

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

ANA CAROLINA LESSA DANTAS

“MINHAS DORES SE TORNARAM AS NOSSAS DORES”:
JUSTIÇA EPISTÊMICA E JUSTIÇA REPRODUTIVA NA MOBILIZAÇÃO DE MULHERES
VÍTIMAS DO DISPOSITIVO ESSURE NO DISTRITO FEDERAL

Brasília
2026

Ana Carolina Lessa Dantas

“MINHAS DORES SE TORNARAM AS NOSSAS DORES”: JUSTIÇA EPISTÊMICA E
JUSTIÇA REPRODUTIVA NA MOBILIZAÇÃO DE MULHERES VÍTIMAS DO ESSURE
NO DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada como pré-requisito ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito, para obtenção do título de Doutora em Direito pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Janaína Lima Penalva da Silva.

Brasília

2026

Ana Carolina Lessa Dantas

“MINHAS DORES SE TORNARAM AS NOSSAS DORES”: JUSTIÇA EPISTÊMICA E
JUSTIÇA REPRODUTIVA NA MOBILIZAÇÃO DE MULHERES VÍTIMAS DO ESSURE NO
DISTRITO FEDERAL

Tese apresentada como pré-requisito ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito, para obtenção do título de Doutora em Direito pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Janaína Lima Penalva da Silva.

Aprovada em: __/__/__

Banca examinadora

Profa. Dra. Janaína Lima Penalva da Silva (UnB)

Presidente

Profa. Dra. Gabriela Rondon Rossi Louzada (Anis)

Avaliadora Externa à Instituição

Profa. Dra. Débora Allebrandt (UFAL)

Avaliadora Externa à Instituição

Profa. Dra. Ana Paula Pimentel Jacob (UnB)

Avaliadora Externa ao Programa

Profa. Dra. Livia Gimenes Dias da Fonseca (UnB)

Avaliadora Interna - Suplente

Às mulheres vítimas do Essure, como não poderia
deixar de ser.

AGRADECIMENTOS

Esta tese, toda tese, é um apurado de encontros. Apurado no sentido da soma: aquilo que arrecadamos ao longo da jornada; mas também apurado como um caldo que ficou horas no fogo: concentrado, denso de sabor. Apurado é muito e também é mais gostoso.

Agradeço, antes de tudo, às mulheres que sentaram comigo para falar sobre suas vidas: Caira Marques, Eliete dos Santos, Emanuele Simone, Gislaine Medeiros, Ivanise Gomes, Jane Naiva, Kelli Luz, Kelly Cristina, Lily Feitosa, Luciene Avelina, Rejane Martins, Shely Frazão, Simony Viana, Alessandra Morato, Cíntia Costa, Hiza Carpina e Rita Lima. Vocês são o corpo e o sentido deste trabalho.

Agradeço à minha orientadora, Janaína Penalva, pela leveza, pela franqueza e pela generosidade. Na figura de Elaine Brandão, parceira de inquietações, agradeço também a todas as professoras que me emprestaram suas leituras, suas revisões, seus conselhos e suas perspectivas feministas sobre o mundo.

Agradeço a minhas companheiras do Cravinas, Amanda Nunes, Cecília Rosal, Clarissa Cavalcanti, Gabriela Rondon, Juliana Santana, Mariana Paris, Marina Alves, Vitória Buzzi, dentre outras, pelas coisas que aprendemos juntas, fazendo.

Agradeço a meus chefes no Iphan, Maurício Goulart e Thiago Perpétuo, e no Ipea, Igor Ferraz, Roberto Pires e Luseni Aquino, pelo estímulo à ideia insensata de fazer uma tese enquanto se trabalha e, principalmente, pela paciência com minha insensatez.

Agradeço a meus amigos e amigas, Stella, Laís, Geórgia, Vinicius, Junio... (vocês são muitos, por favor não se chateiem com a ausência de menções!), por provarem que a ternura e a generosidade andam lado a lado com o humor questionável, a apreciação pelo mundano e a certeza de que precisamos todos, imediatamente, nos levar um pouco menos a sério.

Agradeço, por fim, à minha família, Gabi, Paulinha, Luiz, Birica, Paulo Lessa, Hélio, Duduz, Bieta, Beto (*in memorian*) e demais romeiros do circuito Padre Cícero-Nossa Senhora de Fátima, por me ensinar que o carinho, a gentileza e a gaiatice são a pedra sólida na qual nos agarramos para construir uma comunidade.

A todas e todos com quem dividi um cafezinho, uma pipoca ou um pedaço de bolo durante os meses de escrita da tese, agradeço pela escuta empática e pela preocupação sincera. Parece pouco, mas é o que dá um caldo.

*No sonho
eu quis perguntar
à bela gladiadora
qual era o sentido do combate
por que a luta
qual era o troféu.*

*Sorriu e me disse:
Luta-se
apenas
porque se vive.*

Cristina Peri Rossi

*Na vocação para a vida está incluído o amor,
inútil disfarçar, amamos a vida. E lutamos por ela
dentro e fora de nós mesmos. Principalmente fora,
que é preciso um peito de ferro para enfrentar essa
luta na qual entra não só o fervor mas uma certa
dose de cólera, fervor e cólera. Não cortaremos os
pulsos, ao contrário, costuraremos com linha
dupla todas as feridas abertas. E tem muita ferida
porque as pessoas estão bravas demais, até as
mulheres, umas santas, lembra?*

Lygia Fagundes Telles

RESUMO

O Essure é um dispositivo contraceptivo planejado para substituir as laqueaduras no processo de esterilização feminina. Desde sua aprovação pela Anvisa, em 2009, ele foi divulgado como um método “rápido, seguro e indolor”, perfeito para atender às necessidades da mulher moderna. Entre 2012 e 2016, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES) inseriu o novo dispositivo em 2.522 mulheres, através de um sistema de mutirões. Logo após a inserção, algumas dessas mulheres passaram a relatar sangramentos irregulares e dores intensas na pelve, nas costas e nas pernas. Com o passar dos anos, esses sintomas se intensificaram e um número crescente de usuárias do Essure começou a apresentar outros problemas, como inchaço, queda de cabelo e reações alérgicas. Ao procurar ajuda no sistema de saúde, contudo, elas foram ignoradas, deslegitimadas e, por vezes, humilhadas, em episódios que classifico como injustiças epistêmicas e *gaslighting* médico. Em resposta, elas se uniram, criando a Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb), que tem, desde 2018, oferecido acolhimento, auxílio material, orientação e intermediação para acessar serviços médicos e jurídicos a mais de 500 mulheres. Esta tese acompanha a trajetória das vítimas do Essure no Distrito Federal, buscando entender o que acontece quando elas procuram as instituições do sistema de saúde e do sistema de justiça para apresentar seus problemas e como elas se organizam politicamente para reivindicar direitos sexuais e reprodutivos. Para discutir essas questões, recorro a entrevistas realizadas com treze mulheres vítimas e com quatro profissionais da Defensoria Pública do Distrito Federal e do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios, bem como a experiências de observação participante em reuniões e manifestações da Associação. Argumento que o caso Essure escancara como injustiças epistêmicas operam nos sistemas de saúde e de justiça, revitimizando mulheres periféricas e impedindo que evidências legítimas sejam incorporadas à produção científica e às políticas públicas. Aponto, por fim, que, ao tensionar a credibilidade pública da SES e da Bayer, fabricante do Essure, a Amveb nos ajuda a refletir sobre possíveis (e potentes) intersecções entre justiça reprodutiva e justiça epistêmica.

Palavras-chave: Essure; Esterilização feminina; Dispositivos biomédicos; Mobilização de mulheres; Justiça reprodutiva; Justiça epistêmica.

RESUMÉN

Essure es un dispositivo anticonceptivo diseñado para reemplazar la ligadura de trompas en el proceso de esterilización femenina. Desde su aprobación por Anvisa en 2009, se ha promocionado como un método "rápido, seguro e indoloro", ideal para satisfacer las necesidades de la mujer moderna. Entre 2012 y 2016, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SES) de Brazil insertó el nuevo dispositivo en 2522 mujeres mediante campañas de esterilización masiva. Poco después de la inserción, algunas de estas mujeres comenzaron a reportar sangrado irregular y dolor intenso en la pelvis, la espalda y las piernas. Con el paso de los años, estos síntomas se intensificaron y un número creciente de usuarias de Essure comenzaron a experimentar otros problemas, como hinchazón, caída del cabello y reacciones alérgicas. Sin embargo, al buscar ayuda en el sistema de salud, fueron ignoradas, deslegitimadas y, en ocasiones, humilladas, en episodios que clasifiqué como injusticias epistémicas y *gaslighting* médico. En respuesta, se unieron y crearon la Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb), que, desde 2018, ofrece apoyo, asistencia material, orientación y mediación de acceso a servicios médicos y legales a más de 500 mujeres. Esta tesis sigue la trayectoria de las víctimas de Essure en el Distrito Federal, buscando comprender qué sucede cuando acuden a instituciones de los sistemas de salud y justicia para presentar sus problemas y cómo se organizan políticamente para reclamar sus derechos sexuales y reproductivos. Para abordar estas cuestiones, me baso en entrevistas realizadas a trece mujeres víctimas y cuatro profesionales de la Defensoría Pública del Distrito Federal y del Ministerio Público del Distrito Federal y Territorios, así como en experiencias de observación participante en reuniones y manifestaciones de la Asociación. Argumento que el caso Essure expone cómo las injusticias epistémicas operan dentro de los sistemas de salud y justicia, revictimizando a las mujeres marginadas e impidiendo que evidencias legítimas se incorporen a la producción científica y a las políticas públicas. Finalmente, señalo que, al cuestionar la credibilidad pública de la SES y de Bayer, fabricante de Essure, Amveb nos ayuda a reflexionar sobre las posibles (y poderosas) intersecciones entre justicia reproductiva y justicia epistémica.

Palabras clave: Essure; Esterilización femenina; Dispositivos biomédicos; Movilización de mujeres; Justicia reproductiva; Justicia epistémica.

ABSTRACT

Essure is a contraceptive device designed to replace tubal ligation in female sterilization. Since its approval by Anvisa in 2009, it has been promoted as a “fast, safe, and painless” method, perfect for meeting the needs of the modern women. Between 2012 and 2016, the Federal District Health Department (SES) in Brazil inserted the new device in 2,522 women through a joint effort. Shortly after insertion, some of these women began to report irregular bleeding and severe pain in the pelvis, back, and legs. Over the years, these symptoms intensified and a growing number of Essure users began to experience other problems such as swelling, hair loss, and allergic reactions. When seeking help from the healthcare system, however, they were ignored, delegitimized, and sometimes humiliated, in episodes that I classify as epistemic injustices and medical gaslighting. In response, they joined forces, creating the Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb), which since 2018 has offered support, material assistance, guidance, and mediation to access medical and legal services to more than 500 women. This thesis follows the trajectory of Essure victims in the Federal District, trying to understand what happens when they seek out health and justice system institutions to present their problems and how they organize politically to claim sexual and reproductive rights. To discuss these issues, I draw on interviews conducted with thirteen female victims and four professionals from the Public Defender's Office of the Federal District and the Public Prosecutor's Office of the Federal District and Territories, as well as on experiences of participant observation in meetings and demonstrations of the Association. I argue that the Essure case exposes how epistemic injustices operate in the health and justice systems, revictimizing marginalized women and preventing legitimate evidence from being incorporated into scientific production and public policies. Finally, I point out that, by challenging the public credibility of SES and Bayer, the manufacturer of Essure, Amveb helps us reflect on possible (and powerful) intersections between reproductive justice and epistemic justice.

Keywords: Essure; Female sterilization; Biomedical devices; Women's mobilization; Reproductive justice; Epistemic justice.

LISTA DE ABREVIATURAS

Amveb	Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAUB	Conglomerados Agrouurbanos de Brasília
CC	Código Civil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEDAW Mulheres	Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as
CESMU	Centro Especializado de Saúde da Mulher
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIJDF	Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal (TJDFT)
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
Cprod	Coordenação de Inspeção e Fiscalização de Produtos para a Saúde (Anvisa)
DF	Distrito Federal
DOU	Diário Oficial da União
DPDF	Defensoria Pública do Distrito Federal
FDA	Food and Drug Administration
GDF	Governo do Distrito Federal
Gemat	Gerência de Tecnologia de Materiais de Uso em Saúde (Anvisa)
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
HMMR-PRJ	Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
JEFPs	Juizados Especiais da Fazenda Pública
MPBA	Ministério Público do Estado da Bahia
MPDFT	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NUMOPEDE	Núcleo de Monitoramento de Perfil de Demandas (TJDFT)
PET	Politereftalato de etileno
PFDC	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (MPF)

PMA	Aprovação pré-comercialização (FDA)
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
Proreg	Promotoria de Justiça Regional de Defesa dos Direitos Difusos (MPDFT)
Prosus	Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde (MPDFT)
Pró-Vida (MPDFT)	Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada (Anvisa)
SES	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SMDF	Secretaria de Estado da Mulher do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Capítulo 1 – Caminhos metodológicos	19
1.1 Trilhar os caminhos coletivos	19
1.2 Construir meu caminhar	23
1.3 Encontrar umas às outras.....	26
1.4 Saber parar, saber seguir	32
1.5 Poder contar.....	36
Capítulo 2 – O Essure não tem rosto de mulher: as vítimas do dispositivo contam sua história	38
Capítulo 3 – Os grandes feitos e o heroísmo: a trajetória social do Essure no Distrito Federal	67
3.1 Nasce um dispositivo	68
3.2 A revolução na anticoncepção feminina chega ao Brasil.....	73
3.3 O fim do grande feito	88
Capítulo 4 – À linguagem da justiça: litígio judicial e soluções mediadas para o cuidado de mulheres vítimas do Essure no Distrito Federal	99
4.1 Dignidade reprodutiva à prova: processos judiciais para retirada do dispositivo Essure	100
4.2 Expectativas (des)harmonizadas: tentativas de construir uma linha de cuidado às vítimas do Essure nas políticas de saúde	109
4.3 Pelas vidas que ficaram apagadas: responsabilização e reparação sobre as violações de direitos no caso Essure	119
Capítulo 5 – Fique firme: relações com o poder público e mobilização social de mulheres vítimas do Essure.....	130
5.1 Caderno de campo, 20/07/2022.....	130
5.2 Ser atendida: injustiça epistêmica e gaslighting médico contra mulheres vítimas do Essure	140
5.3 Ter uma atitude: disputas político-epistêmicas com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal.....	149
5.4 Se erguer de outra forma: mobilização de mulheres vítimas do Essure, justiça epistêmica e justiça reprodutiva	158
Considerações finais.....	169
Referências bibliográficas	173
Anexo I – Roteiros de entrevistas	194

Introdução

Kelli tinha 28 anos quando tomou a decisão de não ter mais filhos. Sua terceira filha havia acabado de nascer, e ela estava terminando o relacionamento com o pai das crianças. Ela sabia que, sendo uma mulher negra, trabalhadora e periférica, não seria fácil cuidar de mais uma criança sozinha. Ela procurou, então, a Unidade Básica de Saúde (UBS) perto de sua casa, em Ceilândia, região administrativa periférica do Distrito Federal (DF), passou pelos atendimentos do serviço de planejamento familiar e teve seu nome incluído na lista de espera para fazer uma laqueadura, um procedimento cirúrgico para esterilização feminina.

Quatro anos depois, com um novo companheiro e mais uma filha, ela ainda aguardava a cirurgia. Foi quando recebeu um convite da equipe de saúde local para assistir a uma palestra no Hospital de Ceilândia. Ela compareceu, imaginando que seriam compartilhadas informações sobre a esterilização. E foram, mas não como esperado. Naquele dia, Kelli e dezenas de outras mulheres foram apresentadas a um outro método de contracepção permanente, recém-chegado ao Brasil, o Sistema Essure.

O Essure era um dispositivo contraceptivo que consistia em um par de molas metálicas que, depois de inseridas de forma permanente nas trompas uterinas, gerariam uma reação de cicatrização no corpo, bloqueando o caminho entre o útero e os ovários. No dia da palestra, as mulheres presentes ouviram que esse método tinha uma grande vantagem em relação à laqueadura tradicional: ele podia ser inserido em ambulatório, sem necessidade de intervenção cirúrgica e de internação. O procedimento, disseram, seria rápido, seguro e indolor. Kelli achou a proposta maravilhosa, em especial porque, um dia após a inserção, ela já poderia voltar ao trabalho. Na época, ela fazia a limpeza de uma escola, e detestava apresentar atestados. Ela, como quase todas as outras mulheres presentes no evento, aceitou ser esterilizada com o Essure, e assinou um Termo de Consentimento em que demonstrava ciência de que o procedimento era irreversível.

Cerca de um mês depois, ela participou de um dos mutirões de laqueaduras tubárias do Programa Saúde para Todos, organizado pelo Governo do Distrito Federal (GDF) no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). O hospital estava cheio de mulheres. Todas receberam comprimidos analgésicos e, uma após a outra, foram sendo chamadas para a sala onde o dispositivo era inserido. Como prometido, a colocação do Essure foi muito rápida. Mas não exatamente indolor. Quando saiu do ambulatório, Kelli vomitou muito. Ao chegar em casa, começou a sentir uma cólica forte e persistente, como a que passaria a acompanhá-la em todos os ciclos menstruais.

Ela tentou seguir a vida, mas, com os anos, as dores começaram a se espalhar pelo corpo: ventre, pernas, quadril, abdômen, costas, cabeça e articulações. O fluxo menstrual se intensificou. Ela

não só passou a sangrar mais, mas percebeu que o sangue havia adquirido um cheiro ruim. Sua disposição física despencou. Por que ela, que era uma mulher tão ativa e saudável, sentia-se tão mal? Kelli passou por inúmeras consultas para tentar encontrar a resposta, mas nenhum médico chegava a um diagnóstico preciso. Os resultados de seus exames estavam dentro do normal, mas ela se sentia em farrapos.

Um dia, assistindo à TV, Kelli se deparou com uma reportagem sobre métodos contraceptivos¹. Ela parou para prestar atenção. Duas mulheres falavam sobre sua experiência com o Essure e narravam dores muito parecidas com as que ela sentia. Foi um clique em sua cabeça. Assim que o programa acabou, ela começou a pesquisar sobre o dispositivo na internet. Não demorou muito, encontrou grupos de mulheres do mundo inteiro que, no Facebook, narravam o sofrimento decorrente dos efeitos colaterais do contraceptivo. Kelli também conseguiu entrar em contato com uma das entrevistadas pela reportagem, que a colocou em um grupo de WhatsApp formado só por brasileiras.

As pesquisas sobre o Essure e o encontro com pessoas que compartilhavam dos mesmos sintomas fizeram com que ela se desse conta de que outras centenas de mulheres talvez estivessem adoecendo por conta do dispositivo, sem saber. Era preciso fazer alguma coisa para, juntas, saírem dessa situação. Mas o quê? Com a parceria de uma colega, Kelli criou outro grupo de WhatsApp, só com mulheres do Distrito Federal. Era um espaço de acolhimento, mas também de troca e de divulgação de informações sobre os serviços de saúde que deveriam ser procurados para abordar os sintomas e, mais importante, para retirar o dispositivo. Os relatos, porém, eram desanimadores: quando iam a unidades de saúde e falavam sobre a suspeita de que os seus sintomas estavam ligados ao Essure, as mulheres ouviam que isso era impossível, “uma loucura”. A causa do problema, para os médicos, era sempre outra: obesidade, sedentarismo, menopausa, ansiedade...

Elas resolveram, então, fazer uma manifestação pública na frente do palácio do governo do Distrito Federal, onde também fica a Secretaria de Saúde (SES). A mobilização funcionou, e elas conseguiram uma agenda com o secretário de saúde para dali a alguns dias. A reunião, tão aguardada, foi, porém, uma decepção. Nem o secretário, nem os assessores presentes pareciam prestar atenção no que elas tinham a dizer. Eles mexiam no celular, cochichavam entre si, nem olhavam na cara delas. Kelli não se sentiu apenas decepcionada, mas também maltratada.

Mas, se os profissionais da saúde se recusavam a ouvi-las, ela e suas colegas procurariam alternativas. Elas reuniram documentos sobre o caso, fizeram uma lista de mulheres que estavam sofrendo com o Essure e buscaram o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) e

¹ Reportagem do programa Bem Estar, da TV Globo, que foi ao ar em 02 de março de 2017. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/5693291/>. Acesso em 13 set. 2025.

a Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF). Paralelamente, pediram apoio de um escritório particular de advocacia, que aceitou representá-las gratuitamente em ações judiciais para a retirada do dispositivo. Para organizar essas movimentações, elas fundaram a Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb), que busca garantir a retirada do dispositivo, a saúde integral das mulheres afetadas e a reparação pelos danos causados no DF.

