencial entre as mulheres “vítimas do Essure”. Alguns princípios identificados pela autora nos ajudam a refletir sobre essa experiência. “Um corpo que fazia parte de uma comunidade que partilha experiências corporificadas” (POLS, 2023c: 24). As muitas imagens que circulam nas redes sociais, compartilhadas pelas mulheres “vítimas do Essure”, de exames radiológicos com o dispositivo nas trompas, do momento da sua retirada, com a usuária no leito hospitalar, após sua cirurgia de extração das trompas e/ou do útero, dos pedaços do dispositivo extraído, que costuma se partir/esfacelar nesse processo, entre outras cenas chocantes nos impactam sobremaneira. Elas costumam atestar a necessidade de cada uma delas de reafirmarem o seu pertencimento a um grupo, que ainda sofre ou sofreu em razão das desventuras com o dispositivo implantado em seus corpos para controle definitivo da reprodução. O desejo de partilhar com a comunidade de “*e-sisters*”, como assim elas se autodesignam, o estar livre material e simbolicamente do *Essure*®, embora não se saiba como a saúde de cada uma irá caminhar doravante, revela um forte sentimento de união, solidariedade e pertencimento a um grupo social. Embora elas não tenham um diagnóstico preciso, nem mesmo uma doença reconhecida, nem uma incapacidade assim identificada, tal invisibilidade não diminui as dores crônicas, os sintomas percebidos em comum, a partir da convivência com o dispositivo em seus corpos.¹¹ Isso nos leva a outro princípio identificado pela autora (POLS, 2023c): o corpo como fonte de conhecimento sobre a doença (DPOC), ou no nosso caso, sobre o *Essure*®. Sendo um novo dispositivo para esterilização, lançado no mercado farmacêutico global no início dos anos 2000, tendo chegado ao Brasil no ano de 2009, não havia ainda um acúmulo de experiências de sua utilização no contexto internacional registradas, estudos clínicos de monitoramento do produto ou literatura científica a respeito consolidada, além das campanhas de divulgação pela empresa fabricante do produto, a Bayer. Em tais campanhas (CARVALHO, 2023), a ênfase à sua dimensão “inovadora”, por contraste com uma lapideadura cirúrgica, a um “método revolucionário” vindo dos Estados Unidos, “uma dádiva do primeiro mundo”, era o mote para atrair o público feminino.

A informação de que um procedimento ginecológico como a histeroscopia é uma intervenção cirúrgica, embora não seja invasivo e não acarrete incisões no corpo não foi devidamente pautada na ocasião. Por isso, os relatos de dores na colocação do *Essure*® e de leve sedação aparecem nos depoimentos das usuárias. A reunião de sintomas a princípio difusos, dores de cabeça, mal-estares, dores pélvicas crônicas, sangramentos, e inclusive gravidez, entre os muitos efeitos adversos provocados nas usuárias, a sua identificação e atribuição ao dispositivo, elo em comum às muitas mulheres que se encontraram nas redes sociais, nos grupos virtuais das “vítimas do Essure”, comprova o acúmulo de um saber engendrado no próprio corpo, após a implantação do dispositivo nas trompas uterinas.

A organização coletiva a partir destes encontros de partilha das próprias experiências malsucedidas com o dispositivo criou vínculos, estabeleceu redes de

¹¹ Os diversos problemas de saúde identificados envolviam gravidez indesejada, dor crônica, cólicas abdominais, sangramentos, desconforto pélvico, perfuração de trompas ou útero, migração do dispositivo, alergia e diversos sintomas sugestivos de sensibilidade e reações imunológicas associadas ao níquel, usado no dispositivo, fibromialgia, depressão, dentre outros.

informação, troca de afetos e amparo emocional, organizou a comunicação/diálogo das usuárias com os médicos, gestores, autoridades políticas e defensores públicos, nomeou o grupo, criando, assim, na acepção de Pols (2023c: 25) uma “política de ‘empoderamento corporificado’”. Ao reconhecerem, identificarem e se apropriarem das suas dores, de suas condições de saúde, do corpo que tinham antes, contrastado com o corpo adoecido com o *Essure*®, elas deixam de ser apenas pacientes, indivíduos isolados, para se tornarem sujeitos de direitos, sujeitos coletivos que se unem em busca de suas reivindicações de reconquista de sua saúde. Neste movimento de organização coletiva das mulheres, no Brasil e no mundo, identifiquei apenas dois documentos (protocolos) criados a partir de demandas femininas para orientação clínica dos procedimentos de retirada do dispositivo *Essure*®, um na Espanha e outro em Brasília (SEGO, 2018; GDF, 2022).