Desde que começou a atuar publicamente pelo direito das mulheres vítimas, Kelli deu entrevistas, participou de audiências públicas, organizou reuniões com deputados dos mais diversos espectros políticos e seguiu promovendo manifestações públicas. Ela nunca parou, mesmo quando passou por suas duas cirurgias para retirada do Essure. Na primeira vez, quando estava empregada, fez o procedimento pelo plano de saúde. O médico, porém, retirou apenas as tubas uterinas e, ao tensionar as molas do Essure, fragmentou o dispositivo. Os pedaços de metal ficaram alojados em seu útero e agravaram a inflamação e as dores de Kelli. Quatro anos depois, afastada do trabalho, conseguiu fazer a remoção do útero e do colo do útero em um mutirão de cirurgias eletivas da SES, em parceria com hospitais particulares. Vários de seus sintomas melhoraram, mas ela ainda sofre com fibromialgia, dor crônica e problemas urinários.

Kelli é, até hoje, presidente da Amveb. Ela segue batalhando para que os problemas ocasionados pelo Essure sejam reconhecidos publicamente e para que a Bayer e o GDF sejam condenados a indenizar as mulheres vítimas do dispositivo.

“A nossa história merece um livro”, ela me diz, rindo. “Vamos pensar...”

A história de Kelli Patrícia da Luz é um pequeno recorte do longo e complexo caso do Essure no Distrito Federal, unidade federativa que mais adquiriu kits do dispositivo no Brasil. Entre 2012 e 2016, 2.522² mulheres do DF foram esterilizadas usando o método. Hoje, pelo menos 500 delas fazem parte da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb).

Elas são mães, mulheres periféricas e majoritariamente negras³, que confiaram no serviço público de saúde para concretizar, em segurança, seus projetos de vida reprodutiva. Quando os

² Informação disponível no Despacho SES/SAIS/CATES/DUAEC 74950809, fornecido pela SES-DF após Pedido de Acesso à Informação. Conforme informações fornecidas à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pela importadora do dispositivo, foram adquiridas 4.673 unidades do kit para implantação do Essure no Distrito Federal (Nota Técnica nº 32/2019/SEI/GETEC/GGMON/DIRES/ANVISA).

³ Dentre os muitos documentos administrativos do Distrito Federal que consultei, nenhum apresenta os dados desagregados por cor/raça ou território das mulheres afetadas. A constatação de que as vítimas do Essure são majoritariamente negras e periféricas está baseada nas entrevistas realizadas e na análise dos relatos publicados no perfil de Instagram da Amveb (@vítimas_do_essure_brasil) e no grupo de Facebook “vítimas do essure Brasília.(AMVEB)”.

sintomas decorrentes do dispositivo – sangramentos, dores crônicas, inflamações, reações alérgicas, dentre outros – começaram a aparecer, porém, elas se viram desamparadas e desrespeitadas pelo sistema de saúde que lhes devia cuidado.

Algumas dessas mulheres estão há 14 anos com um objeto estranho, que muitas chamam de “bomba-relógio”, dentro de seus corpos. Outras conseguiram, através do processo de mobilização social e da resposta do sistema de justiça, retirá-lo cirurgicamente, cerca de dez anos após a inserção. Nenhuma delas, porém, passou incólume. Emprego, relacionamentos amorosos, cuidado e tempo de qualidade com os filhos, vida social, autoestima, saúde psicológica – tudo foi ficando pelo caminho.

Diante deste cenário, a Amveb tem se empenhado na articulação política e judicial em torno dos direitos das vítimas. A associação, além de promover um espaço de acolhimento e de ativismo virtual, organiza manifestações de rua, participa de reuniões com autoridades públicas, intermedeia o acesso de mulheres a serviços de saúde e firma parcerias para auxiliar na subsistência e no cuidado das usuárias do dispositivo. Ela também aciona parceiros do sistema de justiça, como um escritório de advocacia, a Defensoria Pública do Distrito Federal e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que têm atuado administrativa e judicialmente na defesa de causas individuais e coletivas.

A luta das mulheres vítimas do Essure não só evidencia o poder de resiliência das articulações femininas em torno da justiça reprodutiva (Ross e Solinger, 2017; Ross, 2017); ela nos mostra os impactos das políticas de reprodução e de anticoncepção em todas as áreas da vida das mulheres, desde suas condições de subsistência até sua autopercepção enquanto cidadãs e sujeitos políticos.

Mais do que isso, o Essure é um símbolo emblemático da relação das ciências biomédicas com as mulheres, em especial no que diz respeito à oferta de “soluções” inovadoras para os corpos femininos. São muitos os problemas que circundam o caso: a experimentação científica breve, a divulgação incompleta de informações, a ausência de acompanhamento continuado, a negativa de cuidados em face das complicações. Somam-se a eles os reiterados episódios de injustiça epistêmica (Fricker, 2024) sofridos pelas usuárias do dispositivo, que tensionaram as relações de credibilidade entre autoridades públicas e pacientes, revelando como a ciência e o cotidiano reprodutivo se imbricam e se coproduzem.

Não à toa, nos últimos anos, o caso das vítimas do dispositivo começou a ganhar espaço na discussão acadêmica do campo de humanidades. Pesquisadoras mulheres têm liderado esse movimento e publicado sobre o panorama do Essure no Rio de Janeiro (Brandão e Pimentel, 2020; Brandão, 2023a, 2023b; Carvalho, 2023), em São Paulo (Brandão, 2023a) e no Tocantins (Miranda, 2018; Miranda, Evangelista e Miranda, 2019). Ainda somos poucas escrevendo sobre o Distrito

Federal (Zatarin, 2022; Dantas, 2023a, 2023b; Brandão, 2023a), mas há muito a explorar. Esta tese é mais uma contribuição neste sentido.

Minha primeira, e talvez principal, motivação para a escrita foi a preocupação de falar sobre o dispositivo a partir das mulheres que vivem com ele. Não posso fazer o livro que a história delas merece, e do qual Kelli fala sorrindo, mas tentei escrever esta tese respeitando suas vozes, seguindo seus passos. Tendo isso em mente, as perguntas que procurei responder foram:

i) Quem são as mulheres vítimas do Essure no Distrito Federal e quais são suas histórias com o dispositivo?

ii) O que acontece quando essas mulheres procuram as instituições do sistema de saúde e do sistema de justiça para apresentar seus problemas?

iii) Como elas se organizam politicamente para reivindicar direitos sexuais e reprodutivos?

Enquanto escrevia, acabei me fazendo uma outra questão, motivada pelas provocações feministas do campo de Ciências, Tecnologias e Sociedade:

iv) Como o discurso tecnocientífico sobre o Essure se incorpora e se cristaliza nas políticas sanitárias e nas decisões judiciais no Distrito Federal?

Na tentativa de responder a essas questões, estruturei a tese em cinco capítulos. No primeiro deles, recupero os caminhos metodológicos da pesquisa, desde o momento em que conheci o caso, atuando no Cravinas – Clínica de Direitos Sexuais e Reprodutivos da Universidade de Brasília (UnB), até a apresentação do texto preliminar às entrevistadas. Nele, também detalho o processo das entrevistas, realizadas com treze mulheres vítimas e com quatro profissionais do sistema de justiça, e as experiências de observação participante em reuniões e manifestações da Amveb.

No segundo capítulo, experimentei me afastar do primeiro plano e deixar que os testemunhos das vítimas assumissem o protagonismo. As mulheres nos falam sobre um dispositivo vivido, corporificado, e que se apresenta com uma crueza que somos incapazes de apreender a partir de outras fontes. Melhor do que ninguém, elas também expõem como os (des)caminhos da política reprodutiva afetaram sua saúde mental, seus esquemas de trabalho, suas redes de cuidado e suas atividades cotidianas: pegar ônibus, pentear os cabelos, ir ao banheiro. Elas nos contam a primeira história do Essure apresentada nesta tese.

A segunda história é narrada no capítulo três, no qual recupero a trajetória social do dispositivo, traçada pelos documentos que costumamos considerar legítimos: as bulas, os artigos

científicos, as metanálises, as notas técnicas, etc. A partir desses documentos, é possível identificar como o Essure chega ao Brasil e ao Distrito Federal na forma de uma promessa tecnológica estrangeira – uma “revolução na anticoncepção feminina” (Depes et al., 2009) – que, ao longo dos anos, vai mudando de status, até se tornar um problema público. A imersão nos registros sobre o Essure me permitiu perceber como os arquivos disponíveis deixam perguntas em aberto, alimentando incertezas que permeiam os litígios judiciais sobre o caso e a relação das mulheres com a Secretaria de Saúde.

No capítulo quatro, revisito essas incertezas ao tratar da relação das vítimas do Essure com o sistema de justiça. Abordo, no primeiro momento, as ações individuais que reivindicavam a retirada do dispositivo e, na sequência, as tentativas de estabelecer uma linha de cuidado às mulheres vítimas no serviço público de saúde. Por fim, trato da difícil jornada pelo reconhecimento e pela reparação aos danos causados, em uma perspectiva ligada à justiça reprodutiva. Enquanto escrevia, procurei descrever e organizar as ações das(os) profissionais do MPDFT, da DPDF, do escritório de advocacia, da SES e das mulheres vítimas em uma linha do tempo, ainda que grosseira. Apesar do Distrito Federal ter se tornado referência para outros estados pelos avanços conquistados através da articulação (e do tensionamento) entre esses atores, acredito que a sistematização desses esforços ainda não havia sido feita.

Um dos aspectos centrais para entender o conflito em torno do Essure é a relação entre as vítimas do dispositivo e a SES. No quinto e último capítulo, exploro como, ao longo dos anos, a postura da Secretaria de Saúde perpetuou uma série de violências epistêmicas contra as mulheres, revitimizando-as. Esse processo aprofundou o sofrimento das vítimas, mas também serviu como combustível para que elas se organizassem politicamente e estruturassem o trabalho da Amveb, organização que tem nos mostrado como as lutas por justiça epistêmica e por justiça reprodutiva estão mais próximas do que costumamos ver. Olhar atentamente para essas violências nos permite refletir sobre o que consideramos evidências e sobre como o processo de construção (e silenciamento) social de conhecimentos legítimos gera consequências para políticas públicas, processos judiciais e práticas de cuidados às mulheres.

Há muitos elementos que desconhecemos sobre o caso Essure no Distrito Federal, e muita coisa ainda pode acontecer. Nosso compromisso diante disso talvez não seja o de entender tudo, mas o de não ficar paradas – como acadêmicas e pesquisadoras, mas também como mulheres cujos corpos são atravessados, cotidianamente, pelas questões que esta tese problematiza. Kelli Luz me diz que, por conta de sua atuação na Amveb, resolveu iniciar uma graduação em serviço social. Em breve, ela terá que apresentar seu trabalho de conclusão de curso – que será, claro, sobre sua trajetória com o

Essure. Ela fez uma versão inicial do texto, e sua filha o usou em um trabalho da escola. “E a professora dela falou, ‘cara, tá muito bom, isso aqui dá um TCC’! Aí eu falei, ‘aí tá vendo? Tô no caminho certo’. Tipo assim, não sei de nada, estou começando a aprender.”

Estamos começando.

Capítulo 1 – Caminhos metodológicos

Como se começa um poema, uma página, um capítulo? Gosto de pensar que o começo é um encontro, como este aqui, em que leitora e leitor se dispõem a dar uma espiada no caminho para ver aonde ele vai. Começar é estender os braços e fazer um gesto com as mãos: vamos? Começar é escolher uma palavra que vai inventar um mundo.

Marília Garcia, em *Pensar com as mãos*

1.1 Trilhar os caminhos coletivos

Quando ouvi falar sobre o Essure pela primeira vez, eu não estava só. Era dia 06 de outubro de 2021, durante uma reunião do Projeto Cravinas – Clínica Jurídica de Direitos Sexuais e Reprodutivos da Universidade de Brasília (UnB), na qual sou ativista e advogada voluntária. Amanda Nunes, integrante da clínica, mencionou que o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) havia acabado de publicar uma nota técnica sobre o crescente número de processos judiciais acerca de um dispositivo contraceptivo. Era a Nota Técnica nº 6/2021 do Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal – CIJDF, intitulada “Reflexos na prestação jurisdicional decorrentes do implante do dispositivo anticoncepcional ‘Essure’”⁴ (TJDFT, 2021).

Gabriela Rondon, também participante do projeto, mencionou conhecer o caso superficialmente. Ela relatou que Kelli Luz, a presidente da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb), havia entrado em contato com ela através da Anis – Instituto de Bioética para denunciar o descaso com que as mulheres vítimas vinham sendo tratadas. Em suas mensagens, Kelli solicitava auxílio para a realização de pesquisas sobre os efeitos do Essure e para a obtenção de liminares judiciais que garantissem às mulheres o direito de retirá-lo de seus corpos. Gabriela achou que valia a pena investir em uma avaliação exploratória sobre os problemas do atendimento em saúde ligados ao dispositivo e sugeriu que nos atualizássemos sobre o caso, para tentar contribuir com as demandas da Amveb. Naquela mesma noite, três colegas se voluntariaram para iniciar esse trabalho: Cecília Rosal, Clarissa Cavalcanti e a própria Amanda.

Poucas semanas depois, já munidas de um relatório elaborado pelas colegas, começamos a traçar estratégias sobre o que fazer. A primeira delas foi enviar um pedido de acesso à informação⁵ à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES), solicitando informações sobre o processo de compra e distribuição do Essure no DF e sobre o acompanhamento das mulheres que receberam o implante. Após receber a resposta da SES, enviamos também uma Representação ao GT “Mulher, Criança, Adolescente e Idoso: Proteção de Direitos”, da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), ligada ao Ministério Público Federal (MPF). No documento, pedimos, dentre outras coisas, que o

⁴ Falo sobre essa Nota Técnica e sobre seus problemas no capítulo 4.

⁵ Manifestação nº 00060001004202133/2021, protocolada na Ouvidoria do Governo do Distrito Federal.

MPF acionasse os Ministérios Públicos estaduais⁶ para requerer informações quanto às medidas já adotadas localmente.

Ao longo de 2022, seis unidades dos Ministérios Públicos⁷ responderam nossas demandas de forma parcial. Em sua maioria, as promotorias pediram que as Secretarias de Saúde locais enviassem informações sobre o número de atendimentos ligados ao Essure nos últimos anos – em três dos seis estados, as Secretarias não registraram atendimento algum. A Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde (Pró-Vida), do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios (MPDFT), porém, não agiu da mesma forma. A promotora titular enviou à PFDC informações detalhadas sobre o acompanhamento do caso, indicando familiaridade com o tema.

A resposta do MPDFT, naturalmente, chamou nossa atenção. Em primeiro lugar, notamos que, diferentemente do que acontecia em outros lugares, parecia haver um caminho aberto e consolidado para receber as demandas judiciais de mulheres vítimas no Distrito Federal. Também percebemos que a atuação no caso Essure era compartilhada entre três promotoras, todas mulheres: as titulares da Pró-Vida, do Núcleo de Direitos Humanos (NDH) e da 3ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde (3ª ProSus). Por fim, nos surpreendemos com a manifestação de que “[...] a Pró-Vida tem defendido que é um direito das pacientes a retirada do contraceptivo, independentemente de risco comprovado para sua saúde/vida, não havendo amparo legal para a postura da SES/DF de triar as pacientes definindo, à revelia de suas manifestações de vontade, aquelas que têm e aquelas que não têm direito à cirurgia na Rede Pública”. O MPDFT defendia a autonomia das mulheres.

É difícil precisar, mas acho que aquilo que viria a ser meu projeto de tese, um relance de pesquisa possível, surgiu aí. Mesmo sem clareza sobre isso, eu estava, àquela altura, muito interessada em entender mais sobre o caso: Quem eram as mulheres afetadas pelos efeitos adversos do dispositivo? Como elas estavam se mobilizando? E como chegaram ao MPDFT? Na tentativa de compreender que caminhos de ação poderíamos adotar na clínica, comecei a ler artigos científicos, a seguir as redes sociais gerenciadas pelas mulheres vítimas e a assistir às audiências públicas disponíveis online. Fiz, inclusive, resumos de alguns dos eventos para facilitar o acompanhamento por outras colegas.

⁶ Mencionamos explicitamente São Paulo, Rio de Janeiro, Pará, Tocantins, Paraná, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina e Distrito Federal, unidades da federação que, segundo a Nota Técnica nº 32/2019/SEI/GETEC/GGMON/DIRE5/ANVISA, adquiram o dispositivo Essure.

⁷ A saber: Promotorias de Justiça de Saúde (MPBA - Bahia), Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde Pública da Comarca de Curitiba (MPRN - Paraná), Promotoria de Justiça de Direitos Humanos - Saúde Pública (MPSP - São Paulo), 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva do Núcleo Volta Redonda (MPRJ - Rio de Janeiro), 2ª Promotoria de Defesa da Saúde - BH (MPMG - Minas Gerais) e 5ª Promotoria de Justiça de Araguaína (MPTO -Tocantins). Além desses, também recebemos resposta do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios.

Em abril de 2022, a 3ª ProSus nos convidou para o evento “Encontros – Cuidando da Mulher: Saúde Reprodutiva”, que seria realizado no dia 27 de abril de 2022, no Auditório do MPDFT. Duas integrantes da clínica, Clarissa Cavalcanti e Clara Wardi, participaram como ouvintes, em nome do Cravinas. Além de representantes do MPDFT, estavam presentes várias mulheres vítimas do Essure e servidores da SES. Clara relatou que o evento foi tenso, com debates acalorados entre uma representante da SES e as mulheres vítimas, que reivindicavam o direito de serem ouvidas adequadamente. Diante do que já havíamos apurado sobre o caso, isso não foi uma surpresa. Não houve espaço para fala do Cravinas, mas conseguimos conversar e trocar contatos com Gislaine Medeiros, da Associação de Mulheres Vítimas do Essure (Amveb), e nos colocamos à disposição.

Mantivemos contato com Gislaine e com Kelli Luz, presidente da Associação, via WhatsApp. Propusemos uma parceria entre as organizações, que começaria com uma publicação conjunta no Instagram para tentar encontrar mulheres vítimas do Essure na Bahia – uma primeira ação diante da convocação do MPBA para que informássemos “se há dados sobre pessoas ou unidades de saúde que tenham adotado o produto (...)” no estado. No meio das conversas, porém, Kelli achou melhor que os advogados da Associação nos conhecessem antes de fecharmos a colaboração. Fomos convidadas para uma reunião no dia 27 de junho de 2022, pela manhã. A essa altura, eu havia acabado de ingressar no doutorado no Programa de Pós-graduação em Direito do UnB, e me dispus a participar da reunião.

No horário marcado, eu e Amanda chegamos ao escritório de advocacia, que representa judicialmente mais de cem mulheres vítimas. Gislaine já estava lá, nos aguardando na recepção. Enquanto esperávamos, ela nos falou sobre uma cirurgia que fizera há pouco, para retirar restos do dispositivo que ficaram em seu corpo após uma primeira intervenção cirúrgica. Quando mencionamos a busca ativa de mulheres que o Cravinas estava tentando realizar, ela afirmou que, com certeza, encontraríamos mulheres no Distrito Federal, em São Paulo, no Rio de Janeiro e no Tocantins. Segundo ela, a única unidade da federação com uma associação formalizada era o DF. Embora a organização das mulheres vítimas do Distrito Federal tenha se inspirado nos casos do Rio e de São Paulo, nenhum dos dois estados conseguiu levar à frente uma articulação de mulheres capaz de acionar o judiciário em peso.

Pouco depois, fomos recebidas por um advogado, sócio do escritório, e por duas advogadas, todos envolvidos diretamente nos processos ligados ao Essure. Em pouco mais de uma hora, eles nos apresentaram várias violações de direitos que permeiam a trajetória das mulheres vítimas, pontuando alguns casos especialmente dramáticos ocorridos em Brasília. Falaram, ainda, sobre os desafios dos processos judiciais e sobre a atuação inteiramente *pro bono* da firma. Gislaine complementou, trazendo detalhes sobre sua própria história.

De nossa parte, apresentamos a atuação do Cravinas e falamos sobre nosso interesse de usar as redes do projeto para amplificar a divulgação das denúncias ligadas ao Essure. Ressaltamos que, como as mulheres já estavam sendo bem representadas, não pretendíamos atuar judicialmente em demandas individuais.

Ao final, o advogado se colocou à disposição para auxiliar a clínica no que precisássemos, e pontuou a importância de ter “pessoas sérias” pesquisando sobre o tema – segundo ele, a função dos advogados não é acadêmica, eles estão ali “para convencer”. Sugeriu fortemente, também, que conversássemos diretamente com outras mulheres da Associação, para ouvir seus relatos. Por fim, informou que mandaria para a Amveb os acórdãos favoráveis que o escritório tivesse obtido. Entendendo que este era um sinal de que deveríamos tratar diretamente com a Amveb, afirmamos que também mandaríamos a documentação que havíamos conseguido, como as respostas dos MPs estaduais, para elas.

Uma semana depois, nossa primeira publicação conjunta com a Associação nas redes sociais foi ao ar. Ela foi a primeira de um ciclo de seis posts informativos a respeito do Essure no Distrito Federal, publicados nos perfis @projetocravinas e @vitimas_do_essure_brasil no Instagram entre 05 de julho e 28 de outubro de 2022.



Publicação dos perfis @projetocravinas e @vitimas_do_essure_brasil no Instagram, no dia 05 de julho de 2022.

Esse foi, talvez, o período mais intenso da parceria. Enquanto representante do Cravinas, pude acompanhar, em um mesmo dia, uma manifestação de mulheres vítimas do Essure diante do Palácio

do Buriti, sede do Poder Executivo do Governo do Distrito Federal (GDF), uma reunião da Amveb com a Secretaria de Estado da Mulher (SMDF) e uma reunião entre a Associação e o Sindicato dos Médicos do DF. Naquele 20 de julho de 2022, tive a forte impressão de que um amálgama das várias discussões em que eu gostaria de mergulhar durante a pesquisa estavam acontecendo na minha frente. Não à toa, optei por trazer esse registro do meu diário de campo, na íntegra, no capítulo 5.

A clínica também foi convidada para participar de reuniões com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, no dia 25 de julho de 2022 – quando a colega Sabrina Queiroz nos representou –, e com a Secretaria de Atendimento à Comunidade (SEAC), no dia 09 de março de 2023, ocasião em que estive presente. Além de possibilitar que tivéssemos uma dimensão mais concreta do que estava se desenrolando no caso Essure no Distrito Federal, essas reuniões permitiram que estreitássemos os laços e as relações de confiança com as mulheres vítimas.

Entre um acontecimento e outro, porém, vários meses se passaram sem novidades. Sempre que recebíamos uma nova resposta dos Ministérios Públicos estaduais ou acessávamos algum novo documento disponibilizado através da Lei de Acesso à Informação, eu encaminhava tudo ao WhatsApp de Kelli. Eventualmente, ela também me mandava perguntas, repassava o depoimento de outra mulher vítima ou pedia para que eu revisasse algum pequeno texto da Associação. Nesse ínterim, outras prioridades foram surgindo na clínica e na Amveb, e a parceria ficou em modo de espera. Eu e Kelli não perdemos o contato, mas, à medida que as conversas sobre as “coisas do Cravinas” diminuíram, os diálogos sobre as “coisas da pesquisa” aumentaram. E é aqui, nesse mundo das coisas da pesquisa, que nos encontramos hoje.

1.2 Construir meu caminhar

Trazer esse histórico da atuação do Cravinas é importante para evidenciar que o trabalho desta tese não começa – e, espero, nem termina – em mim. Os documentos obtidos pelo projeto, a produção de minhas companheiras e os canais de comunicação que abrimos enquanto representantes da clínica são fundamentais para que o meu doutorado pudesse acontecer. A história dessa pesquisa é, portanto, uma história coletiva.

Em segundo lugar, falar dessa trajetória também é uma forma de evidenciar minha posição híbrida no debate sobre o Essure nestes últimos anos: às vezes como advogada, às vezes como pesquisadora. Híbrido, na verdade, é só um modo de dizer; não consigo pensar nessas atividades como coisas realmente separadas. Ainda assim, a diferença não é banal: para muitas das mulheres com quem falei, eu fui primeiro “a advogada”. Já para as profissionais do sistema de justiça, que só conheci pessoalmente em 2024, acho que sempre fui “a pesquisadora”. As expectativas a respeito do

que eu posso fazer, e do que as interlocutoras devem esperar, mudam conforme as posições em que fui classificada ao longo deste processo.

Assumir uma posição híbrida é, também, permitir que as posições se confundam na prática. Minha pesquisa surge em um contexto de incidência política e judicial, a partir de uma sensibilização prévia com um cenário de violações de direitos. Sempre foi um trabalho epistemologicamente feminista. Desde o primeiro momento, tentei pensar em como ele poderia oferecer um retorno concreto às mulheres vítimas do Essure, dentro ou fora do contexto de *advocacy*⁸ do Cravinas. O desenho do estudo de campo, de certa forma, adiantou uma das perguntas que eu mais iria ouvir: “o que a gente, mulher vítima do Essure, ganha com essa entrevista?”.

A resposta a esse questionamento – ou melhor, à previsão do questionamento – também foi construída coletivamente. Além das trocas com Janaína Penalva, minha orientadora, tive a oportunidade de desenvolver o projeto de pesquisa que seria submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da UnB durante a disciplina “Métodos e Técnicas de Pesquisa em Antropologia”, ministrada pela professora Soraya Fleischer entre março e julho de 2023. Toda a turma pôde fazer contribuições ao projeto, que terminou por ser enviado ao CEP/CHS, via Plataforma Brasil, em 11 de julho de 2023.

No desenho do estudo, previ a realização de observação participante em eventos e manifestações da Amveb e de entrevistas semiestruturadas com dois grupos: as mulheres que se autodenominam vítimas do contraceptivo Essure e as profissionais do sistema de justiça responsáveis por atender estas mulheres e dar encaminhamento administrativo ou judicial às demandas apresentadas por elas⁹. Informei que a escolha das entrevistadas seria feita por meio de manifestação voluntária de interesse, após divulgação através da Amveb ou por convite pessoal direcionado ao e-mail institucional das promotoras, defensoras e advogadas. Elaborei dois roteiros distintos de perguntas, um para cada grupo, e planejei captar registros de áudio e de vídeo durante as entrevistas. Minha intenção com esses registros era, além de transcrever os áudios para análise posterior, selecionar trechos das entrevistas e montar vídeos para as redes sociais da Amveb. No papel, a ideia parecia ótima, e eu ofereceria um retorno relativamente rápido e útil para o movimento das mulheres vítimas do Essure. Foi só quando comecei as entrevistas, porém, que me dei conta do quanto é difícil,

⁸ Uso *advocacy*, aqui, como o conjunto amplo e diversificado de ações políticas de movimentos da sociedade civil que objetivam influenciar o debate público a partir da incidência em instituições políticas, sociais, jurídicas e culturais, de modo a promover transformações institucionais na sociedade civil e no Estado (Campos, Severi e Castilho, 2019). O termo se aplica tanto para o trabalho do Cravinas quanto para o da Associação de Mulheres Vítimas do Essure no Brasil.

⁹ Os roteiros das entrevistas podem ser conferidos no Anexo 1.

sozinha, captar áudios e imagens em boa qualidade enquanto tento tomar notas, fazer perguntas e, o principal, ouvir atentamente.

O CEP/CHS não me alertou sobre esse desafio em seu primeiro parecer, que recebi em 17 de agosto de 2023. Nele, o Comitê solicita esclarecimentos sobre como serão preservados os dados pessoais das entrevistadas; pede que os riscos da pesquisa e a garantia de assistência sejam mais detalhados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); pede uma descrição sobre as estratégias para conduzir adequadamente as entrevistas; e recomenda que a Amveb assine um termo de anuência institucional, enquanto instituição coparticipante da pesquisa. Embora tenha me assustado, no primeiro momento, com a quantidade de modificações que deveria fazer, achei que os comentários foram pertinentes. Encaminhei os novos documentos, corrigidos, junto a uma carta de esclarecimentos, no dia 02 de setembro de 2023.

A aprovação definitiva do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética veio duas semanas depois. Ela marca, para mim, o início da pesquisa “autorizada”. Embora, desde 2022, algumas mulheres vítimas já soubessem sobre minha aprovação no doutorado e sobre a intenção de estudar o caso Essure, foi só a partir da chancela institucional que me senti à vontade para chamar de “minha pesquisa” aquilo que antes era “trabalho”, “interesse”, ou “curiosidade”. Algo de solene diferencia – não em qualidade, mas em peso simbólico – o trabalho do Cravinas, com suas responsabilidades compartilhadas, da pesquisa individual.

Por sorte, eu sabia como queria iniciar essa nova etapa. Antes de mandar e-mail para as profissionais de justiça ou de divulgar a pesquisa em grupos de mulheres vítimas, eu precisava falar com Kelli. Começar as entrevistas por ela seria uma forma de apresentar pessoalmente toda a proposta da pesquisa e, se fosse o caso, de adaptar o planejamento a partir de suas considerações. Além disso, sua aprovação era também uma forma de legitimar a pesquisa para outras mulheres; minhas chances de conseguir interlocutoras seriam bem maiores se a divulgação partisse dela.

No dia 27 de novembro de 2023, enviei uma mensagem de WhatsApp para Kelli, falando que a pesquisa havia sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e que pretendia começar as entrevistas em dezembro. Marcamos um encontro presencial para a semana seguinte, no dia 04 de dezembro, no Riacho Mall, um pequeno shopping no Riacho Fundo I, a caminho da casa de Kelli.

Dormi um pouco mal à noite, talvez com um pouco de ansiedade pelo início das entrevistas. Como o endereço ficava a cerca de 22km do meu trabalho, saí cedo, com receio de me atrasar. Não conhecia o caminho, mas peguei o ônibus certo e cheguei rápido. No ônibus, reli o roteiro de entrevistas e o TCLE. Pouco depois do horário agendado, Kelli me mandou uma mensagem, dizendo

que havia acabado de chegar em casa, pois teve que acompanhar o marido ao hospital. Ela sugeriu remarcarmos a entrevista para um dia em que ela e uma outra colega da Associação pudessem participar juntas, já que as duas moram perto e, assim, eu economizaria o deslocamento.

Com a chegada do final do ano, porém, as agendas foram ficando difíceis de conciliar. Enquanto tentava um horário com Kelli, resolvi mandar um e-mail para o Pró-Vida do MPDFT, falando sobre a pesquisa e solicitando uma entrevista. A secretaria do Pró-Vida respondeu ao e-mail bem rapidamente. Disse que a Dra. Alessandra Morato, que atua no caso Essure desde o início, estaria disponível para a entrevista. Também recomendou o contato de outras seis promotoras, que trabalham ou que já trabalharam nos processos movidos por mulheres vítimas. Escrevi para todas. Como eu já tinha o contato pessoal da Dra. Hiza Carpina, da 3ª ProSus do MPDFT, aproveitei para mandar um WhatsApp para ela, que também se colocou à disposição.

A primeira entrevista só aconteceu, de fato, no começo de janeiro.

1.3 Encontrar umas às outras

Caderno de campo, 17/01/2024

Ontem, 16 de janeiro, fiz as primeiras entrevistas da tese.

Depois de ter desmarcado duas vezes, Kelli me mandou uma mensagem por volta de 12h de ontem, dizendo que a entrevista poderia ser às 17h, na casa dela, no Riacho Fundo II. Eu estava no trabalho, mas achei que a oportunidade não poderia passar. Almocei e fui para casa buscar o material das entrevistas. Às 15h, saí para pegar o ônibus. Peguei o 0.30 até a W3 e desci na 716 para esperar algum ônibus para o Riacho. Dei sinal para o 811, mas o motorista não parou. O dia estava muito quente, e várias pessoas na parada reclamavam da demora dos ônibus e dos problemas de funcionamento das catracas. Depois de 25 minutos, consegui pegar o 813.2, que vai para o Recanto das Emas (mas não para o Riacho Fundo II).

Enquanto eu estava no ônibus lotado, Kelli me enviou uma mensagem dizendo que a entrevista seria na casa de Ivanise, outra mulher vítima do Essure. Ela mandou um endereço, mas não consegui identificar, na hora, onde ele ficava. Perguntei para uma senhora se ela conhecia o lugar para onde eu deveria ir. Ela me deu algumas orientações, e outra mulher no ônibus entrevistou. Elas debateram um pouco sobre qual seria a melhor parada para mim, e a segunda mulher, gentilmente, disse que poderia me sinalizar na hora de descer. Segui as orientações dela, desci e, já na rua, fui perguntando às passantes por onde deveria seguir.

Encontrei a quadra de Ivanise sem dificuldade, mas a casa específica parecia impossível de achar. Passei mais de vinte minutos subindo e descendo a rua, dando voltas e perguntando às pessoas onde poderia encontrar o endereço, mas ninguém conseguiu me ajudar. Liguei para Ivanise e expliquei onde eu estava. Ela disse que sua filha iria sair na rua para me buscar. Nesse exato instante, começou a cair uma chuva torrencial, que me molhou inteira, apesar das tentativas de me esconder embaixo dos telhados.

Por sorte, o temporal durou pouco, e logo consegui caminhar até encontrar a filha de Ivanise. Chegando à casa delas, tirei os tênis encharcados e entrei. À mesa, estavam Ivanise e Liliane, também vítima do Essure, e que eu não conhecia.

Pouco depois que cheguei, Ivanise se ausentou para resolver um problema em seu carro. Aproveitei a oportunidade para conversar com Liliane – que prefere ser chamada de Lily. Ela disse que passara a manhã inteira no Hospital de Santa Maria por conta das dores, e que estava muito sensibilizada. Pouco depois de se apresentar, ela me mostrou suas mãos, manchadas por conta da alergia ao níquel, que se manifesta constantemente desde que ela colocou o Essure. Mencionou como o dispositivo havia afetado sua vida social: antes, era uma pessoa alegre, sociável, bem-disposta. Atualmente, não tem mais energia para nada, e se sente frequentemente triste, cansada e sobrecarregada. Parte desse cansaço está ligado à busca pela cirurgia de histerectomia¹⁰, que ainda não conseguiu realizar. Disse que as mudanças em seu humor são percebidas por todos os amigos e familiares, e mencionou ter sido aconselhada por seus colegas do curso de inglês a fazer uma vaquinha online para arrecadar o dinheiro da cirurgia. Enquanto falava, as lágrimas vieram a seus olhos várias vezes.

Kelli chegou por volta de 18h. Ela não havia me dito que outras mulheres participariam da conversa. Na hora, achei melhor deixar o microfone portátil – que eu comprara para auxiliar na captação do som das entrevistas – de lado e tentar tocar o roteiro com as três, usando a captação ambiente do celular. Comecei apresentando a ideia da pesquisa e falando sobre os termos de consentimento. Elas se revezaram nas respostas. No começo, a conversa não foi muito fluida, cada uma foi respondendo “sozinha”, em blocos, mas, pouco a pouco, elas ficaram à vontade para interferir, acrescentar informações e comentar o que as outras estavam falando.

Durante a conversa, a filha de Ivanise trouxe um potinho de torradas com guacamole, que ela havia preparado para a ocasião, e suco de uva.

¹⁰ Histerectomia é o procedimento de retirada cirúrgica do útero. O termo, assim como suas classificações (histerectomia total, parcial, laparoscópica, etc.), faz parte do vocabulário das mulheres vítimas do Essure, que, como explorarei no capítulo 5, construíram uma proximidade com o léxico biomédico em razão de suas trajetórias de adoecimento.

A conversa durou entre 3h30 e 4h. Ao final, era perceptível o cansaço de todas nós, embora as mulheres o tenham negado. De modo geral, tenho a impressão de que teria sido melhor fazer entrevistas face-a-face, apenas com uma pessoa. Na ocasião, porém, essa opção não estava disponível, e acho que o papo foi bom. O único momento tenso, ainda que muito pequeno, foi quando perguntei se elas achavam que a Amveb fazia um trabalho feminista. Ivanise pulou para trás na cadeira e disse logo que não. Kelli foi mais discreta na resposta, mas também negou. Em sua visão, o trabalho é de saúde pública, de saúde da mulher. Senti que Lily não conseguiu responder abertamente – ela se limitou a dizer que concordava com as demais, mas é possível que a presença de suas “veteranas” na associação tenha a inibido um pouco.

Quando terminamos, por volta de 21h40, recolhi os TCLEs e deixei uma cópia dos termos com cada uma delas. Perguntei se a parada de ônibus mais perto dali era tranquila, e Ivanise disse que não. Após um pequeno debate sobre se iríamos todas andando até a casa de Kelli ou se elas me acompanhariam até a parada, Ivanise se voluntariou para nos deixar na avenida onde Kelli mora. Fomos todas de carro – inclusive a filha de Ivanise, que queria comer um “podrão” – e Kelli ficou esperando comigo até que um ônibus para o Plano Piloto passasse. Ficamos conversando sobre os “corres” da Associação, e Kelli me falou, com bom humor, sobre algumas saias-justas que tinha passado desde que começou a lutar pela causa das mulheres vítimas. Mencionei que admirava a leveza e a gentileza que ela parecia demonstrar diante de situações tão desafiadoras.

Peguei o ônibus até a Rodoviária, fiz a integração com um ônibus para o Varjão e cheguei em casa às 23h. Mandeí uma mensagem para Kelli dizendo que cheguei bem, comi um pouco de pão com leite, tomei um banho e dormi pesado.

Hoje, acordei atrasada.

O percurso dessa primeira entrevista (ou melhor, dessas três primeiras entrevistas) apontou-me vários elementos que eu iria encontrar dali em diante, principalmente durante as conversas presenciais. Em todos os lugares, fui recepcionada com generosidade, com abertura e, algumas vezes, até com um lanchinho. Sempre recebi recomendações de como chegar ao lugar combinado e, não raro, me despedi ouvindo indicações sobre a parada de ônibus mais segura. Apesar de alguns perrengues, – a chuva, a sinalização caótica das ruas do DF, o transporte público deficiente e inseguro –, me senti acolhida e cuidada.

Ao mesmo tempo, a conversa com Kelli, Lily e Ivanise impôs um ritmo que me ajudou a preparar melhor as entrevistas que viriam. Se eu não quisesse ninguém pulando para trás na cadeira ao ouvir sobre feminismo, por exemplo, eu teria que chegar a essa pergunta de forma mais sutil. Aos poucos, mudei o “você acha que o trabalho da Amveb poderia ser classificado como feminista?”, pergunta que encerrava o roteiro de entrevistas semiestruturadas, por um mais delicado “como você acha que trabalho da Amveb poderia ser classificado? Você já pensou nele como um trabalho feminista?”, mesclado ao bloco final de questões.

A estratégia para seguir com a pesquisa também foi combinada naquela mesa, com Kelli, Lily e Ivanise. Kelli me sugeriu elaborar um texto curto, com uma apresentação pessoal e um convite para as entrevistas, para que ela encaminhasse nos grupos de WhatsApp da Associação. Mandeí para ela no dia seguinte.

Olá, pessoal! Eu sou Ana Carolina Lessa Dantas, doutoranda em direito pela Universidade de Brasília com projeto de pesquisa intitulado "Direitos sexuais e reprodutivos em disputa: a mobilização de mulheres vítimas do dispositivo Essure no Distrito Federal".
A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CAAE: 71198323.0.0000.5540), compreende a realização de **entrevistas com mulheres vítimas do Essure** e com profissionais do sistema de justiça que atuam ou que atuaram nas demandas ligadas ao Essure no Distrito Federal. Cada entrevista é composta por um bloco de nove perguntas, com duração total estimada de uma hora.
Com a pesquisa, espero construir uma narrativa sobre o caso Essure que contemple, em primeiro plano, as perspectivas das mulheres afetadas pelo dispositivo e dos profissionais responsáveis por dar seguimento ao caso no sistema de justiça, bem como dar visibilidade à mobilização de mulheres vítimas do Essure no Distrito Federal. Além disso, espero acumular informações a respeito das potenciais violações de direitos sexuais e reprodutivos relacionadas ao uso do dispositivo Essure no Distrito Federal.
Caso você seja uma mulher vítima do Essure e tenha interesse em participar da pesquisa, você pode entrar em contato comigo através dos seguintes contatos: (85) 98778.3133 e anacarolinaldantas@gmail.com
Fico à disposição para tirar dúvidas, para esclarecer detalhes da pesquisa e para combinar eventuais datas e horários 🌸 11:17 ✓✓

Funcionou. Kelli encaminhou meu convite no mesmo dia. No final da tarde daquele 17 de janeiro, comecei a receber mensagens de várias mulheres, e já fui respondendo com convites para entrevistas na semana seguinte. Pedi para que Kelli repetisse o convite outras duas vezes, em 01 de fevereiro e em 15 de abril, conforme as entrevistas agendadas iam escasseando.