Em síntese, como Halloy e colegas (2023: 418) revelam, algumas funções deste conhecimento experiencial podem ser realçadas: traduzem a realidade para o grupo em questão e desenvolvem “lógicas de cuidado”, inspirados em Mol (2008); aprendem a lidar com o desconhecido e torná-lo familiar, elaborando estratégias de enfrentamento ao problema e, por fim, desenvolvem um senso de pertencimento a uma comunidade de práticas. A dimensão coletiva, comunitária – não individualista – deste cuidado, nas trocas virtuais e apoio às decisões sobre o tratamento, encontram-se impregnadas de acolhimento e interrelações cotidianas. Bem ou malsucedidas em sua árdua e longa luta por reparação social, por recuperação integral de sua saúde e de sua vida familiar, doméstica, laboral anterior, as “vítimas do *Essure*” continuam no esforço de ajuda mútua e de sororidade entre elas.

Em trabalho recente, Rohden (2025: 153) aborda problema semelhante nomeando de “evidências paralelas” o que chamamos aqui de “evidências testemunhais” ou “conhecimento experiencial ou prático”. Para a autora, “evidências paralelas seriam as informações acumuladas produzidas por meio das narrativas de pessoas envolvendo experiências corporais-subjetivas e processos relativos à saúde-doença e ao cuidado de si que podem passar ao largo da medicina oficial.” Preocupadas com uma mesma questão – nomear e qualificar melhor um fenômeno contemporâneo de trocas virtuais e de produção coletiva de evidências mediadas pelo corpo e seus processos de adoecimento – nossas investigações se cruzam no esforço de melhor compreensão destas manifestações legítimas que concorrem com os saberes biomédicos. Não é aleatório que as marcas de gênero destes processos de fabricação de novas evidências sejam marcadas pelo feminino, historicamente o gênero mais controlado e subjugado pela medicina.

Tecnologias em contexto: pensando o cuidado em saúde e as tecnologias contraceptivas

O tema do cuidado vem ganhando cada vez mais visibilidade e estatuto teórico e político na vida pública. Há uma longa tradição de estudos feministas, de diferentes perspectivas teóricas e políticas, que problematizam o cuidado como atributo do feminino e sua invisibilidade como um conjunto de práticas sociais que configuram o trabalho de reprodução social. Na área da saúde há trabalhos também clássicos que configuram, a partir dos estudos sociais da ciência e das tecnologias, uma certa “lógica do *care*”, uma “ética do cuidado” também contextual que privilegia contextos específicos que aliam pessoas, objetos, tecnologias, afetos em tramas que se conectam situacionalmente (MOL, 2008; MOL, MOSER, POLS, 2023; DROTBOHM, 2022; POLS, 2015; 2024; BELLACASA, 2011;

2023[2017]). Na acepção de Mol e Hardon (2023), as tecnologias em si importam menos, ao contrário dos cenários de cuidados nos quais ela está inserida e dependerá sua eficácia.

São exatamente esses cenários de cuidado que nos interessam nos serviços públicos de saúde no tocante ao planejamento reprodutivo. Como pensar as práticas assistenciais nas quais as tecnologias contraceptivas estão inseridas (preservativos, contracepção de emergência, DIU de cobre, LARC hormonais, laqueadura, *Essure*...) à luz do referencial teórico da ética do cuidado (BELLACASA, 2023 [2017])? Segundo a autora (*idem*: 111), “uma política do cuidado envolve muito mais que uma postura moral; envolve agências afetivas, éticas e práticas com consequências concretas e materiais”.

Uma breve digressão será necessária para a compreensão das lacunas deixadas pela ausência de cuidado oportuno dos serviços públicos de saúde com relação à grande demanda de laqueaduras tubárias por parte das mulheres usuárias do SUS. E conseqüentemente do espaço ocupado pelo “novo dispositivo revolucionário” *Essure*® no contexto brasileiro. Em outras palavras, como falhamos como política pública de planejamento reprodutivo, permitindo que usuárias fossem encaminhadas para outro procedimento não habitual, ao invés do aprovado na lei. Quais as condições de possibilidade que tornaram o dispositivo *Essure*® objeto de interesse para os gestores públicos e médicos que o implantaram e quais conhecimentos foram mobilizados ou invisibilizados.

A lei do planejamento familiar foi estabelecida em 1996 (Lei 9.263/1996), buscando coibir abusos anteriores nas décadas passadas com o excesso de cirurgias cesarianas e remuneração médica extraordinária para a realização do procedimento de esterilização tubária. Assim, tal procedimento foi legalizado no âmbito do SUS sob regras claras – autorização a mulheres maiores de 25 anos ou com dois filhos vivos, com autorização do cônjuge e interdição do procedimento no momento do parto. Ainda assim, lamentavelmente, a regulamentação legal não promoveu a garantia deste direito às mulheres de forma ampla, alcançando a grande demanda existente. Temos um padrão de fecundidade no Brasil, embora haja mudanças significativas nas últimas décadas, a grande maioria das mulheres usuárias do SUS inicia sua trajetória reprodutiva bem jovem e também almeja encerrá-la mais cedo (CABRAL, 2014). As imensas dificuldades vivenciadas nas tentativas frustradas de busca da laqueadura no SUS se deveram a uma série de fatores estruturais e relacionais: interpretações equivocadas dos gestores públicos e profissionais de saúde sobre a aplicação da lei impedindo as mulheres de usufruírem deste direito (exigindo ambos critérios, condições etária e número de filhos, ao invés de um somente; dois filhos de um mesmo parceiro, etc.), desestimulando-as em razão de eventuais arrependimentos futuros, possibilidade de novas uniões, entre outros obstáculos. Por sua vez, exigir autorização do cônjuge ou a realização do procedimento fora do momento do parto enredava a usuária em negociações familiares que nem sempre são tranquilas, pois exigia-se que ela retornasse ao hospital após o parto, quando as demandas de cuidados aos filhos e à vida doméstica são grandes, para nova internação para a laqueadura. Assim, a fila de espera pela laqueadura sempre foi grande e muito longa, no decorrer de anos e meses, com a vida acontecendo, o que trouxe muitas vezes novas gravidezes neste período de espera. Recentemente, a lei foi alterada em 2022 (Lei 14.443/2022), diminuindo a idade mínima para 21 anos, excluindo autorização de cônjuge e permitindo sua realização no parto, desde que a vontade da mulher tenha sido expressa 60 dias antes. Está cedo ainda para uma avaliação precisa sobre as

repercussões destas mudanças na legislação nos próximos anos, no intuito de agilizar o atendimento dessa demanda feminina.

O que nos importa reter aqui são os cenários de cuidado na atenção primária à saúde que circunscrevem essa tecnologia – a ligadura de trompas. Independentemente da idade das mulheres, se jovens ou mais velhas, do estado conjugal, solteiras ou em união, dos filhos tidos ou não, dos partos ou abortos anteriores, uma longa trajetória de cuidados contraceptivos desde a iniciação sexual na adolescência se impõe, nem sempre dividida com os parceiros. Diante das descontinuidades dos métodos contraceptivos hormonais antes usados, pelos seus efeitos adversos, de adoecimentos outros ao longo da vida, do medo de nova gravidez, o que elas desejam e expressam em sua sabedoria de vida é a demanda pela laqueadura, uma vez que a rotina de cuidados familiares e comunitários com outras crianças e idosos exige muito destas mulheres. Inúmeros trabalhos comprovam os interditos por elas encontrados (EDU, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2024; BRANDÃO e CABRAL, 2021). Essa demanda também traduz um desejo de controle da própria vida, de sua prole, de seu futuro e de sua família, frente às muitas adversidades da vida. Mas ela não tem sido valorizada como um conhecimento prático ou experiencial para fazer jus à viabilização deste cuidado.