Ao todo, onze mulheres entraram em contato comigo pelo WhatsApp e três, por e-mail. Embora tenha respondido rapidamente a todos os e-mails, não obtive retorno de ninguém que optou por esse canal. Já por WhatsApp, consegui estabelecer uma conversa com todas que me deram “oi”. Dessas, duas pararam de responder e nove acabaram realizando as entrevistas. Contando com a primeira entrevista tripla, portanto, entrevistei doze mulheres vítimas do Essure, entre 16 de janeiro e 22 de abril de 2024.

Sete das entrevistas foram feitas presencialmente. As outras cinco aconteceram por chamada de vídeo, através do próprio WhatsApp. A escolha de como e onde fazer a entrevista sempre ficou a cargo das mulheres, enquanto as datas e os horários foram negociados em conjunto, tentando adequar minha agenda de trabalho formal à rotina das entrevistadas. Em todos os casos, captei somente o áudio das entrevistas, usando o aplicativo “Gravador de Voz”.

Embora as conversas por vídeo tenham sido muito proveitosas, os encontros presenciais permitiram um deslocamento dos meus espaços habituais de vida e de trabalho, possibilitando uma conexão mais próxima com as mulheres. Conheci a casa delas, suas vizinhanças, os ônibus que pegam para ir (tantas vezes) aos hospitais do Plano Piloto. Para mim, que não nasci no Distrito Federal, mas que moro em um lugar central e privilegiado, isso também significou conhecer regiões administrativas pelas quais eu nunca tinha passado.

Quando nos encontramos pessoalmente, também pude recolher a assinatura das entrevistadas no TCLE e deixar uma cópia física do documento com elas. Nas entrevistas online, enviei uma versão digital do Termo por WhatsApp, antes das chamadas de vídeo, e pedi, expressamente, que elas dessem o consentimento de forma oral. Invariavelmente, apresentei o TCLE no início das entrevistas, antes de começarmos, e voltei a ele ao final, momento em que perguntei a minhas interlocutoras se elas gostariam que lêssemos o texto juntas, em voz alta. Foi também ao final que perguntei se elas gostariam que seus nomes verdadeiros aparecessem nos trabalhos decorrentes da pesquisa. A princípio, só uma pessoa, Ivanise, havia optado pelo anonimato, por conta de uma situação familiar. Escrevi toda a tese usando um nome fictício para me referir a ela. Quando enviei a versão preliminar do trabalho às mulheres vítimas, a título de devolutiva, ela disse que eu poderia usar seu nome verdadeiro. Mais sobre isso em breve.

Caderno de campo, 06/02/2024

Hoje, fiz minha primeira entrevista com uma profissional do sistema de justiça, Hiza Carpina, da 3ª Prosus do MPDFT.

Ela havia remarcado nossa agenda, que seria semana passada. Hoje, perguntou-me se haveria problema em fazermos a reunião remotamente – eu disse que não, apenas pedi para adiarmos o horário, das 14h30 para as 16h30. Estou tentando me ausentar menos do trabalho.

Às 16h, vim para casa. Passei no apartamento novo, que está em reforma, para ver como estavam caminhando a pintura e a instalação dos vidros. Tudo certo, subi para casa.

Mande o TCLE para Hiza pelo WhatsApp, por onde ela também havia me enviado o link do Teams.

A chamada foi tranquila, mas, nos primeiros minutos da entrevista, notei que meu celular estava piscando. Logo em seguida, ele apagou completamente. Pedi licença para colocá-lo para carregar, demonstrando alguma preocupação com a gravação de nossa conversa. Rapidamente, ela se dispôs a gravar a reunião pelo próprio computador e me enviar o link quando acabássemos. Agradei muitíssimo.

Depois que terminamos, por volta de 17h40, fiquei um bom tempo tentando fazer o celular voltar à vida. Não deu. Vou ter que procurar uma assistência técnica amanhã.

Eu já havia entrevistado seis mulheres vítimas quando conversei com Hiza, minha primeira agenda com uma profissional do sistema de justiça. Apesar dos contatos iniciais terem seguido caminhos bastante distintos, a dinâmica das entrevistas foi similar entre os dois grupos. Ao contrário das mulheres ligadas à Amveb, que me procuraram voluntariamente após o anúncio da pesquisa, a agenda com as promotoras do MPDFT – Hiza Carpina, Alessandra Morato e Cíntia Costa – foi pactuada por e-mail institucional, em conversa com a secretaria de cada promotoria. No caso de Rita Lima, defensora pública no DF, tive que fazer um percurso um pouco maior: procurei um amigo, também defensor, que me colocou em contato com a coordenadora do Núcleo de Defesa das Mulheres da Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF). Ela disse que não poderia me ajudar, mas me passou o número de telefone de Rita, que atuou nos casos ligados ao Essure entre 2020 e 2021. Conversamos pelo WhatsApp e marcamos uma conversa para o final de fevereiro.

Não tive retorno de quatro dos sete e-mails que mandei para promotorias do MPDFT, nem tampouco consegui resposta do escritório de advocacia que representa as mulheres vítimas, embora tenha tentado contato por e-mail, WhatsApp, DM do Instagram e telefone. Por recomendação de Rita, também tentei contato com um defensor do Núcleo da Saúde da DPDF, mas não conseguimos compatibilizar um horário.

Ao final, entrevistei quatro profissionais do sistema de justiça entre 06 de fevereiro e 17 de maio de 2025. Dessas conversas, três aconteceram virtualmente, pela plataforma Microsoft Teams, a partir de links criados voluntariamente pelas próprias entrevistadas. A última entrevista foi feita presencialmente, a pedido meu – eu queria entrar, pelo menos uma vez, na sede do MPDFT. Nessa

ocasião, consegui coletar a assinatura do Termo de Consentimento manualmente. Nas entrevistas online, enviei os TCLEs por e-mail ou WhatsApp, e as entrevistadas me devolveram o arquivo assinado digitalmente. Nenhuma delas quis ser anonimizada.

1.4 Saber parar, saber seguir

A decisão sobre parar as entrevistas, no final de maio de 2024, foi mais simples do que imaginei. Na primeira divulgação da pesquisa no grupo das mulheres vítimas do Essure, sete mulheres me procuraram. Na segunda divulgação, o número baixou para seis. Na terceira e última, em abril de 2024, só uma mulher entrou em contato comigo. Àquela altura, eu tampouco estava tendo algum retorno das promotorias, apesar de ter reiterado os primeiros e-mails. Senti que poderia ter atingido um limite naquele momento, e achei melhor não insistir.

Contribuiu para essa sensação um caso de adoecimento grave na família, que me mobilizou entre meados de abril e final de junho, quando, infelizmente, o desfecho foi o luto. Nesse estado de suspensão que as doenças costumam impor, é difícil pensar na pesquisa como uma prioridade, e não tentei lutar contra isso. Resolvi encerrar a procura mais ativa, mantendo-me aberta e atenta para as oportunidades que surgissem.

E surgiram – mas não exatamente para a pesquisa. Em agosto, assumi um novo emprego e, rapidamente, fui atropelada pela quantidade de coisas novas: pessoas, atividades, procedimentos, disciplinas. Nesse mesmo período, o Cravinas suspendeu suas atividades regulares e passou por um processo de reformulação; no novo formato de trabalho, eu não continuaria mais na clínica. De tempos em tempos, eu me pegava atormentada por não ter sequer qualificado o projeto da tese, mas a atenção e a energia logo iam parar em outro lugar.

No dia 28 de agosto, eu estava na Escola Nacional de Administração Pública (Enap), onde fazia o curso de formação para o novo trabalho, quando recebi algumas mensagens de Kelli no WhatsApp.

Bom dia amore 12:49
Tava aqui lendo sua pesquisa 13:33
Ficou ótima 13:33
Muito bom 13:42
Obrigada mesmo 13:43
Muito importante essas pesquisas 13:43

Ela estava se referindo a dois artigos publicados no final de 2023 (Dantas, 2023a, 2023b), e que eu havia mandado para ela em janeiro. Não vou mentir, fiquei tocada em saber que não só ela

tinha lido, mas achado *importante*. Foi a motivação necessária para começar a trabalhar em um texto (uma versão inicial deste capítulo) que me permitisse apresentar, mesmo que capengando, um material para a qualificação.

A banca de qualificação coincidiu com o encerramento do curso de formação, no dia 20 de setembro de 2024. Foi um dia feliz. Senti alívio por ter dado tudo certo e alegria por ter reencontrado pessoas queridas. Estava animada com a pesquisa, com o tanto de caminhos interessantes para explorar. Era a chance de começar, pouquinho a pouquinho, a me aprofundar nas entrevistas e a escrever, de fato, a tese. Mas deixei passar.

Caderno de campo, 01/07/2025

Volto a esse diário, quase um ano depois.

Hoje, tentei começar um esforço mais consistente de trabalhar no doutorado, depois de um longo período fazendo coisas de forma meio errática, quando dá. Falei com Igor, meu chefe, e incluí um produto sobre a tese no meu plano de trabalho. Também pedi a ele licença para dedicar umas horas, no início da manhã, à tese, o que implica chegar mais tarde ao trabalho. Ele topou, contanto que eu não falte a nenhuma reunião ou compromisso presencial¹¹.

Voltei a ler minha nota metodológica e minhas anotações de pesquisa que estavam espalhadas em caderninhos variados. É bom ver que, ainda que pouco, já há algo feito, um chão no qual pisar.

Seria bom saber se as coisas mudaram muito desde que parei de acompanhar a associação de perto, por isso, já perto das 9h, mandei uma mensagem para Kelli, perguntando como ela estava e se ela poderia fazer uma nova entrevista. Ela topou, acrescentando que está escrevendo o TCC e que vai usar um dos meus artigos. Fiquei emocionada na parada de ônibus.

Ficamos de nos encontrar na semana que vem, ela ainda vai ver o melhor dia. Vou organizar um mini roteiro para nosso encontro.

¹¹ N.A. [Nota Atrasada]: a estratégia não funcionou! Porque sempre havia algo a fazer, segui chegando ao trabalho no horário habitual. Só em setembro, iniciei uma rotina mais consistente e diária de escrita, à noite.

Reencontrei Kelli na última quarta-feira de julho. Havíamos combinado às 15h, no Santa Maria Shopping. Como sempre, o receio de me atrasar fez com que eu saísse do trabalho cedo demais. Peguei o BRT até o Terminal de Santa Maria e, na sequência, um ônibus circular que me deixou na frente do shopping. Acabei chegando uma hora antes do marcado.

Kelli chegou por volta de 15h15. Mal nos abraçamos, ela já foi logo pedindo desculpas pelo atraso: o WhatsApp de sua cunhada havia sido clonado, e ela estava tentando descobrir o CPF dos golpistas para fazer uma denúncia. Ela me mostrou a tela do celular. Após chamar o golpista de “vagabundo” e dizer que faria um boletim de ocorrência, ele respondeu com um vídeo pornográfico. Ela estava indignada, mas ria da situação.

Depois de Kelli encaminhar mais algumas mensagens, nos sentamos ao fundo da praça de alimentação, em frente ao Giraffas, para conversar. Como um dos restaurantes ocupava o ambiente inteiro com música alta, pedi para usarmos os microfones de lapela. Eu tinha certeza de que a gravação ficaria péssima, mas estava mais interessada em ter uma conversa informal, então não sugeri mudarmos de lugar.

Eu queria saber sobre como havia sido o último ano para ela, para a associação e para as mulheres que ela acompanhava, mas praticamente não precisei fazer perguntas. Os assuntos foram surgindo. Kelli falou bastante e, mais para o final da conversa, comecei a intervir mais e a dar minha opinião. No final das contas, saí mais animada do que quando cheguei, e acho que ela também.

Ficamos esperando até que o marido de Kelli saísse do trabalho para buscá-la, ali por volta de 17h30. Nos despedimos, peguei um circular e fiz o caminho de volta. Assim que entrei no BRT, gravei alguns áudios para mim mesma, para registrar as impressões mais frescas. Pela janela, no final da tarde, o sol se punha atrás do mato já seco do Distrito Federal.

Em nosso último encontro, Kelli recomendou que eu falasse com Gislane, uma das diretoras da Amveb. Eu já a conhecia das manifestações promovidas pela associação, então mandei uma mensagem pelo WhatsApp. Ela se mostrou muito aberta a fazer uma entrevista, mas, no meio da correria do seu dia a dia, nunca surgia um momento livre para isso. Depois de três tentativas, propus que conversássemos pelo próprio aplicativo. Eu mandaria o TCLE e algumas perguntas, e ela poderia responder no formato que preferisse, quando tivesse tempo. Deu certo. Ela optou por me responder

por escrito e, a partir de sua devolutiva, fui fazendo novas perguntas, até cobrir mais ou menos todos os aspectos do roteiro inicial.

Essa conversa aconteceu entre dezembro de 2025 e o início de janeiro de 2026. Ela marcou o fim das entrevistas oficiais para a tese. Ao todo, foram 18: 14 com mulheres vítimas (treze mulheres, mas Kelli foi entrevistada duas vezes), e quatro com profissionais do sistema de justiça. Usei o software TurboScribe¹² para fazer uma primeira versão das transcrições das entrevistas e, na sequência, voltei aos textos transcritos para fazer uma revisão humana, manual e trabalhosa.

À exceção de Kelli, com quem troquei mensagens durante todo o processo de escrita, para confirmar informações e tirar dúvidas, só voltei a conversar com as entrevistadas após terminar a versão preliminar do texto. Enviei o arquivo da tese, ainda não revisado, para todas no dia 10 de março de 2026, junto de um áudio explicando a organização do arquivo¹³. Pedi para que elas avaliassem o uso de seus nomes e falas e me dissessem, se possível, o que acharam do trabalho como um todo.

Até fechar esta versão do arquivo, recebi retorno de duas vítimas e de uma profissional do sistema de justiça. Cíntia, do NDH/MPDFT, me desejou sorte na defesa e disse que o trabalho lhe pareceu “dedicado e, sobretudo, empático”. Dentre as mulheres vítimas, Lily pediu que eu consertasse um erro de grafia em uma de suas falas – o que já fiz – e disse que a tese ficou “muito boa”. Ivanise achou o texto “ótimo” e afirmou que eu poderia usar seu nome verdadeiro no trabalho. Interpretei isso como um elogio, um sinal de que ela se sentia segura e bem representada.

A maioria das mulheres não deu retorno. Compreendo. O texto é grande, o que demanda tempo e atenção para a leitura, e está em formato virtual, o que exige um equipamento compatível. O desafio de comunicar os resultados e os produtos da pesquisa, então, permanece. Espero encontrar, em parceria com a Amveb, formas mais acessíveis de devolutiva para as vítimas do Essure, em breve.

¹² O TurboScribe foi um dos dois usos de inteligência artificial em toda a tese. O outro foi o JusIA, mecanismo de busca e síntese do portal de jurisprudência JusBrasil. Utilizei a JusIA para facilitar a busca e a seleção de decisões judiciais ligadas ao Essure. A revisão textual foi feita de forma humana (em todos os sentidos) pelo amigo Vinicius Prado Januzzi.

¹³ Para cada pessoa, indiquei, por áudio, os capítulos em que eu havia citado seus nomes ou suas falas. Deixei claro que elas poderiam pedir para que eu revesse o uso ou excluísse totalmente o trecho. Ressaltei que eu enviaria a versão final da tese depois da publicação no Repositório da UnB e solicitei que, até lá, elas não compartilhassem o arquivo com ninguém. Todas as entrevistadas responderam à mensagem inicial informando que haviam entendido e que me dariam um retorno.

1.5 Poder contar

Antes de encerrar este capítulo, coloco uma questão, aquela que atormenta tantas pós-graduandas. Como escrever? Me fiz essa pergunta várias vezes ao longo dos meses – melhor, anos – em que me debati com a escrita da tese. A pergunta tem dois sentidos. O primeiro vem com um fundo de desespero: como encontrar tempo e energia para ler, fichar, organizar documentos, planilhar, ter ideias, colocar tudo no papel, se o trabalho (a vida) não para de acontecer? *Como escrever? Parece impossível.* Não obstante, aqui estamos.

O segundo sentido é da ordem da linguagem e, sobretudo, de meus limites com ela. Pensei muito em como ser justa com as palavras e com os sentimentos das mulheres com quem conversei. Digo sentimentos, não digo *dor* – a dor existe e ocupa muitas linhas, mas ela divide espaço com a raiva, a indignação, a empatia, o humor. As palavras, portanto, importam. Mas, então, *como escrever?*

Penso, de novo, nas mulheres. Algumas são colegas; é o caso de Soraya Fleischer (2018) e Andressa Moraes (2020), que me inspiraram a usar os cadernos de campo na trama da escrita. Outras, porém, não fazem ideia de quem eu sou. São escritoras, jornalistas, acadêmicas, mulheres que moram longe e que, de lá, mostram como falar do mundo.

Por exemplo. Svetlana Aleksiévitich, autora bielorrussa premiada com o Nobel de Literatura em 2015, desenvolveu um gênero literário próprio, que chamou de “romance de vozes” (Lucena, 2020; Lisboa, 2021). Seus livros (Aleksiévitch, 2016a, 2016b, 2016c, 2018, 2020) se estruturam a partir da reprodução bruta de testemunhos, com trechos de diferentes entrevistas elencados em sequência, sem praticamente nenhuma mediação. Na obra *A guerra não tem rosto de mulher*, que reúne depoimentos de mulheres que defenderam a União Soviética na Segunda Guerra Mundial, Aleksiévitich tece a narrativa da guerra feminina para fazer frente ao silêncio imposto pelo Estado, pelo trauma e pela morte (Lisboa, 2021).

O sofrimento coletivo e seus algozes – como a resistência, o acolhimento e o cuidado – também estão presentes nos trabalhos da mexicana Cristina Rivera Garza. Em *O Invencível Verão de Liliana*, Garza (2022) reconstrói a história de sua irmã, Liliana, vítima de feminicídio aos 19 anos. Na busca por retratar esse acontecimento brutal, a autora não só consulta inúmeras fontes, mas as reproduz: entrevistas, cartas, páginas de caderno preenchidas com adesivos. Os registros domésticos, banais, dividem espaço com o mundo público que se estabelece após o crime, reconstituído por meio das notícias, dos depoimentos policiais e das incursões da família vitimada à procuradoria. Aos poucos, a trajetória de Cristina e Liliana Garza se confunde com a história das mulheres que vivem e morrem na América Latina.

O viver e o morrer em um contexto marcado por violências materiais e simbólicas comporta muita coisa além de sofrimento. Isso nos lembra Saidiya Hartman (2022), em seu livro *Vidas rebeldes, belos experimentos*, no qual revisita a biografia de mulheres e pessoas *queers* negras no começo do século XX. Interpelando documentos e registros públicos, Hartman oferece uma contranarrativa sobre pessoas consideradas *problemáticas* pelos agentes de Estado da época. As *encrenqueiras* se tornam, pela lente da autora, figuras de resistência e transformação em um cenário assolado pelo racismo. Mesmo “exaustas como estão, [elas] não cedem, tentam abrir caminho sem ter saída, tentam não ser derrotadas pela derrota” (p. 363). Cabe a elas imaginar uma sociedade melhor.

Talvez por já estar cursando doutorado quando li essas obras, vislumbrei nelas semelhanças com o caso Essure. São pontos de contato que, embora pequenos, convidam à criatividade. Sinto que é preciso um pouco de audácia para dizer que me inspiro na literatura e, por isso, preciso deixar claro que não tenho pretensão de fazer algo próximo de Svetlana Aleksievitch, Cristina Rivera Garza ou Saidiya Hartman. Penso nessas autoras porque, a suas maneiras, elas conseguiram comunicar eventos coletivos traumáticos – os horrores da Segunda Guerra, o feminicídio de uma irmã, e o peso da segregação racial norte-americana – sem cair em uma descrição anódina. Olho para elas, assim, para olhar melhor para as mulheres que entrevistei, e para tentar comunicar coisas que eu, por não as ter sentido, só imagino entender.

Lembrar dessas autoras enquanto escrevo é, mais uma vez, não estar só.