Assim, o surgimento de um novo dispositivo para esterilização,¹² com interesses mercadológicos significativos, engendrou a convocação destas mesmas mulheres que aguardavam na fila da laqueadura do SUS para a implantação do *Essure*®. Novamente, os cenários de cuidado que envolveram a inserção do dispositivo para controle definitivo da reprodução foram negligentes – ressaltaram sobremaneira as suas vantagens, em detrimento de um esclarecimento convincente sobre as diferenças entre a laqueadura tradicional que elas ansiavam e o novo dispositivo, bem como uma ausência de detalhamento sobre os procedimentos cirúrgicos para sua eventual retirada, caso necessário.

Tendo em vista o desfecho desastroso do dispositivo de esterilização *Essure*®, no contexto internacional (Europa, América do Norte, Austrália), a Bayer retirou seu produto do mercado em 2017, encerrando a sua comercialização, mas não o sofrimento das mulheres com ele. Até hoje grupos de mulheres “vítimas do *Essure*” no Brasil lutam por sua retirada pelo SUS. E esbarram em uma dificuldade central: a validação do que sentem, do que relatam, do conhecimento que acumularam na experiência com tal dispositivo em seus corpos, comparando entre si suas vidas anteriores com a vida que levam após a sua inserção, com o adoecimento por ele provocado. Não há “evidências” suficientemente robustas na acepção do modelo Medicina Baseada em Evidências (BEM) que comprovem os sintomas relatados com o dispositivo, razão pela qual elas são negligenciadas nas tentativas de extração do mesmo.

As chamadas “evidências científicas”, embora bastante importantes para orientar a formulação de políticas públicas na direção de resguardar as práticas em saúde, apoiadas em bases sólidas e consistentes do ponto de vista científico, também têm seus limites e injunções (FONSECA, 2020; ROHDEN, 2025; MURPHY, 2015). São ora estabilizadas, ora desestabilizadas em razão de conjunturas políticas específicas entre especialistas, instituições de saúde, organizações da sociedade civil. Em alguns momentos são acionadas para fundamentar procedimentos, diagnósticos ou tratamentos, em outros desamparam pacientes, excluem outros saberes, colonizam o que pode ser legitimado como conhecimento válido. O

¹² Cabe destacar aqui a capacidade de agência do artefato, na interação entre humanos e não-humanos, que adquiriu uma vida social própria a partir do processo de pesquisa clínica, regulamentação, divulgação e comercialização, passando a existir em muitos corpos femininos que o implantaram.

fato do *Essure*® ser um dispositivo pouco conhecido, não haver um protocolo de conduta amplamente estabelecido, ao contrário, poderia permitir uma certa margem de diálogo e negociação coletiva para a elaboração de um documento que incorporasse o conhecimento experiencial daquelas que o inseriram, onde usuárias e profissionais de saúde pudessem ter voz.

Como o cuidado em saúde poderia incorporar os saberes destas mulheres antes mencionados? Validá-los e tomá-los como um componente adicional, além da avaliação clínica e de exames de imagem? Como incorporarmos uma ética do cuidado que prime pela escuta sensível às mulheres nas práticas assistenciais em saúde reprodutiva? Em geral, elas têm lutado pela cirurgia de histerectomia (retirada das trompas e útero), em razão das inúmeras vezes que o dispositivo se parte e se espalha nas tentativas de sua remoção, embora isso provoque a antecipação da menopausa e seus sintomas. No entanto, em grande parte das vezes, elas fazem mais de uma cirurgia para sua remoção, enfrentando primeiro uma salpingectomia (retirada das trompas uterinas), para posterior retorno ao hospital para a cirurgia de retirada do útero, devido à continuidade dos sintomas após a primeira, em razão dos médicos não aceitarem a solicitação delas para uma única cirurgia de remoção, livrando-as de uma vez do dispositivo.

Na contramão da inclusão do conhecimento e expertise das usuárias na condução de seu planejamento reprodutivo encontra-se a ampla divulgação e promoção dos métodos LARC hormonais na atualidade. O discurso biomédico que os avaliza ressalta justamente a possibilidade de suprimir a participação da usuária na gestão de seu planejamento reprodutivo, optando por um método médico-dependente (implante, SIU) e não usuária-dependente. No senso comum, as mulheres são consideradas incapazes de gerir bem as outras tecnologias contraceptivas (pílula oral diária, pílula de emergência, injetável), engravidando de modo imprevisto. Sabemos que as tecnologias contraceptivas são distintas de tecnologias para incapacidade ou doenças crônicas, mas podem também servir como oportunidades para o compartilhamento do manejo prático e cotidiano dos efeitos hormonais no corpo ao longo da implantação e sua vigência. Quiçá possamos almejar que a escuta e validação destes saberes testemunhais corporificados possam elucidar no acompanhamento clínico destes métodos os efeitos adversos indesejados, sugerindo novas investigações que contemplem evidências de outra ordem, de natureza prática, material, experiencial.

Qual ciência queremos?

A pergunta que me move no momento tem sido como enfrentar tal silenciamento? Como transformar práticas de investigação científicas e práticas assistenciais em saúde tendo em vista o pressuposto de reunir evidências de ordens diversas? Tenho encontrado alguns caminhos para reflexão dentre trabalhos de autoras feministas situadas no campo dos estudos sociais da ciência e das tecnologias, as quais me inspiram a partir dos temas do adoecimento crônico, da reprodução e dos conflitos ambientais, a identificar dinâmicas peculiares de mobilização, cuidado e de produção de conhecimentos que podem dialogar com a biomedicina. Nesse sentido, a própria constituição interna do campo científico nos interessa como espaço de disputas epistemológicas e políticas.

Outro caminho fecundo poderia ser recorrer às profundas transformações sociais e epistêmicas que o pensamento feminista negro interseccional, decolonial, como uma teoria social crítica, tem nos proporcionado para pensar o mundo que vivemos. Nesse sentido, encontro duas chaves analíticas estratégicas para nos

ajudar na reflexão de potencializarmos as vozes e saberes destas mulheres na direção de fazer valer seus direitos sexuais e reprodutivos. Os conceitos de justiça reprodutiva (ROSS, 2017; ROSS e SOLINGER, 2017) e de injustiça epistêmica (FRICKER, 2023). Embora a formulação da perspectiva de injustiça epistêmica não tenha nascido no contexto do movimento social feminista ativista e acadêmico negro, ao contrário da noção de justiça reprodutiva, ela tem sido bastante apropriada para pensar as disputas no campo científico, filosófico e jurídico que interpelam saberes não legitimados hegemonicamente. A dimensão interseccional do conhecimento e das práticas em saúde conecta ambos os princípios, reforçando a premissa de valorização dos saberes locais, ancorados nas experiências de vida dos sujeitos nelas enredados. Por meio das dimensões de injustiça testemunhal e de injustiça hermenêutica, postuladas por Fricker em sua obra, Dantas (2024) discute o caso do dispositivo *Essure*® no Distrito Federal, reivindicando a centralidade de uma racionalidade posicionada, engajada, que reconheça as usuárias como detentoras de conhecimentos advindos de sua corporalidade. As práticas científicas, bem como as práticas assistenciais em saúde, precisam incorporar tais perspectivas heurísticas e ético-políticas para uma transformação dos modos de se fazer saúde e ciência, incluindo usuárias do SUS como protagonistas nos cenários de cuidado. É exatamente essa a “política de ‘empoderamento corporificado’” que Pols (2023c) salienta.