P.S.: Por acreditar, repito, que palavras importam, preciso esclarecer que, ao usar o termo *mulher* ao longo desta tese, estou quase sempre me referindo a mulheres cisgênero, que compõem todo o grupo de pessoas que entrevistei. Essas mulheres, à exceção das que trabalham no sistema de justiça, costumam se intitular *vítimas do Essure* ou, com menos frequência, *mulheres/meninas do Essure*. A palavra vítima, para elas, não remete apenas à violência sofrida, mas à identidade política que constroem coletivamente, como veremos no capítulo 4. Daí o uso constante que faço da expressão *mulheres vítimas* (com o perdão da supressão de “do Essure”, para evitar repetições insuportáveis).

Capítulo 2 – O Essure não tem rosto de mulher: as vítimas do dispositivo contam sua história

O que me ajuda? O que me ajuda é estarmos acostumadas a viver juntas. Em comunidade. Somos gente da comunhão. Tudo entre nós acontece na presença dos outros – tanto as alegrias quanto as lágrimas. Somos capazes de sofrer e contar o sofrimento. O sofrimento justifica nossa vida dura e sem graça. Para nós, a dor é uma arte. É preciso reconhecer que as mulheres se lançam nesse caminho com coragem...

Svetlana Aleksíévitch, em *A guerra não tem rosto de mulher*

Existem muitas histórias possíveis sobre o Essure no Distrito Federal. Há a trajetória social do dispositivo: o desenvolvimento da tecnologia, a avaliação técnico-científica, a incorporação no sistema de saúde, o monitoramento de efeitos, o surgimento das controvérsias. Esse percurso, e os sentidos a ele atribuídos, me interessam. Mas não agora. Não existe história sobre o dispositivo biomédico sem as mulheres que tiveram seus corpos e suas vidas marcados por esse projeto de esterilização. Elas, portanto, precisam começar a contar.

Este capítulo não é composto pela narrativa de uma mulher específica. Ele é um quadro polifônico, formado pelas vozes das treze mulheres vítimas que entrevistei. Cada uma delas tem sua experiência e sua forma de falar sobre ela, mas todas circulam em um espaço comum: a vida antes, durante e depois do encontro com o Essure.

Em seu livro *A guerra não tem rosto de mulher*, Svetlana Aleksíévitch (2016b) afirma que seu objetivo, ao entrevistar mulheres soviéticas sobre a Segunda Guerra é,

[...] antes de mais nada, extrair a verdade daqueles anos. Daqueles dias. Sem falsear os sentimentos. [...] É impossível chegar muito perto da realidade, cara a cara. Entre a realidade e nós existem os nossos sentimentos. Entendo que estou lidando com versões, cada um tem a sua, e delas, do volume e do cruzamento delas, nasce a imagem do tempo e das pessoas que vivem nele. (p. 17-18)

Entendo que esses testemunhos¹⁴, aqui, não são uma forma “menor” de falar sobre – ou melhor, de produzir conhecimento sobre – o Essure¹⁵. Eles são a forma viva (situada e corporificada) de entender o dispositivo. São, para parafrasear Aleksíévitch, uma imagem do artefato e das pessoas que vivem com ele.

¹⁴ A partir de contribuições de Debora Diniz e Ivone Gebara (Diniz, 2021; Diniz e Gebara, 2022), Mariana Paris (2022) compreende testemunho como um ato de fala feminista para o registro e a memória de violências reprodutivas contra mulheres. Mais do que narrar um acontecimento, o testemunho tem, em sua visão, o objetivo de interpelar os poderes e contribuir para a transformação da realidade.

¹⁵ Abordarei a dimensão epistêmica da experiência das mulheres no capítulo 5.

Veena Das (2008), ao refletir sobre a capacidade de comunicar e de dar sentido a eventos coletivos dolorosos, nos provoca a pensar sobre o lugar da experiência direta das vítimas na compreensão pública destes eventos.

Não estou sugerindo que a experiência da vítima possa nos falar clara e diretamente, sem a mediação da reflexão intelectual. O que quero sugerir, no entanto, é que as estruturas conceituais de nossas disciplinas — ciências sociais, direito, medicina — levam a uma transformação profissional do sofrimento que priva a vítima de sua voz e nos distancia da imediatez de sua experiência. Na memória de um evento, tal como organizado e consagrado pelo Estado, apenas a voz do especialista pode ser reconhecida, o que, com o tempo, adquire certo tipo de permanência e obscurece a maneira como o evento pode ter sido vivenciado pela própria vítima. (p. 410)

Sempre haverá algo de inapreensível no sofrimento do outro, mas quero tentar, talvez, encurtar as distâncias entre nós, que lemos e pensamos sobre o caso do Essure, e as mulheres que o vivem. Os trechos a seguir sofreram poucas modificações em relação à fala original. Suprimi o início de frases que, no meio do caminho, mudaram de rumo; ajustei datas que, ao longo da entrevista, foram corrigidas; e uni falas sobre um mesmo acontecimento que, por uma ou outra razão, foram mencionadas em momentos diferentes da conversa. Sei que, ao editar (cortar, colar, definir uma ordem), eu também participo e exerço poder sobre essa narrativa. A despeito disso, tentei, com as mudanças, facilitar a compreensão dos depoimentos e preservar o sentido original, apesar do deslocamento do contexto.

Eu tenho 43. Na época que eu coloquei o dispositivo, eu tinha 32. Eu coloquei o dispositivo dia 22 do 12 de 2012. Minha filha menor estava com 2 anos, tinha uma filha com 4 anos, um com 6 anos e outro com 8 anos. Hoje, estão todos maiores. A menorzinha vai fazer 14, a outra vai fazer 17, o outro fez 18 e o outro fez 23. Quando eu fiz a laqueadura, eu estava com 32 anos, eu estava com esse pedido pra fazer a laqueadura desde 2008, quando eu tive minha terceira filha, que eu saí de um relacionamento e eu não queria ter mais filhos. Então, meu pai que assinou essa [ata da] laqueadura, por isso que tem a assinatura do meu pai, porque eu não era casada. Foi até um ponto de uma entrevista que eu fiz, justamente por isso, por eu não ser casada, mas eu já tinha mais de 2 filhos e já tinha 32 anos, não tinha necessidade do meu pai assinar, mas mesmo assim eles exigiram isso e meu pai teve que assinar. Só que não deu certo fazer a laqueadura e eu fiquei na fila pra esperar pra fazer a laqueadura. Só que, nesse meio tempo, eu conheci meu atual marido, que, hoje, a gente está com 15 anos juntos, 16 anos juntos, e aí eu acabei engravidando da Maria Clara em 2010. E aí, depois eu falei “não, não quero mais ter filhos”, por isso que eu resolvi fazer a laqueadura.

E aí, quando me chamaram pra fazer a laqueadura, em setembro de 2012, eu ainda morava na Ceilândia, não morava no Riacho Fundo II, morava na Ceilândia, e aí eu fui pra uma palestra no Hospital da Ceilândia, pra falar sobre a laqueadura. Não sabia o que seria essa laqueadura, pra mim seria a laqueadura tradicional, como minha irmã fez, que ela corta lá as trompas, amarra assim... Pra mim seria aquela, não sabia que seria essa. Nesse dia, eles explicaram como seria, que não seria por corte, que seria bem rápido, que no outro dia eu poderia ir trabalhar... E, na época, uma coisa que eu detestava era colocar atestado, aí eu falei “ah, isso é maravilhoso”. Na época, eu trabalhava na limpeza de uma escola. E eu falei: “maravilha, não precisa dar atestado, não precisa se afastar do serviço, principalmente cortar minha barriga, porque meus partos foram todos normais”. E eu, a primeira coisa, quando eles falaram dessa laqueadura, eu falei “nossa, que maravilha, a gente não vai precisar cortar a barriga”. Por isso que eu fiquei mais animada em fazer ela, e que não doía e tudo mais... Aí por isso que eu aceitei, e aí a gente assinou um termo que [dizia que], pra retirar, tinha que perder o útero. [Dizia que] Se você se arrependesse, não tinha como voltar atrás, não tinha como você engravidar, não tinha como reverter... “é isso que você quer?” Eu falei: “lógico, claro que é isso”.

[Kelli Luz]

Por que eu queria [fazer uma esterilização]? Porque, assim, eu tenho... Tive seis filhos. Tenho cinco, né? E a vida para criar filho não é fácil, né? E o que que acontece? Eu ia colocar o DIU ou a laqueadura. Por quê? Porque onde a gente mora, a situação não é legal, né? E eu já tinha 35 anos, se eu não me engano.

[Kelly Cristina]

Na verdade, desde o meu segundo filho – eu estava com 24 anos na época – eu já queria fazer uma laqueadura, porque eu não queria tantos filhos. Primeiro, porque os recursos financeiros hoje em dia não são fáceis, e a educação, no mundo de hoje, é mais difícil ainda. Então, eu já queria ter parado no meu segundo filho. Mas a orientação que eu recebi do posto é que, por lei, não fazia, pela minha idade e porque eu também só tinha dois filhos. Se viesse a acontecer alguma coisa com algum deles, eu pudesse me arrepender no futuro, não seria possível reverter. Então, não quiseram me deixar nem participar daquela reunião do planejamento familiar. Não me deixaram nem participar da reunião, e muito menos liberar uma ata. Porque, na época, a gente teve que fazer uma ata de laqueadura, assinada pelo esposo, registrada em cartório. Então, não me passaram essa permissão para fazer a laqueadura. Então, eu fiquei aguardando. Nesse prazo que eu fiquei aguardando, cinco anos, tive outra filha, logo

dois anos depois do meu segundo. Tive outra filha e, depois dela, fiquei cinco anos aguardando esse processo [de esterilização] que nós fizemos.

[Emanuele Simoni]

Eu tenho duas filhas. Eu tive pré-eclâmpsia na primeira [gestação], só que, dentro de alguns meses, eu engravidei da segunda. E também tive as complicações da gravidez. Então, logo na gravidez da segunda, eu já comecei a fazer acompanhamento no posto de saúde, né? E já entrei com o processo da laqueadura. Eu realmente não queria ter filho mais, e ainda mais veio esse problema de saúde, então, eu precisei, realmente, fazer a laqueadura. Foi uma opção minha, realmente. Aí que veio o posto de saúde. Era pra eu ter feito a laqueadura, aquela de corte, né, já no momento do parto. Só que o parto foi muito rápido, da segunda [filha], né? Então, quando eu cheguei no hospital, eu já estava com 10 centímetros [de dilatação]... dentro de alguns minutos, a criança já nasceu. Então, não deu tempo, né, de preparar pra fazer a laqueadura. Até então, eu já estava com a documentação toda pronta pra laquear, mesmo, só que não deu tempo. Então, me colocaram na fila de espera. Tive ela em setembro, né? Foi muito, muito rápido.

Quando foi em meados de janeiro, aí o posto de saúde chamou a gente. “Não, porque a gente vai fazer um mutirão de cirurgias, e, como o seu nome tá aqui...”. Aquela coisa toda, né? Concordei. Fiquei super feliz, né? Já tinha passado o resguardo. Já estava apta para fazer uma cirurgia. Só que... Quando me apresentaram o método contraceptivo, não seria a laqueadura de corte. Seria a implantação do Essure.

Aí, teve todo um outro processo. Fui pro posto de saúde, teve consulta com o psicólogo, né? Se realmente queria laquear, porque essa laqueadura era uma inovação no Brasil e no mundo. Porque ela era menos invasiva, não era por corte. Eu achei até interessante a explicação que eles deram, porque eles falaram que a laqueadura de corte, ela corta as trompas, vira elas e amarra. Então, estava acontecendo muito desse nó, essa amarração que eles fazem, se soltar e a trompa voltar pro lugar, o corte se restabelecer e a pessoa voltar a engravidar. É por conta disso que tem muita gente laqueada que engravida, porque é isso que acontece. Então, achei... E o Essure, não. [Eles disseram que] o Essure era um dispositivo, colocava nas trompas e que o útero, ele criava uma pele, uma gordura ao lado desse Essure, que realmente bloqueava todo o acesso, né? Bloqueava as trompas e não tinha como voltar e que, realmente, pra engravidar de novo, só através de uma inseminação artificial. E que, pra sair, só se retirar tudo. E a única informação correta que eles passaram é que o Essure não sai. E pra tirar o Essure, teria que retirar o útero e as trompas. Essa foi a única informação correta.

Mas, assim, a gente é leiga, né? Eu sou leiga na área de saúde, não sei de nada. Se o governo, se o posto de saúde, se médicos estão me falando que é bom, eu vou acreditar. Eu vou acreditar, “não, porque é uma inovação, é melhor pra você, não vai ser por cirurgia, vai ser como se fosse uma transvaginal que você vai fazer, você não vai pegar uma anestesia geral”. Então, assim, pra mim foi maravilhoso. Caramba, que top, né? Aceitei fazer, não via a hora de colocar.

[Caira]

Eu tava atrás de fazer laqueadura mesmo. Eu não conseguia, a primeira vez que eu tentei, porque eu era de menor. Eu tinha menos de 21 anos. Aí, depois, o meu marido tinha que aprovar. Sempre tinha uma dificuldade, entendeu? Mas eu queria fazer mesmo era a laqueadura, e não esse procedimento, dispositivo. Aí, me foi apresentado o dispositivo no [serviço de] planejamento familiar, lá no posto da unidade de saúde aqui, de onde eu moro. Aí fez uma reunião com bastante mulheres. Nesse dia, foi apresentado só flores. “Você não sente dor”. “Você pode trabalhar no dia seguinte”. “Não tem corte”. Só coisa bonitinha, [falaram] pra gente. Mas o meu erro foi não ter pesquisado. Porque, se eu tivesse pesquisado, eu não estava lascada em banda como eu estou hoje. Desculpa a palavra.

[Lily]

Então, quando eu me vi nessa situação de estar grávida, eu busquei o posto de saúde, a equipe de planejamento familiar, para entrar com o processo de solicitação de laqueadura. Casada, tinha todo um critério: você tinha que ter acima de 25 anos, ser casada, pelo menos dois filhos com o mesmo pai, tinha um critério que você tinha que atender. Eu me enquadrava em todos, e eu estava muito consciente de que eu não queria mais ter filhos, porque eu não queria simplesmente ter filhos e, “ah, ok”... Eu queria dar condições a esses filhos terem acesso à educação de qualidade, terem acesso a lazer e cultura, e para a estrutura de onde eu vim, para aquilo que eu tinha, eu sabia que eu não poderia fazer isso com muitos filhos.

Então, eu tinha muito planejadinho na minha cabeça que dois filhos, ok, eu consigo, dentro disso que eu projetei, eu consigo dar a eles aquilo que é necessário. Mais que isso, não. E, enfim, entrei em consenso com meu marido, conversei com ele, para ele também, assim, foi viável, ele entendeu que era viável que a gente se programasse para ter dois filhos. E aí, com o consentimento dele, porque precisava também dele assinar toda a documentação também, né, favorável e tudo, eu

passei pela... era uma banca, né, digamos assim, que eles te fazem alguns questionamentos, perguntam se você vai se arrepender, etc. e tal, mas eu estava muito consciente de que eu queria isso, né, era a minha vontade.

Assinei todos os papéis e aí, ao longo da minha gravidez, fui participando das palestras, tem um número de palestras de que você precisa participar, tem um acompanhamento que você faz... Só que, quando eu entrei nesse grupo de planejamento familiar, o que o SUS oferecia, à época, era laqueadura tradicional, que é aquela laqueadura que passava por um procedimento cirúrgico e fazia a costura das trompas. Isso, para mim, assim, apesar de ser invasivo, porque eu, à época, eu tinha plano de saúde, eu ia ter a minha filha de parto humanizado, mas eu ia precisar passar por um procedimento cirúrgico porque era minha vontade passar pela laqueadura. Aí eu busquei esse aparato no SUS.

Quando eu estava perto dos, sei lá, nove meses, um pouco antes, sete para oito meses, a ginecologista responsável pelo planejamento familiar, ela chamou essas mulheres que estavam na fila, eu era uma delas, e informou que tinha um procedimento novo que tinha sido adquirido pelo SUS e que estava em oferta para essas mulheres que estavam com a documentação pronta e na fila da laqueadura.

Fui conhecer, né. A princípio, era uma consulta, onde essa médica, ela informou o que era o procedimento, falou que não seria invasivo, que eu não precisaria passar por um procedimento cirúrgico, o que para mim foi muito bom, porque eu já estava me programando e fazendo todas as consultas e o acompanhamento na Casa de Parto de São Sebastião, porque eu queria fazer o parto humanizado, com a menor intervenção possível médica. Então, eu fui, ao longo de toda minha gravidez, fazendo fisioterapia gestacional, me preparando para fazer de fato o parto humanizado que fosse o menos invasivo para mim e para minha filha.

Enfim, nesse primeiro contato eu achei muito interessante, e ela me informou que, se eu quisesse saber mais, que num determinado momento ia ser marcada uma palestra, onde haveria um mutirão dessas mulheres que poderiam ir para conhecer esse método e que, se gostassem, poderiam aderir.

Bom, enfim, tive minha filha, eu acho que com um mês, dois meses que ela tava nascida, houve esse mutirão, eu de fato fui. Foi uma palestra que tinha muitas mulheres. Foi falado a respeito do método, como que ele era inserido, e o foco dessa palestra foi falar “olha, é indolor, não é invasivo, é muito rápido, não precisa de internação...”. Eu só vi vantagem, essa é a verdade. E eu tava com uma neném recém-nascida. Então, assim, a única coisa que foi, naquele momento, uma desvantagem, é porque eu precisava tomar uma medicação durante uma semana e, assim que eu comesse a tomar

essa medicação, os três dias seguintes, três ou quatro dias seguintes, eu ia ter que descartar o leite, não poderia amamentar, por causa da medicação. E depois que eu fizesse o procedimento, eu ia tomar uma outra medicação, que era para evitar uma inflamação, qualquer coisa assim, e ia ter que ficar mais três dias descartando o leite, sem amamentar. Só isso para mim que foi a problemática à época.

Entrei no mutirão, achei que era extremamente vantajoso para minha realidade, porque imagina, tava recém-parida, ter que ir para uma sala cirúrgica, fazer um corte, já tava de resguardo... enfim, não era viável. Achei muito legal, entrei no mutirão e fiquei esperando. Quando minha filha tava, acho, com quatro meses, eu fui chamada efetivamente para fazer. Aí fiz o preparo, que é tomar a medicação, fui para o HMIB [Hospital Materno Infantil de Brasília], que era o hospital de referência que fazia esse procedimento. E eu lembro que, no dia, tinham muitas mulheres nessa mesma situação, na fila do mutirão. E a gente não precisava internar, a gente chegava antes, tomava uma medicação lá na espera e era chamada, entrava, e fazia o procedimento, que é semelhante a colocar um DIU.

Assim que eu coloquei, eu senti um desconforto, uma cólica, aquele desconforto pélvico, mas nada assim muito alarmante, muito gritante. Pra mim, foi tranquilo. E, depois daquele momento da colocação do dispositivo, eu, pelo menos, saí com a orientação de tomar a medicação e retornar daqui a três meses com um raio-x, que era um raio-x dessa região pélvica para saber se a mola estava inserida no lugar certo e se estava acomodada. Era mais ou menos isso. Passados três meses, voltei com esse raio-x, levei para a médica, ela me liberou, me deu alta e nunca mais marcou nada. E assim eu continuei a vida.

[Shely]

Aí, nós tivemos nessa reunião, né? Nós tivemos a reunião que eles apresentaram. Eu me lembro que, nessa reunião, eles falaram pra gente que o dispositivo era de silicone e que não teria dano nenhum para a gente, né? Aí, logo depois, em pouco tempo, a gente já foi chamada para poder operar, né? Que foi no mutirão, o primeiro mutirão que teve aí no hospital HMIB. Eu me lembro que eu me operei no sábado. Eram 100 mulheres no sábado e 100 mulheres no domingo. [...] Olha, eu lembro que foi... Tipo, foi um espaço no auditório, aí no HMIB. Nós chegamos cedo. Eles iam chamando, né? Entregaram uma senhazinha e iam chamando. E a gente... A única coisa que eles deram pra gente tomar foi um remediozinho, um comprimido. E esse comprimido era meio que... Deixava a gente sonolenta, né? E assim, foi muito rápido. Assim, o procedimento em si, ele foi rápido. Mas, a gente ficou o dia todo. Nós chegamos cedo. Eu me lembro que eu saí de noite. [...] O dia inteiro em jejum. [...] Nossa, doeu demais. Em uma das trompas não doeu, mas, na outra doeu, doeu

bastante. Eu saí vomitando, de tanta dor que eu senti. Não recebi nenhum, nenhum atendimento. Fiz o procedimento, aí eu fiquei esperando o meu esposo me buscar do lado de fora, sentada no meio-fio. Fiquei lá no meio-fio, sentada, vomitando. Passando mal.