Enfim, trazer da margem para o centro tais expertises, forjar modos de reconhecimento social e validação destes saberes tem sido um trabalho em aberto para o futuro. Na direção da reflexão empreendida por Adams e colaboradoras (2009), na discussão sobre as políticas e suas temporalidades, a ligadura de trompas seria um regime de antecipação de um futuro sem (mais) filhos. Um regime de produção de esperança – a conquista de um procedimento definitivo que livraria a mulher da angústia do risco iminente de uma gravidez. No entanto, a inserção do dispositivo *Essure*® trouxe o desespero pelo desfecho ocorrido, gerando muita raiva, arrependimento, indignação, adoecimento. E transformando-as em novos sujeitos do conhecimento, em uma batalha moral, ética, política e epistêmica que está longe de terminar.

Agradecimentos

Processo CNPq PQ n.º 307789/2022-5.

Os comentários recebidos à versão preliminar do texto de Luís Phillipe Nagem Lopes e Ana Carolina Dantas.

Referências

- ADAMS, V. "Evidence-based global public health. Subjects, profits, erasures". In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (ed.). *When people come first: critical studies in global health*, Princeton: Princeton University Press, 2013. pp. 54-90.
- ADAMS, V.; BIEHL J. The work of evidence in critical global health. *Medicine Anthropology Theory*, 3 (2), 2016.
- ADAMS, V.; MURPHY, M.; CLARKE, A. E. Anticipation: technoscience, life, affect, temporality. *Subjectivity*, 28: 246-65, 2009.
- AKRICH, M. From communities of practice to epistemic communities: health mobilizations on the internet. *Sociological Research Online*, 15 (2): 116-32, 2010.
- AKRICH, M. Inquiries into experience and the multiple politics of knowledge. Keynote plenary 1: To what extent is embodied knowledge a form of science and technology by other means, 4S-EASST meeting, Barcelona, 2016.
- BARBOSA, R. M.; ARILHA, M. A experiência brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas*, 1 (2): 408-417, 1993.
- BELLACASA, M. P. O pensamento disruptivo do cuidado. *Anuário Antropológico*, 48 (1): 108-33, 2023 [2017].
- BELLACASA, M. P. Matters of care in technoscience: assembling neglected things. *Social Studies of Science*, 41 (1): 85-106, 2011.
- BRANDÃO, E. R. *E-sisters*: irmandade digital entre corpos-sujeitos para retirada do dispositivo de esterilização Essure®. *Antropolítica. Revista Contemporânea de Antropologia*, 55 (3): e56526, 2023a.
- BRANDÃO, E. R. Indignação, impotência e engajamento. Notas sobre desafios à pesquisa antropológica feminista. *Saúde e Sociedade*, 32 (4): e230465, 2023b.
- BRANDÃO, E. R. O lugar incômodo da ciência feminista: aportes a partir de uma pesquisa socioantropológica sobre um dispositivo biomédico para esterilização de mulheres. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*. (42): e19121401, 2026.
- BRANDÃO, E. R. Uma mirada no potencial das Ciências Sociais e Humanas para o enfrentamento dos desafios que se colocam à Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 41 (6): e00189924, 2025.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres "vulneráveis". *Horizontes Antropológicos*, 27 (61): 47-84, 2021.
- BRANDÃO, E. R.; PIMENTEL, A. C. L. Essure no Brasil: desvendando sentidos e usos sociais de um dispositivo biomédico que prometia esterilizar mulheres. *Saúde e Sociedade*, 29 (1): e200016, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. *Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13*, de 29 de julho de 2025. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Nota Técnica Conjunta 419/2025-DGCI/DESCO/SAPS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Censo das Unidades Básicas de Saúde: Sumário Executivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025c.

CABRAL, C. S. Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil. *Autrepart*, 70: 165-83, 2014.

CARON-FLINTERMAN, J. F.; BROERSE, J.E.W.; BUNDERS J. F. G. The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social Science & Medicine*, 60: 2575-84, 2005.

CARVALHO, M. K. *O útero biopolítico*. São Paulo: Annablume, 2023.

COLLINS, P. H. *Bem mais do que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. São Paulo: Boitempo, 2022.

COLLINS, P. H. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 41: 1-20, 2015.