[Rejane]

O Essure foi um pesadelo pra mim, né? Primeiro foi um sonho. Por que um sonho? [...] O posto falou, “não, a gente tem um método muito bom”. Fizemos uma reunião, disse que era tudo seguro, pegaram as mulher aqui... essa comunidade toda, aqui, você vai achar umas 30 mulheres que têm isso. Tudo aqui no CAUB [Conglomerados Agrourbanos de Brasília] II. Então, a gente acreditou, foi, “é um método rápido”. Sei que eu fui de ônibus, colocaram isso em mim lá, em menos de cinco minutos, e me mandaram embora. Foi uma coisa muito rápida, coisa de sonho. [...] Chegou lá, teve a reunião, nós questionamos muito para saber se é seguro. “É seguro?”, “Não, é um método muito seguro”. “Na mesma hora que você fizer, você vai embora”. E foi, realmente. Do que eu cheguei lá e saí, não foi 40 minutos. O procedimento foi realizado. Então, nós saímos de lá sorrindo para a parede, porque é muito fácil. Isso, eu pesava 61 quilos. Super magra. Aí coloquei isso, com dois anos eu comecei a sentir dor. Aí eu sentia dor assim na perna e nas costas. Falei... nossa, isso é nervo ciático. Aí começou dor, dor, mau cheiro, porque a gente mesmo se sentia com mau cheiro, e a gente não achava o que que era isso. E isso foi se arrastando há anos.

[Simony]

[O mutirão de inserção do Essure] Parecia um monte de vaca no abatedouro, era aquele centro cirúrgico todo lotado de mulher, não tinha como não errar [o procedimento de colocação] não, porque eles era só pá-pá-pá [batida rítmica na mesa].

[Lily]

Eu cheguei no hospital HMIB. Mandaram a gente trocar de roupa. O médico que ia fazer a colocação pediu pra gente assinar um papel, falando que esse método que a gente ia colocar era irreversível. Ele não ia sair nunca mais. Nunca mais ia ter como ele sair de dentro da gente. Aí a gente assinou um termo lá, que a gente tinha ciência de que estava fazendo isso, que nunca mais ia poder ter filho. Aí a gente assinou esse papel e fizemos isso. Para colocar, foi igual fazer uma prevenção.

Eles fizeram sem anestesia, sem nada. Aí, depois que eu coloquei, eu não consegui mais andar. Eu não consegui andar mais, de tanta dor que eu senti. Tanta dor, tanta dor que eu senti. Quando eu cheguei lá fora, meu marido teve que me pegar no colo pra me botar no carro. Porque eu não conseguia nem andar. E sem contar que ele ainda pagou uma pessoa 30 dias pra fazer as coisas, porque eu não conseguia fazer nada, nada depois que eu coloquei, eu fiquei muito mal. Debilitada. De tanta dor que eu sentia. Da colocação, eu fiquei muito mal. Muita dor mesmo. Eu não conseguia nem andar. Então, a partir da hora, do minuto que eu coloquei isso aí, minha vida já foi só de dor.

[Jane Naiva]

A gente tomou um comprimido. Dois comprimidos, eu não sei que comprimido que era. Foi na fila, a mulher [disse] “você é a próxima, toma aqui”. Aí eu tomei, deitei lá na cama, senti ela puxando dum lado e do outro. Quando eu saí, eu indo pra fora do hospital, eu vomitei muito. Eu vomitei muito, eu vomitei muito na hora. Quando eu cheguei em casa, eu comecei a sentir muita cólica, uma cólica assim que eu falei “ai, será que eu vou menstruar?”. E essa cólica, ela só foi aumentando, aumentando, aumentando, aumentando, e piorava quando você ia menstruar. A dor, quando você vai menstruar era pior, o sangue... saia aquele sangue podre! Eu falava “meu Deus”!

[Kelli Luz]

No dia que eu coloquei, eu não... senti só incômodo mesmo. Depois deu sangramento. Eu comecei a sangrar muito... tinha época que, só de espirrar, sangrava.

[Kelly Cristina]

Com o Essure, eu não conseguiria levantar da cama, porque era muita cólica. Eu sentia muito cólica. Aí eu me escorava. Eu não saía para lugar nenhum, porque... era desesperador. Às vezes, até para ir ao banheiro, eu não segurava, o sangue descia tudo no chão.

[Luciene]

Antes do Essure, eu era uma lady. Hoje, mudou tudo. No corpo, eu engordei 30 quilos. Depois do Essure, a autoestima foi lá embaixo. E aí começaram as dores, os problemas ocasionados por ele.

[Ivanise]

No primeiro ano que eu fiz o dispositivo, eu ainda tomava injeções [de contraceptivo], que eu utilizava aquela injeção de três em três meses. Depois de seis meses, eu parei de tomar as injeções. Só que um ano depois do dispositivo, eu engravidei da minha quarta filha. E aí foi uma gravidez muito difícil, porque eu estava com um quadro de dores musculares muito grande, né, e principalmente na região, assim, do quadril. E eu tive uma dificuldade da gravidez dela, porque eu precisei fazer atividade física voltada pra gravidez, pra que eu conseguisse caminhar na época da gravidez. Então, foi uma gravidez difícil, dolorosa, e, assim, na época, eu não sabia que o dispositivo nem estava na região correta [nas trompas], né, estava fora da região. Eu, assim, tive um quadro de dores de cabeça também, sempre constantes, mas o meu quadro maior é essa dor, né, na região pélvica. Depois dela, depois que ela nasceu, eu voltei a utilizar as injeções, né, durante três em três meses, pra não menstruar. E, às vezes que eu fiquei sem injeções pra deixar normal, meu fluxo geralmente durava 10 a 12 dias, menstruada. Então, nunca foi uma menstruação regular depois disso. E, antes disso, a minha, geralmente, eu era regular. [...] Me disseram que eu fui o caso do 1% [em que o dispositivo] não funciona, mas, na verdade, não era o 1% que não funcionava. Depois da cirurgia [de retirada], a gente foi ver que ele não estava no local.

[Emanuele Simone]

Ah, por volta de um ano ou menos eu já comecei a apresentar muitas dores de cabeça, muitas cólicas, o ciclo menstrual ficou muito intenso, o meu período menstrual ficou muito intenso, eu senti muita dor na época da menstruação, doíam as minhas pernas, a minha vagina ficava como se estivesse contraindo pra baixo, até dor no ânus eu tinha. Quando começou isso, foram os primeiros sintomas. Logo depois, assim, eu vivia muito doente, muito doente mesmo, e aí eu comecei a ter depressão, crise de ansiedade, e as dores de cabeça eram frequentes, frequentes mesmo, só que eram dores de cabeça muito fortes, a ponto de eu não conseguir trabalhar, perdia emprego... E ficava, nossa, eu ficava com muita dor, mesmo, no pé da barriga, sentia muita dor no meu pé da barriga mesmo.

[Rejane]

Eu senti que algumas coisas foram mudando em mim, né? Tipo, eu tava meio sem ânimo, sem coragem, por mais que eu quisesse fazer alguma coisa, eu não tinha vontade, né? Não dava conta, na

verdade. Sentia muita dor de cabeça, dores na pelve, muita dor, inchaço, inchava muito na barriga. E a falta de libido, porque eu tinha muito libido e, de repente, eu não tinha mais, né? E aí, as coisas foram só se agravando, né? Eu comecei a trabalhar e sempre tendo problema, e achava que [a dor de cabeça] era por causa do óculos que eu não tava usando e tudo mais. Fui à consulta, comprei óculos, e, mesmo assim, passando mal, sempre passando mal. Passava pelo brigadista no serviço, aí ia pra um atendimento e dava tudo normal. E eu, “gente, eu não tô ficando louca, tem alguma coisa acontecendo comigo, eu tô sentindo isso, né”? Eu sentia enjoo, dores, os pés doíam também. E aí, eu fui levando a vida, né? Até que eu fui mandada embora por causa desse – claro que eles não vão falar que foi por esses motivos –, mas foi porque eu tinha muito atestado, passava muito mal.

[Eliete]

Eu era uma pessoa saudável, minhas quatro gestações foram perfeitas, não tive nada. Eu tive, sim, um aborto, mas, até hoje, eu nem sei por que eu perdi, fazia uns 3 meses [de gestação] quando eu perdi essa criança, fui fazer uma ecografia e ele tava morto, simplesmente, foi isso. Mas as minhas gravidezes foram todas normais, muito saudável, trabalhei até o meu último dia de gestação, eu caminhava muito, porque eu trabalhava na escola perto da regional de Ceilândia, e eu morava na [quadra] 05 da Norte, eu ia e voltava a pé, eu caminhava muito, não tinha problema nenhum. Hoje em dia, eu não consigo andar daqui pra ali, a sequela do dispositivo, que eu falo... Hoje, a fibromialgia, ela é uma doença que é ocasionada, assim, por algum, é... Como é que eu posso falar? Porque é de algum trauma, então, assim, o dispositivo ele foi um trauma na vida de muitas mulheres, porque eu era uma pessoa saudável. Tanto que, quando eu fiz a cirurgia do joelho, o médico falou bem assim pra mim: “você teve uma ruptura do menisco nos dois joelhos, você era jogadora?”. Eu falei: “mooooço, deixa eu te contar minha história triste, que eu não sei como que esse joelho aconteceu”. Você não sabe, porque é inexplicável, né, mas um dos problemas que eu tive do dispositivo foi essas dores na junta. Dói demais as articulações, vou falar da minha junta: pode juntar tudo e jogar fora, minha junta, minhas articulações, dói demais. Escrever dói, levantar os braços muito tempo dói, tudo dói. Subir a escada dói. Aí você me fala, uma pessoa que sempre andou de ônibus, pra lá e pra cá... se eu ficar muito tempo segurando assim no ônibus [com o braço para cima] ou assim [braço para o lado], parece que eu fiz aquele levantamento de peso uns milhões de vezes.

[Kelli Luz]

Pentear o cabelo dói. Pentear o cabelo é uma coisa tão simples, mas pentear dói, cansa o ombro, parece que você está segurando um boi.

[Ivanise]

Consegui fazer uma radiografia pra ver se o Essure estava no lugar certinho. Estava no lugar certo. E daí eu tinha que fazer um retorno ao hospital pra falar com algum médico. Aí, eu já não consegui. Fui várias vezes ao hospital onde eu fiz a implantação do dispositivo. Porta fechada o tempo todo. Falava com a administração do hospital, falava com quem... [Diziam] “Não, você tem que ficar lá, tem que bater na porta e, na hora que abrir, você fala”. Cheguei a ir quatro vezes, passei a manhã inteira na frente desse tal porta, e nada. A gente tem que trabalhar, assim, a gente tem que trabalhar. Pra ficar indo em hospital, fica matando meio período de trabalho. Dias seguidos, e sem atestado – porque nem atendimento eu conseguia –, eu ia comprometer o meu emprego. Então, deixei. Então, com a correria do dia a dia, eu fui deixando pra lá. Ele está no lugar certo, então, deixa correr o negócio. [...]

Então, até então, eu estava feliz da vida e fazia até propaganda. Caramba, coloquei um método novo e tal. Tudo aquilo que me passaram, eu passava para os outros, e estava muito feliz da vida. Uns quatro anos depois, eu percebo minha menstruação desregulada, muito desregulada e, durante o período menstrual, muita dor de cabeça, muita mesmo, e dores nas costas. Eu não sei se a minha rinite é decorrente a isso, mas apareceu uma rinite em mim... mas assim, a minha questão foram muitas dores. Nessa altura do campeonato, eu nem lembrava de Essure mais. Sou laqueada? Sou laqueada. Estou com dor de cabeça, deve ser algum problema hormonal. Sempre naquela correria, porque, logo depois desse Essure, eu me separei do companheiro das minhas filhas, do pai delas, e virei mãe solo, porque ele sumiu, desapareceu. Então, correria com escola, com as crianças, sozinha, com as duas crianças, pra cuidar delas, e tendo que trabalhar, é muita coisa. Nem lembrava de Essure. E a dor vindo, e também, assim, sem plano de saúde, sem conseguir consulta na rede pública, porque, aqui em Brasília, tá um caos a rede pública, desde essa época. Tentava, chegava no posto de saúde, nem médico tinha. Até os pediatras, que eram os últimos, até consulta para minhas filhas eu deixei de ter, porque tiraram até os pediatras dos postos. Os postos só tinham técnico de enfermagem, nem enfermeira tinha. Então, sem plano de saúde, sem condições, também, de contratar o plano de saúde. Então, fui deixando para depois. A gente vai deixando para depois a saúde e precisa comer, precisa sobreviver. E foi indo. E as dores de cabeça piorando, o fluxo menstrual piorando, eu já estava assim... De três anos para cá, eu só conseguia ficar sem menstruar cerca de 7 a 10 dias por mês. E, assim, muita fraqueza, muita dor, trabalhando assim, empurrada, mesmo, na marra.

[Caira]

Aí perdi o emprego. Comecei a ficar mais em casa. Comecei a sentir muitas câimbras, dores. Sabe aquele cansaço de você sair de casa na esquina e já querer voltar pra casa? Muito cansaço. Eu era leve ainda. Aí eu comecei a engordar muito, porque eu não tava fazendo exercício. Porque eu não aguentava fazer caminhada. Fazer caminhada doía minhas pernas. Muita dor. Uma câimbra, uma câimbra, eu sinto câimbra direto. E aí eu comecei a ficar depressiva, comecei a engordar muito, muito, muito assim que a dona [...], que era a minha agente de saúde ali do postinho de saúde, falou assim “vamos lá fazer exercício com os idosos na pracinha”. Eu falei “não aguento mais, dona [...]”. Dói, tudo dói”. Eu tenho vontade de fazer exercício, mas eu não dou conta mais. Aí, o que teve também? Em 2017, comecei a apresentar uma alergia na pele. Que eu não tinha antes. Uma alergia, uma alergia aí... Começou a passar. Eu tenho a pele toda manchada por conta da alergia. E aí, foi indo, foi indo. Sabe quando eu descobri? Foi por conta própria, que [descobri que a alergia] era por conta do níquel. Foi quando eu cheguei em casa chorando, depois de chegar de uma consulta do HMIB. Aí meu filho falou assim, “mãe, pesquisa na internet e vê qual que é, o que que tem na composição do Essure”. Eu já tinha feito teste de contato antes, né? Pra saber. Aí, eu fui olhar. [No Essure] Tem isso, isso, isso... e níquel. [Eu falei] “O quê? Ah, então, é esse aqui que tá ligado”. Porque não tem condição. Cinco anos você tratando, você indo em consulta, você tomando remédio. Faz exame e tudo. E nada. E não passa. E não melhora. Entendeu? Então, eles [os médicos da SES] vão falar que não tem nada a ver, né? “Não é não”. Mas eu tenho certeza que é. Tenho certeza. E coça, isso aqui é horroroso. Minha mão fica inchada. Igual eu falei pra você, na época do calor, eu sofro muito.

[Lily]

Só que começou a aumentar, né, esse desconforto, essa enxaqueca começou a aumentar bastante. E eu comecei a observar que a minha TPM, todo mundo tem TPM, mas a minha começou a ficar muito severa. Em que sentido? Eu comecei a ter diarreia antes de menstruar, e depois de menstruar também tinha. A questão mesmo da enxaqueca, sempre que eu ia menstruar, era muito forte. E... não chegava a inchar os membros inferiores, mas a sensação que eu tinha era de inchaço. Eu sentia inchaço mesmo nessa região lombar, que, assim, o meu quadril ficava assim, bem inchado, dolorido. E essa região lombar ficava assim bem... parecia, assim, quando você tá grávida, que você fica bem inchadinha... aqueles quatro primeiros meses, ficava daquele jeito, assim. Então, começou a vir esse desconforto, a princípio eu achava que era “ah, TPM, tá, deve ser um lance hormonal”. [...]

Depois de, eu acho, uns cinco ou seis anos, eu comecei a ter um corrimento que era recorrente. E eu sempre fui muito cuidadosa com a minha saúde. Então, assim, eu sempre fiz acompanhamento. Só que eu comecei a apresentar infecção urinária. E aí eu tratava aquela infecção urinária. Daqui a pouco, eu estava com o corrimento, tratava aquele corrimento. Daqui a pouco, eu voltava a ter uma infecção urinária. E eu comecei a entender que tinha alguma coisa que não estava tão legal. Fiz todos os exames, comecei a acompanhar mais de perto e não tinha muita explicação, porque é... começou a aparecer candidíase, eu tratava a candidíase e, daqui a pouco, voltava. Fora isso, eu comecei a sentir cansaço. Cansaço, cansaço, cansaço. Era um cansaço extremo, um mal-estar. E eu comecei a perceber que essa TPM, que antes eu tinha só uma dor de cabeça, uma enxaqueca, diarreia, às vezes um inchaço nas partes, nos membros inferiores... eu comecei a sentir indisposição mesmo de, no período menstrual, era dor de você não conseguir andar, de ficar acamada. [...] Continuei com todo esse desconforto toda vez que eu menstruava, de ficar assim acamada e de, tipo assim, às vezes, ter que falar assim, ligar aqui [no trabalho] e falar assim, “gente, não consigo trabalhar presencial, preciso trabalhar de casa”, computador na cama e trabalhando, acamada mesmo, para não perder minha rotina de trabalho.

[Shely]

Minha filha foi pra creche. Eu não conseguia trabalhar mais direito. Ao invés de eu cuidar da minha filha, ela cuidava de mim. Ela me ajudava. Eu tinha dias de não dormir a noite inteira. E quem me ajudava era ela. Criança, pequenininha. Que hoje está com 14 anos. Na época que eu coloquei, ela tinha dois, três anos. Eu trabalhava como autônoma, eu era cabeleireira, mas, depois que eu coloquei o Essure, eu não conseguia mais trabalhar fora. Eu atendia clientes fora e dava curso em salões. E aí, depois eu parei de trabalhar fora, fiquei trabalhando só em casa. E, agora, para voltar para o mercado de trabalho, é uma luta, né?

[Ivanise]

Em 2017, minha mãe faleceu. Aí que eu tive que me virar, mesmo... Porque, até então, era minha mãe que ficava com elas, pra eu trabalhar. Então, eu tive que me desdobrar pra colocar elas numa escola integral. Minha rede de apoio foi minha mãe e minhas irmãs. Em trabalho, não adianta você ficar falando, “tô sentindo dor, tô sentindo dor”. Você tem que fazer o seu trabalho. E se ficar dando atestado o tempo todo, no momento de corte, você é a primeira dali [a ser mandada embora]. Porque, assim, apesar de eu ter separado do pai delas, eu nunca recebi pensão, porque ele saiu de casa

e sumiu. Sumiu e desapareceu. Já fui no Fórum. Eu preciso dar um endereço pra achar ele. E eu não sei onde ele tá. Então, nunca recebi pensão na minha vida. Então, a minha prioridade realmente sempre foi o trabalho. Teve até um momento que eu fiquei um ano desempregada. E foi bem difícil pra mim. Então, sim, a minha rede de apoio realmente sempre foi minha mãe e minhas irmãs. Mais especificamente uma irmã minha. E, à medida que as dores vinham aparecendo, eu ia fazer tudo com dor mesmo. Trabalhar com dor, fazer tudo com dor, já era o meu normal. Vai com dor mesmo. Vai sentindo mal mesmo. Não era uma coisa que eu desmaiava ou nada. Então, vai com dor mesmo. Né?

[Caira]

Toda vida eu trabalhei. Depois que eu coloquei o Essure, eu fiquei... Eu nunca mais trabalhei, né? É, eu nunca mais... Eu tô trabalhando agora, eu nunca mais trabalhei de jeito... Fazia bico. Faxina. Tentei... Tentei trabalhar também... Depois de colocar o Essure, eu tentei trabalhar na frota de ônibus escolar. Se eu não me engano, eu fiquei lá dois, três meses. Outubro, novembro, dezembro. Foi. Porque eu não dei conta, porque é subir e descer escada pra limpar, entendeu? Só que aí, assim, quando cessava [a dor], eu dava faxina na casa das minhas cunhadas, né? É, porque a gente tem que dar um jeito de se virar. Tem que ter jeito, né?

[Kelly Cristina]

Antes do Essure, eu trabalhava. Eu já trabalhei com tanta coisa. Eu já fui auxiliar de serviços gerais. Eu já fui secretária, já fui recepcionista, já fui copeira. Eu tinha uma vida muito ativa. Sempre gostei de fazer cursos. Até hoje eu faço, mas com muita dificuldade. Tinha uma vida social, assim... Gostava muito de participar de festas de família. Ir pra igreja. Hoje em dia, eu não tenho mais vontade de fazer isso. Eu não sinto mais disposição. Se eu chego lá, eu fico só sentada, igual uma velha. Acabou aquela pessoa, com aquela vitalidade que eu tinha antes.

A renda que eu tenho hoje é a pensão da minha filha, bem pouquinho, porque o pai não trabalha também. Mas ele paga, tem que pagar. Eu vendo Boticário e meu marido, de vez em quando, faz uns bicos, graças a Deus, ele ainda tem saúde para isso, porque ele já está velho também. E meu filho, de vez em quando, trabalha *freelancer*, também, de garçom. Aí a gente vai sobrevivendo, mas é complicado. Eu tentei entrar com o INSS, mas não passei com o médico lá. Ele disse que o Essure não tem nada a ver com doença, com o negócio que o INSS tem que me ajudar.

[Lily]

Quando eu fiz a laqueadura, as minhas filhas já estavam na creche. Então, o que piorou é que eu não conseguia pegar elas nos braços, não conseguia caminhar mais, não caminhava mais, as dívidas foram só aumentando, porque eu deixava... eu ia e voltava a pé para o serviço, eu passei a não ir [a pé] e ir de ônibus, porque eu sentia muito essas dores nas pernas, principalmente nas pernas. Minhas dores nas pernas e na lombar me matavam, parecia que eu tinha carregado muito peso mesmo, de tantas dores que eu sentia. E aí, acabou. Ânimo pra filho, ânimo pra ter relação?... Nenhuma! Ânimo de cuidar de menino? Uhn-uhn. Marido... ainda bem que eu não tive esse problema do marido não entender toda a situação que eu estava passando... Tem muitas mulheres que já se separaram, justamente por isso. Mas o pior da relação é você ter relação sexual sem você querer, sem você estar a fim, mas você tem que estar ali porque você... vamos dizer, você tem que dar um auxílio pro seu marido, você tem que dar um prazer pra ele, sabe? Isso é muito ruim, isso é muito ruim mesmo, porque você não tem vontade, você sente dores.

[Kelli Luz]

Minha relação social... Eu não conseguia sair... eu não saía. Não saía... porque, [se] eu saía, eu já sabia que eu ia passar mal. Eu já ficava irritada, porque eu já estava irritada com aquela dor, que ficava comigo 24 horas. Então, eu ia sair para ver uma coisa e me irritar mais. Um barulho me irritava... Aqui em casa, ó, cê vê. É assim, calma, desse jeito, porque desde o tempo... eu não aguentava barulho, eu não aguentava nada. Eles falavam assim: “bora sair?”, eu falava “de jeito nenhum, nada é melhor do que minha cama”. Todo mundo já procurava. Quando eu saía, o pessoal já procurava... “a Simony está deitada”. Porque minha vida era deitada. Então, eu queria dormir para não sentir dor. A gente prefere dormir para não sentir dor. Porque, se ficasse acordada, você sentia dor. E remédio... se pegar a bolsa, era puro remédio. Porque a gente vai tentando uma coisa e vai tentando outra coisa e vai tentando outra coisa.

[Simony]

Fui na médica, fui numa ginecologista, falei assim “será que tem alguma coisa a ver?”. Nessa ginecologista que eu fui, eu falei, “olha, eu tenho um implante, eu uso há tantos anos” – eu acho que já ia fazer seis anos – “e eu estou sentindo isso e isso. Será que tem alguma coisa a ver?”. [Ela disse] “Não, nada a ver, você tem uma TPM severa, tem uma disforia, você tem...”, enfim. Fui

diagnosticado com disforia pela ginecologista, que me passou uma medicação ansiolítica de uso contínuo, porque disse que a TPM era muito severa e, em casos em que a TPM é muito severa, deveria ser tratado com esse ansiolítico, fluoxetina. Fui bem resistente para fazer esse tratamento, porque eu falava, cara, não é algo da ordem mental. “Você não está entendendo. Eu sinto dor física, eu sinto dor na pelve, eu sinto dor na lombar, eu sinto dor nas pernas, eu sinto enxaqueca, eu sinto inchaço, eu sinto uma irritação que é fora do comum por conta das dores. Meu corpo fica sensível”. “Ah, não, é disforia, você tem que tratar com fluoxetina. Vai passar. Vamos aqui, três meses de tratamento, depois a gente aumenta a dose.”

[Shely]

Eles estavam investigando uma outra coisa totalmente diferente, porque, até então, ninguém acreditava que o efeito que eu estava sentindo podia ser o efeito colateral do Essure. Entendeu? E assim, o tempo todo, eles tentavam me desviar para outra área, que não era ginecológica. Coluna, nervo ciático... Eu tomei trinta injeção de BetaTrinta [corticoide com efeito anti-inflamatório, usado para reduzir dores que não respondem a outros tratamentos]. Você sabe o que é isso? Ela é pior do que a Benzetacil. Bem forte mesmo. Nem eles [equipe do posto de saúde] mesmos... acho que não sabiam que era tão sério o caso.

E aí, quando eu fiquei sabendo, que eu fui correr atrás e tudo, eu fui para o CESMU [Centro Especializado em Saúde da Mulher]. Aí, lá, a ginecologista me falou que eu estava louca, falou com essas palavras, que eu estava louca e que isso não era problema do Essure. É porque eu tô velha [segundo a médica]. Aí ela falou pra mim que... ela pegou um negócio lá, uma peça, como se fosse uma esculturazinha que simula o aparelho reprodutor. E foi me dizer que nada tem a ver o que eu sentia com o Essure. Só que ela veio falar que isso podia ser reflexo de muitas infecções [sexualmente transmissíveis]. Só que eu nunca tive infecção ginecológica. Nunca. Essas infecções normalzinhas que as mulheres têm, eu nunca tive. Eu nunca tive corrimento. Eu nunca tive nada dessas coisas. Nada. O que eu tinha muito era cólica, choque, inchaço nas pernas, fadiga, muita fadiga nas pernas a ponto de eu não dormir à noite. Chegou um ponto que a doutora [...] me passou fluoxetina para eu tomar, porque ela achava que era tipo ansiedade, alguma coisa assim. Tomei, mas não resolvia também.

[Ivanise]

Do nada eu tava aqui fazendo almoço, meu esposo na sala assistindo TV... Quando ele viu o relato de algumas mulheres que fizeram uma entrevista falando do Essure, que chamou a atenção dele, né? Aí ele viu na Record e aí falou: “Amor, venha aqui ouvir isso aqui. Tudo que essas mulheres estão falando é o que você sente, né? E é referente ao Essure que você fez, a laqueadura que você fez.” Aí eu parei pra prestar atenção... muitas mulheres falavam que sentiam muitas coisas que coincidiu eu estar sentindo também. E aí eu falei: “nossa, e agora? O que eu vou fazer?”.

[Eliete]

Minha cunhada, ela trabalha no posto. Aí eu peguei e pedi pra ela... o que ela podia, né, na saúde, se ela podia arrumar uma consulta pra mim, né? Depois de acho que uns dois anos, eu falei: “mulher, eu não aguento mais de dor”. Ela arrumou, aí ela pegou e falou que era por causa dele [Essure]. Ele anda... Tava andando, né? Dentro da gente, assim, sabe? Aí pegou e foi onde que eu bati um raio-x. Se não me engano, era um raio-x. Aí pegou e viu que era.

[Kelly Cristina]

Eu acho que esse caso do Essure, hoje, dentro do posto de saúde... teve uma enfermeira que foi fazer um preventivo em mim, o último que eu fiz antes de fazer a cirurgia, ela fotografou o meu útero, porque estava muito vermelho. Ela falou “Ivanise, pelo amor de Deus, corre com esse útero, porque o seu útero está muito vermelho, não é normal”. Ela fotografou e me mostrou. Ela fotografou e falou assim, “é muito sério isso”.

[Ivanise]

Essa cara de espanto que ela [Ivanise] está fazendo aí foi a mesma que o médico colposcopista fez quando ele estava fazendo o meu exame. Ele mexia, mexia e falava assim: “você tem filho?”. Eu falei, “eu tenho quatro”. “Isso aqui só está te causando problemas. Seu útero não serve mais pra nada. Só pra te trazer doença. Pode correr e tirar”. A mesma cara... Ele mexia assim, naquela posição ginecológica, ele fazia assim, fazia assim. Ele: “levanta o bumbum”. Ele mexia, mexia. “Nossa, você tem filho? Pois é. Isso aqui não presta mais pra nada”.

[Lily]

Ninguém entrou em contato com a gente. Porque, se já tava há muitos anos, esse negócio dele [Essure] estar na justiça e tudo, eles tinham conhecimento, né? O GDF tinha conhecimento e tudo mais... Então, por que que não procurou o restante das mulheres? Pra que elas fossem tratadas, pra ver qual a condição psicológica, né? E tudo mais. Mas não aconteceu nenhum – como é que fala? – contato da parte deles. Se eu não tivesse visto, talvez eu estaria pensando que era menopausa, TPM, qualquer outra coisa, né? Que era coisa minha mesmo, que a gente tinha, assim, e pronto.

[Eliete]

Como eu estava muito ruim, eu fui fazer [a retirada do dispositivo] no Goiás. Eu fiz pelo SUS do Goiás, mas aqui pelo DF, não. [...] Como lá eles têm convênio com a prefeitura, lá eles conseguem atendimento rápido dessas coisas. Aí eu fiz minha ficha, como eu tenho parente no Goiás, disse que morava lá. Passei no posto, consultei com o médico lá, acho que consultei umas três, quatro vezes, ele também não conhecia, nem sabia que isso existia, para dizer a verdade. Aí ele me encaminhou para uma clínica que é particular, e lá ela [a médica] pegou... Primeiro, ela me pediu para aguardar, que ela não conhecia. Depois de seis meses que ela ficou estudando, que ela não tinha conhecimento, ela falou: “Olha, eu estudei e eu vou retirar isso da senhora”. Mas depois de seis meses que ela estudou, porque ela não tinha conhecimento.

[Simony]

[A busca pela retirada] Tá exaustivo. Tá cansativo, tá... Você faz exames, exames e exames, vai descobrindo uma coisa atrás da outra. Aí, já me inseriram na regulação. Só que, até agora, nada de ligar. Me inseriram na regulação de novo, né? Porque já foi a terceira vez. Em maio do ano passado. Nada. Me ligaram em outubro do ano passado. Alguém me ligou, foi do HMIB. Só pra saber se eu já tinha feito a cirurgia. Falei “não, ainda não”. Ela, “não, mas não é pra chamar, não, é porque eu preciso... A gente tá fazendo uma atualização aqui das mulheres que já fizeram e as que não fizeram. Mas você pode ficar atenta que nós vamos entrar em contato”. Nós já estamos quase chegando em fevereiro. Nada.

[Lily]

Se eu não tivesse conhecido a associação, né, a Kelli Luz, até hoje eu estaria com dispositivo, porque eu não sei como é que eu ia fazer, né? Mesmo quando a gente ia buscar... Olha, eu cheguei a ir algumas vezes para o posto de saúde, querendo fazer a retirada. E eles falavam para mim que isso era muito difícil de eu conseguir, entendeu? Foi antes da justiça determinar que nós tínhamos que retirar. Foi antes de ser determinado pela justiça que nós íamos retirar, né? Eu cheguei a ir no posto, cheguei a pedir para eles retirarem, que eu queria retirar. E o médico falava: “não, isso não é possível, isso é muito difícil, você não vai conseguir... Para retirar o útero, você tem que estar com muito problema para a gente poder tirar, não é assim não”. Aí eu continuei sofrendo. Porque o que a gente podia fazer, né? Se a justiça não tivesse sido determinada para nós tirar, até hoje estaria todo mundo com dispositivo. Então, foi uma coisa que foi por lei, mesmo, e foi obrigatório para nós, todo mundo tirar. Mas tem muitas mulheres que até hoje não conseguiu retirar. Tem muitas que estão sofrendo ainda. Meu Deus, tenho dó delas. Muitas que estão na fila, sofrendo ainda.

[Jane Naiva]

Não, pra retirar foi... Vou te falar a verdade mesmo. Pra retirar, o que que aconteceu? Eu tirei o ano passado, 2023. O que que acontece? Eu fiquei na fila desde 2016. Eu não me lembro. Eu conheci um rapaz que trabalha pra um deputado. E esse rapaz... Só que aí eu não vou citar o nome, né? Esse rapaz, ele tem uns conhecidos no Hospital de Taguatinga. Aí ele pegou e me ajudou, através desses conhecidos dele lá, a retirar. Foi aí que eu retirei. Se não, eu estaria com ele até hoje. [...] Não foi por causa do SUS. Não foi por causa de advogado. Não foi por causa de nada. Foi realmente esse deputado que arrumou pra mim. Graças a Deus, primeiramente. Depois ele, na minha vida. Porque era muita dor. Inclusive, eles vieram me visitar aqui em casa e viram.

[Kelly Cristina]

Eu estava numa anemia extrema, a minha ferritina estava abaixo do aceitável. O aceitável, se eu não me engano, era 300. O meu estava 10. Quando eu voltei com os exames, meu útero estava três vezes maior do que o normal. Ferro lá embaixo, por isso que eu sentia tanta fraqueza. Mas ele [o médico] explicou: por conta do Essure, o útero inchou, a menstruação desregulou. Como eu estava consumindo [perdendo] muito sangue, o ferro foi embora. Então, não tinha ferro nenhum. Nenhum. Então, eu tive que fazer reposição de ferritina, dez bolsas de ferritina na veia. Aí, eu tive que ir pro hospital público, porque parece que é uma medicação que só o governo federal oferece, o plano de saúde não cobre. Mas, até então, foi tranquilo. Assim, recuperou parte. Minha ferritina foi pra 70,

mas o aceitável seria de 300, né? Mas aí, ele deixou pra depois da cirurgia. E daí, a cirurgia saiu. Também apareceu alguns nódulos no útero, só que não fizeram a biópsia até então, porque ia retirar o útero. Mas eu fiz a cirurgia, a histerectomia total. Eu fiz mês passado, agora. Dia 30, ainda tô de recuperação.

[Caira]

E aí eu fiz a cirurgia. Agora em julho, vai fazer dois anos. E pra você ter uma ideia, eu fiz a cirurgia... Pelo menos antigamente, quando a gente fazia uma cirurgia, a gente já saía do consultório com a revisão marcada, né? Eu fui conseguir agora, eu fui conseguir [a consulta de retorno pós-cirúrgico] com um ano e pouco. Eu tinha que ter saído de lá com uma data prevista pra retorno, pra saber como é que foi a cirurgia e tudo mais. Se tava indo tudo bem, me pediam exames pra verificar... e não aconteceu. Eu que tive que correr atrás, tive que ficar em fila, de madrugada, pra conseguir. [...] Porque a gente, pra pagar uma consulta... você talvez até consiga? Consiga. Mas são muitos exames. Pra pagar consulta e exame, você não dá conta, né? Sem plano de saúde e tudo.

[Eliete]

Em si, a cirurgia foi tranquila, só que eu peguei bactéria hospitalar e, com 10 dias, eu voltei para o hospital HMIB e já fui direto para a UTI. Nossa, foi muito difícil, porque eu fiz a cirurgia, aí eu fiquei... assim que eu recebi a alta do hospital, eu fiquei dois dias na casa da minha mãe, em Brazlândia, aí eu vim embora. Aí, quando foi no Dia das Mães de 2022, eu comecei a sentir uma dificuldade para respirar. Aí eu procurei – isso foi um domingo –, eu procurei o hospital daqui. Só que, chegando no hospital daqui, o médico nem examinou, só falou que eu tinha que procurar o hospital que eu fiz a cirurgia. E passou o medicamento, aí a dor passou. Só que, quando o efeito do medicamento passou, voltou tudo de novo. Aí eu procurei o hospital, infelizmente, foi o mesmo médico, ele falou a mesma coisa: “você tem que procurar o hospital onde você operou”. Isso foi numa terça, e o meu retorno era na quinta. Aí, no terceiro dia que eu procurei o hospital daqui, foi um outro médico, ele me examinou, ele falou: “ó, você está com pneumonia, vou te passar um antibiótico, você vai tomar, mas você tem que procurar o hospital em que você operou”. Quando eu cheguei no HMIB, eu cheguei e durou mais ou menos umas três horas para eu ser atendida. E, quando eu fui atendida, até então, eles falaram que eu ficaria em observação, iria fazer um exame de COVID. E depois disso, em questões de minutos, já veio um monte de médico, aí já me levou direto pra UTI. Porque deu líquido no pulmão, deu derrame pleural. A bactéria se transformou em pneumonia, que deu derrame

pleural, aí eu fui pra UTI, fiquei quatro dias na UTI, depois saí da UTI, fiquei mais uns dias no quarto, depois eu voltei pra UTI de novo. Fiquei mais dois ou três dias na UTI. Fiquei uns dezesseis dias na UTI. Depois da retirada... eu fiquei com sequela no meu pulmão, o meu pulmão, ele ficou um pouco necrosado, então, assim, dependendo do que eu faça, eu canso muito rápido, né. Não tenho mais dores nas pernas, dor de cabeça, nossa, minha dor de cabeça melhorou demais, eu não tenho mais aquelas dores de cabeça, graças a Deus, não tenho dor na barriga, melhorou. Nossa, se não fosse o problema no pulmão, eu diria que [fiquei] 100%.

[Rejane]

Eu fiz a cirurgia em 2019, a primeira cirurgia de retirada das trompas. Na verdade, o médico que fez a minha cirurgia, ele cortou e puxou o dispositivo, e puxar não pode, porque ele fragmenta. Então, ele fragmentou pra dentro do meu útero. Mas, na época, eu não sabia que tinha acontecido isso, então eu fiz... eu tenho até foto da retirada das minhas trompas. Pra mim, estava perfeito. E aí, pra mim, eu estava livre de todo o processo do dispositivo, mas, passou uns meses, eu comecei a sentir dores piores e eu não sabia que era por conta do dispositivo dentro do útero. Eu só fui descobrir que estava dentro do útero em 2022, quando eu fui procurar essa outra médica do hospital de Taguatinga, que ela me passou o raio-x e, no raio-x, acusou o dispositivo dentro do meu útero, por isso que eu estava com essas dores piores, por isso que deu adenomiose e tudo mais. E aí, ela me encaminhou pra cirurgia e, numa dessas nossas idas e vindas à Secretaria de Saúde, foi quando a gente pediu pra ser incluídas nas cirurgias pagas [em um mutirão de cirurgias eletivas custeadas pela SES em hospitais particulares].

Aí eles começaram a chamar as mulheres pra fazer as cirurgias, né. Quando foi em 2023, eu fiz a minha cirurgia pelo [hospital] particular, paga pelo SUS, que me chamaram na fila de regulação. Aí eu fiz, no hospital de Águas Claras, a retirada total do útero com o colo do útero. Só que, na biópsia, não mostrou o dispositivo. Na verdade, eles fazem a biópsia e eles, de forma alguma, eles falam sobre o dispositivo, eles falam sobre o órgão, porque até as meninas que tiraram total o útero, com trompa e tudo mais, eles não colocam que tinha algo dentro das trompas, né. Então, pode ter sido por isso, mas tá na mão dos advogados, também, pra ver se eles vão pedir uma nova biópsia ou não, pra saber se estava mesmo. Porque a doutora [...], médica do hospital de Taguatinga, ela falou que iria me operar com raio-x, com a máquina embaixo, porque se o dispositivo... ela não tinha certeza se ele estava dentro do útero ou na coluna, então ela ia fazer esse procedimento, né, e, se tivesse dentro do útero, seria por vídeo, por baixo, mas, se caso não fosse, aí ela iria me abrir [para retirar possíveis fragmentos do dispositivo alojados em outras partes do corpo], ia pedir até autorização. Eu

falei “não, tudo bem”. Quando foi para o particular, todas essas informações, eu passei pra médica que me acompanhou na hora do processo no particular, só que o médico que me operou foi outro, tanto que eu não vi. Eu não queria que eles tivessem me dado anestesia antes de eu conversar com o médico que me operou, mas aí a médica falou: “não, eu passei tudo pra ele”. Eu falei: “não, mas eu queria conversar com o médico que ia me operar”, mas eles me apagaram. Quando eu acordei, já estava no quarto, e aí ele falou: “não, ocorreu tudo bem, a gente tirou o útero, o colo do útero e tudo mais”. Eu falei: “não, mas é porque tinha uma situação”, mas aí eles não me escutaram. [...] Quando chegou o resultado da biópsia, deu essa cervicite crônica em todo o órgão, tava com uma inflamação grande em todo o útero. Graças a Deus, eu já não sinto essa cólica, essas dores que eu sentia terríveis, mas, em compensação, eu estou descobrindo a fibromialgia e tô tratando da fibromialgia.