DANTAS, A. C. L. Credibilidade pública, saberes localizados: disputa epistêmica sobre o dispositivo Essure no Distrito Federal. *Mediações* 28 (3): 1-15, 2023.

DAS, V. *Aflição. Saúde, doença, pobreza*. São Paulo: UNIFESP, 2023.

DROTBOHM, H. O Cuidado além do Reparo. *Mana*, 28(1): e281206, 2022.

EDU, U. F. When doctors don't tie: hierarchical medicalization, reproduction and sterilization in Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*, 32 (4): 556-73, 2018.

FLEISCHER, S. *Descontrolada. Uma etnografia dos problemas de pressão*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

FONSECA, C. Evidências, experiências e endemias: fatos científicos nas políticas de combate à hanseníase. *Anuário Antropológico*, 45 (2): 164-87, 2020.

FRICKER, M. *Injustiça Epistêmica: o poder e a ética do conhecimento*. São Paulo: USP, 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Nota Técnica n.º 1/2022. Guia para o cuidado, acompanhamento e monitoramento das pacientes com o Sistema Essure® implantado na rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF. Brasília: GDF, 2022.

HALLOY, A.; SIMON, E.; HEJOAKA, F. Defining patient's experiential knowledge: Who, what and how patients know. A narrative critical review. *Sociology of Health & Illness*, 45: 405-422, 2023.

HARDON, A.; SANABRIA, E. Fluid drugs: revisiting the anthropology of pharmaceuticals. *Annual Review of Anthropology*, 46 (1): 117-32, 2017.

MAHR, D. *The knowledge of experience. Exploring epistemic diversity in digital health, participatory medicine, and environmental research*. Palgrave Macmillan, Springer Nature, 2021.

MOL, A. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Oxford: Routledge, 2008.

MOL, A.; HARDON, A. Cuidar: un concepto fluido para compromisos adaptables. *Etnografías Contemporáneas*, 9 (16): 232-256, 2023.

MOL, A.; MOSER, I., POLS, J. Cuidado. Colocando a prática na teoria. *Novos Debates*, 9 (1): E9101, 2023.

MURPHY, M. Unsettling care: Troubling transnational itineraries of care in feminist health practices. *Social Studies of Science*, 45 (5): 717-37, 2015.

PALIS, L. M. *Contracepção Reversível de Longa Duração (LARC) no Sistema Único de Saúde: desafios à universalização do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), UFRJ, 2024.

POLS, J. Colocando apreciações em cena. Além da perspectiva do paciente. *Novos Debates*, 9 (1): E9105, 2023a.

POLS, J. Trazendo corpos – e cuidados de saúde – “de volta” Explorando o conhecimento prático na vida de pessoas com doença crônica. *Novos Debates*, 9 (1): E9103, 2023b.

POLS, J. Praticidades de tirar o fôlego. Uma política de posições do paciente corporificadas. *Novos Debates*, 9 (1): E9108, 2023c.

POLS J. Towards an empirical ethics in care: relations with technologies in health care. *Med Health Care and Philos*, 18: 81-90, 2015.

POLS, J. Knowing patients: turning patient knowledge into Science. *Science, Technology, & Human Values*, 39 (1): 73-97, 2014.

POLS, J. Making things specific: towards an anthropology of everyday ethics in healthcare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 27 (3): 309-319, 2024.

RODRIGUES, C. G. *et al.* ‘Não(s) de cara’ na tentativa de acesso à laqueadura tubária. Mulheres sem filhos e a invalidez do consentimento. *Runa*, 45 (2): 77-96, 2024.

ROHDEN, F. Materializando evidências paralelas: narrativas sobre corpo, saúde e doença nas redes sociais. *Revista Brasileira de Estudos CTS*, 1 (1): 146-167, 2025.

ROSS, L. J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls*, 19(3): 286-314, 2017.

ROSS, L. J.; SOLINGER, R. *Reproductive Justice. An introduction*. Oakland, California: University of California Press, 2017.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO). *Guía de actuación ante una paciente portadora del dispositivo Essure*, 2018.