Eu coloquei em 2012, aí eu vim tirar em 2019, sete anos, sete anos de dispositivo. Mas eu vim terminar de retirar ele agora em 2023, quase 10 anos de dispositivo dentro de você. Não tava ele todo, mas ainda tava aquele pedacinho, tanto que o pedacinho deu aquela inflamação toda dentro do útero. Imagina ele nas trompas, ali, só inflamando tudo ao redor, como é que a mulher fica boa? Não fica. O quadril, as pernas, essas dores nas pernas, eu acho que todas sentem essas dores na perna. Tem dias de eu não conseguir dormir à noite, de tantas dores. Se eu fico muito tempo em pé, à noite, minhas pernas doem a noite inteira. Até hoje, pra dormir, eu tenho que tomar remédio pra dormir. Como eu tirei o ano passado, foi quando eu descobri que eu tô com a fibromialgia também, aí, pra dormir, eu tenho que tomar remédio, pra poder conseguir dormir. Eu não gosto de tomar remédio, não gosto de tomar esse remédio todos os dias, porque me deixa assim meio aérea, você só quer dormir, e minha vida é muito corrida, eu não gosto de [faz cara de sono].

[Kelli Luz]

E a cirurgia [de retirada] que eu fiz também, depois da cirurgia, eu sofri demais, sabe? Eu sofri muito, muito no pós-operatório. Até hoje, eu tenho sequela. Ainda sinto dor no lugar da cirurgia. E sem contar que a gente perdeu um órgão da gente por conta de erro, né? De erro deles lá. Porque se era uma coisa que, no futuro, ia fazer mal pra gente, a gente tinha que retirar nosso útero. Eu fiz uma histerectomia total. Tirei tudo, né? Tirei o útero, o colo. Tirei trompa... Tirei tudo. Mas, assim, foi uma coisa, assim, muito ruim. Eu não desejo pra ninguém. Nada vai trazer nossa saúde de volta, né? As mulheres que operaram, nenhuma de nós vai ter mais nossa saúde, nossa vida como a gente tinha antes.

[Jane Naiva]

[Depois da retirada] Mudei minha vida. Mudei minha vida em partes. Por quê? Hoje eu não me olho... Olha o peso que eu tô. Hoje eu tô com mais de 100 quilos. Eu não me olho... Você vê isso aqui? Eu não me olho no espelho. Eu já me acostumei, assim, eu não me paro diante do espelho, nem nada. A autoestima minha é muito baixa. Porque, assim, é desmotivador. E fora em serviço, que eu dava muito atestado, essas coisas, por causa das dores. E o pessoal achava que era brincadeira.

Mas, depois que retirou, nossa, mudou 90% em relação a isso. Não vivo mais em hospital. Acabou a minha dor. E se eu te falar que isso foi em cinco dias... Cinco dias que retirou isso de mim, passou os enjoos e mal-estar. Em cinco dias. Porque, nos primeiros dias, a gente não podia dizer, porque era por causa da cirurgia, mas, depois de cinco dias, eu não sentia mais nada. Era uma coisa sem explicação. Você falava assim... “que milagre foi esse?” [...].

Parece que já tinha estourado a trompa. E a ponta dele, acho que ficava, assim, furando dentro de mim. Inacreditável. Eu mesmo não sabia de onde vinha tanta dor. Eu andava assim [entorta-se para um lado]. Quem me conhecia, era assim, aquele trem me furando. Com dor nas costas, porque ele me furava, ele abriu. O meu [dispositivo], quando eu tirei, ele estava aberto, assim, a mola.

[Simony]

A cirurgia foi bem, fiz a cirurgia, correu tudo bem, fui para o meu processo de recuperação. Quando eu estava no meu processo de recuperação, a princípio o médico me deu um atestado de 30 dias, mas, como foi uma cirurgia mais extensa, ele falou assim: “ó, pode chegar até 60, porque eu quero que você fique bem, então, a partir dos 30 dias de cirurgia, a cada 15 dias você vem que eu quero acompanhar de perto, porque é uma cirurgia extensa, dolorida, etc”. E passou tudo o que precisava. Só que, quando eu estava com 23 dias de operada, eu tive uma intercorrência, que foi o quê? Eu tive uma obstrução aguda do intestino e um volvo de ceco, que é o chamado nó nas tripas. Fui para a UTI e eles tentaram fazer a... eu acho que é distorção, eu não sei se esse é o termo, mas, assim, eles tentaram reverter essa torção que deu com medicação e com aquilo que era necessário, sem um procedimento invasivo, sem uma cirurgia, porque eu estava recém-operada, eu estava com 23 dias de operada. Enfim, fiquei internada na UTI, eu passei os três dias ali com muita medicação, enfim, um processo muito dolorido, só que não surtiu efeito.

Por fim, o médico decidiu, depois de três dias de internada, ele juntou com a minha família, com quem estava ali na hora, e falou que não tinha o que fazer, que ele ia precisar realmente ir para

o procedimento cirúrgico, porque tudo que eles tinham tentado fazer, de forma menos invasiva possível, não tinha surtido efeito. E aí, isso eu sendo monitorada, fazendo vários exames o tempo inteiro e tudo, fui para o procedimento cirúrgico, que era o quê? Abrir novamente, desfazer o volvo, só que, quando ele abriu, além do volvo, além desse nó, o volvo de ceco, ele viu que tinha apêndice inflamado também, ou seja, quando ele abriu, ele não achou só o volvo, não era só o nó que tinha que desfazer, tinha o apêndice que estava inflamado também.

E, no meu processo de cicatrização, deu brida, que é como se fosse assim, como se tivesse assim, você está cicatrizando a parte interna e o intestino colou nessa brida, o que favoreceu para que desse esse volvo, né? Enfim, o que ele me explicou mais ou menos foi isso, que foi uma sucessão de coisas que aconteceram, que não poderiam, não deveriam acontecer, ou que não eram normais acontecer, mas que infelizmente eu fui premiada e aconteceu. Enfim, aconteceu tudo isso, eu passei pela cirurgia, saí da cirurgia, só que meu intestino parou.

Então, eu saí da cirurgia e era para funcionar, tipo, “tudo bem, vai ficar tudo bem agora, porque você desfez aquilo que precisava, está tudo certo, tirou o apêndice que estava inflamado, desfez o nó”, só que não, meu intestino, ele entendeu que não precisava funcionar. Não sei, e aí eu fiquei nove longos dias na UTI, nesse processo de fazer com que meu corpo voltasse a funcionar. Então, eu fiquei nove dias sem comer, sem beber, eu fiquei nove dias entre a vida e a morte, sem saber se ia sair ou quando ia sair, perdi mais de sete quilos nesse processo, porque você não se alimenta, eu tive que ir para a sonda parenteral, para a alimentação ir direto para o estômago, porque parou, simplesmente parou... até a água entrava, voltava. Enfim, depois desse processo, quando meu intestino reagiu e funcionou, a base de medicação, que eu recebi alta, eu tive que ir para a casa de fralda, reaprendendo a comer, reaprendendo a andar, porque você perde a questão da mobilidade, e aí eu fiquei mais uns setenta dias, enfim, afastada.

[Shely]

Tem meninas que fizeram a retirada e ficaram maravilhosamente bem, que não têm problema nenhum. E já outras, não. Não cessaram as dores, aí começaram a desenvolver outras doenças. Tipo eu, que comecei a desenvolver a fibromialgia, entendeu? Tem uma que está com uma doença autoimune. Já é a terceira que está com doença autoimune, e o médico dela falou que a autoimune é por trauma, é por trauma também, sabe? Então, assim, como ficar boa de uma hora pra outra? Não existe. Tem umas que vai estar boa e tem umas que não vai estar boa. Isso a gente já tem toda certeza.

[Kelli Luz]

Eu me senti bem nos primeiros meses. Hoje, eu sinto muita dor nas pernas. Hoje, é... Eu vou... Assim, é porque é uma entrevista e eu preciso falar a verdade. Eu não consigo ter relação com o meu esposo. Inclusive, eu até sangro. [...] E, antes de fazer, eu tinha toda uma... Eu era ativa, né? Eu não sentia muito. Sentia dor normal. Dor de cabeça, às vezes. Dor que toda mulher sente. Cólica menstrual. Mas minha vida era ótima. Desculpa dizer, mas já que você está perguntando, até a vida sexual era boa. Depois da cirurgia [de retirada], ficou ruim. Depois do Essure ficou ruim e, depois da cirurgia, ficou pior.

[Kelly Cristina]

Eu nunca me senti bem depois da retirada. Depois da retirada, eu tenho um quadro de fraqueza, de náusea, de tontura, e, assim, eu nunca me senti recuperada depois da cirurgia. Eu posso até te dizer que eu me sentia melhor antes da cirurgia. Mesmo tendo quadros de situações e dores e questionamentos, eu ainda me sentia melhor antes da cirurgia do que depois da cirurgia. Então, assim, eu até pensei, depois da cirurgia, que eu tivesse um quadro de anemia ou coisa parecida, mas eu não estou anêmica, meus exames estão aparentemente normais, mas o meu corpo não está normal. Então, assim, eu tenho me sentido fraca, muito fraca, depois disso.

Quando eu fiz a cirurgia, eu voltei no meu retorno e falei para a doutora [...] que eu estava sentindo uma dor do meu lado direito, no local cirúrgico, só que ela olhou a cirurgia e disse que estava bem sarada externamente, que eu não tinha quadro de nenhuma infecção ou alguma inflamação. Então, ela disse que, se eu sentisse alguma coisa, que eu procurasse a ginecologia do posto de saúde. Então, assim, achei errado, pelo fato de fazer a cirurgia lá e a minha cirurgia ter sido complexa, porque mexeu na minha parte inferior do sistema reprodutor e mexeram na minha parte digestiva. Então, penso que, no mínimo, deveria ter pedido um exame, uma ecografia e uma ressonância para ver se está tudo certo. Com o meu intestino, com a minha parte reprodutora que ainda ficou, que só ficaram os ovários, mas, em uma ressonância que eu fiz, não apareceu o ovário esquerdo, então, inclusive, eu tenho que fazer um outro exame e ver se realmente estou com o ovário esquerdo ou não. E logo depois, também... eu sinto, desde a cirurgia, uma dor na região abdominal, logo abaixo do umbigo. Assim, qualquer massagem ou aperto que eu faço nessa região, ela é dolorida, ela não era dolorida e ficou dolorida depois da cirurgia. Então, assim, é isso. Para mim, não melhorou nada, e acho que piorou depois da cirurgia.

Muitas mulheres tiveram a expectativa de aliviar dores de cabeça, dores no corpo, quadros alérgicos e, para mim, não foi o caso. Eu não aliviei nada. Pelo contrário, o meu quadro alérgico anda pior. Não sei se tem a ver, porque, assim, algumas mulheres tiveram que ser submetidas à cirurgia duas vezes ou três vezes, porque ficaram resquícios do metal no corpo e isso estava sendo prejudicial para o corpo. O meu metal nem estava nas trompas, então ele estava fora das trompas, não sei se ficou resquício de metal no meu intestino e se está causando alguma coisa no meu corpo. E a Secretaria de Saúde em si, ela não tem interesse em saber. Para ela, tanto faz o que a mulher está sentindo ou deixa de sentir, eles não estão preocupados com isso. [...]

Eu mesma, quando fiz a cirurgia, eu estava com o dispositivo em um local possível de morte, de infecção generalizada. Então, foi uma situação que ocorreu que eu estava correndo risco de morte a qualquer momento. Depois, eu tive a situação de ter uma filha, que eu já não queria mais filhos. E nem condições financeiras e estruturais eu tinha pra ter mais filhos. Então, eu penso que quem é responsável por isso é o próprio governo. Quando ele nega uma mulher que não quer mais filhos, ele nega isso pras mulheres, é responsabilidade dele.

[Emanuele Simoni]

Eu sinto que eu preciso de respostas devido à negligência que eu tive. O HMIB, em si, ele sempre foi negligente com a gente. E a prova disso é que eu peguei uma bactéria hospitalar. Então, eu sinto que, hoje, eu me sinto mutilada. Eu me sinto mutilada. Eu falto um órgão em mim, que poderia estar aqui. E mesmo depois da retirada, o Essure em si me prejudica, porque hoje eu tenho um pulmão, um problema no pulmão. Entendeu?

[Rejane]

E, assim, eu espero que o Estado, né, assim, possa indenizar a gente. Que a gente possa, né, receber por isso. Por todo esse transtorno que a gente passou. Por todo esse sofrimento. Eu espero que um dia eles possam enxergar, né? E possam pagar pra gente por tudo que a gente passou. Porque o que eles pagam pra gente não vai pagar o sofrimento, né?

[Jane Naiva]

Nesse momento, eu acho que cabe o papel do Estado de assumir a sua culpa no sentido de... Por que vocês compraram um dispositivo que não tinha o aval da Anvisa para ser colocado em mulheres da periferia? Porque, apesar de ser uma pessoa que estuda, que trabalha, que tem autonomia, eu sou da periferia. Eu sou de Santa Maria. É como se fosse assim. Eu furei a bolha no sentido de estudar. Mas eu continuo sendo uma mulher negra periférica. E que fui apresentada para um dispositivo que foi comprado pelo sistema de saúde.

Eu entendo que as coisas acontecem por um motivo, mas é muito desumano. O sentimento que eu tenho é que nós fomos cobaias. Da indústria farmacêutica, da indústria... Do governo, do Estado, sei lá, nós fomos tratadas como... Não foi como ser humano, sabe? A gente foi tratado como rato de laboratório, porque mulher da periferia não tem voz, porque não tem acesso à informação, enfim. Eu me sensibilizo e me revolto por mim e pelas outras que estão na mesma situação. [...]

Só aqui em Brasília, foi em torno de duas mil mulheres que colocaram esse dispositivo. Eu tenho ciência de mulher que colocou o dispositivo, fez a retirada, mas está num processo de alergia ao níquel. E que perdeu a qualidade de vida, perdeu o emprego, perdeu o marido, perdeu tudo. No meu caso, assim, muitas mulheres... eu sou a exceção, como eu falei, eu estou fora da curva. Porque a maioria das mulheres que colocaram o dispositivo Essure, durante o período mesmo de dor e de crise, elas não conseguiam ter relações sexuais com o marido, o marido não conseguia esperar, abandonou. Apesar de ter toda a dor e tudo, assim, eu não perdi o meu casamento. Mas quantas coisas eu não perdi também? Mas tem mulher que está numa situação pior, que foi abandonada, com filhos pequenos, que hoje não tem autonomia para trabalhar, porque, de repente, faz um trabalho que, diferente do meu, não é tão braçal. Eu consigo trabalhar de casa, com computador, de forma remota, mas tem mulher que faz trabalho braçal, e que precisa, assim, lavar um chão, puxar um rodo, e não consegue fazer. Não tem essa qualidade de vida, sabe? Então, assim, são muitas questões envolvidas. Então, quando eu falo da minha dor, estou falando da minha dor, mas entendendo que existe um universo de mulheres, e que precisam ser ouvidas. E que, infelizmente, o Estado não ouve, não dá voz. E, assim, é como se fosse invisível. E, nesse momento, eu me coloco nesse lugar de mulher invisível, que foi agredida, e que não teve ninguém que falasse “pô, me desculpa, tá aqui, eu vou”... [Ela segura o choro.]

[Shely]

[Eu] participei ativamente do início da mobilização das mulheres vítimas do Essure e da criação da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb). Junto com a Kelli e tantas

outras mulheres, seguimos em uma batalha incansável por saúde, justiça e dignidade. Perdemos muito após a implantação do dispositivo, mas ganhamos força coletiva, voz e consciência de direitos.

Atualmente, faço parte da Diretoria da Amveb, atuando na área social, colocando minha formação e minha experiência a serviço de outras mulheres que ainda enfrentam sofrimento, invisibilidade e violação de direitos. Minha história é marcada por dor, mas também por resistência, solidariedade e luta. É um relato de vida que carrega cicatrizes, mas também esperança e compromisso com a transformação social.

[Gislaine]

Então, assim, o resumo, toda a minha história é essa, né?

[Caira]

Eu sou uma mulher cheia de sonhos.

[Rejane]

Ao refletir sobre as críticas que recebeu a seu projeto – à época, ainda não publicado – de escrever sobre a guerra a partir do testemunho de mulheres, Svetlana Aleksiévitch (2016b) pontua que: “Mais de uma vez me avisaram (especialmente homens escritores): ‘As mulheres vão inventar para você. Vão criar’. Mas eu cheguei à conclusão: é impossível inventar isso. Copiar de alguém? Se é possível copiar isso, é só da vida; só ela tem tamanha fantasia” (p. 19).

Há algo de surreal e inacreditável no depoimento das mulheres vítimas do Essure. Talvez seja difícil de aceitar que as situações narradas são verdade porque presumimos (com razão) que muitas coisas precisariam dar errado para que chegássemos a um ponto tão grave: falhas nas pesquisas clínicas, na comunicação entre as fabricantes e as agências de vigilância em saúde, no processo de inserção do dispositivo, no acompanhamento regular das mulheres, nos protocolos de retirada... Nos próximos capítulos, retomo essa outra história sobre o Essure – que chamei, no início desta seção, de trajetória social do dispositivo – de modo a desenhar a cadeia de acontecimentos nas quais esses problemas se embrenham.

Capítulo 3 – Os grandes feitos e o heroísmo: a trajetória social do Essure no Distrito Federal

Os documentos são seres vivos, eles mudam e vacilam junto conosco, é possível extrair algo deles eternamente. Algo novo que nos é necessário justamente agora. Neste minuto. O que estamos procurando? Em geral, o que nos parece mais interessante e próximo não são os grandes feitos e o heroísmo, mas aquilo que é pequeno e humano.

Svetlana Aleksievitch, em *A guerra não tem rosto de mulher*

Ao falar sobre suas vidas, as mulheres vítimas do Essure constroem uma história sobre o dispositivo. Não tenho dúvida (e talvez eu ainda me repita várias vezes sobre isso) de que o depoimento delas é parte fundamental para compreendermos o que o Essure é. Neste capítulo, porém, gostaria de mudar novamente de perspectiva. O testemunho das mulheres deixa de ser o foco, e passa a integrar um conjunto mais amplo de documentos que, juntos, registram a trajetória social do Essure no Brasil e no Distrito Federal.

Inspirada pelos estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade, compreendo o Essure como um objeto sociotécnico, que possui agência e que está envolvido em redes e relações sociais (Latour, 2013; Akrich, 2014; Oudshoorn, 2004; Manica, 2012; Jasanoff e Simmet, 2017; Pimentel et al., 2017; Brandão e Pimentel, 2020; Rohden, 2025; Medeiros, 2025). Como Nelly Oudshoorn (2004), parto do pressuposto de que as tecnologias não têm uma qualidade intrínseca e natural; elas sempre se constroem em processos de negociação, mediação e seleção, por meio dos quais incorporam valores e práticas culturalmente constituídas¹⁶. Recuperar a trajetória do dispositivo é, portanto, também uma tentativa de evidenciar os processos de socialização que estão implícitos na sua existência. É, como colocaria Latour (2013), um esforço de “despurificá-lo”.

Os documentos que informam esse processo de despurificação são: bulas, informes e campanhas das empresas responsáveis pela fabricação e distribuição do dispositivo Essure; informes e relatórios da Food and Drug Administration (FDA); normas, protocolos e notas técnicas de órgãos públicos brasileiros, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES), disponíveis publicamente ou obtidos por meio de pedidos de acesso à informação; reportagens e notícias publicadas pela imprensa ou por agências de comunicação governamental; registros de eventos e audiências públicas disponíveis publicamente; artigos científicos, teses e dissertações; depoimento das mulheres vítimas e das profissionais do sistema de justiça do Distrito Federal; e anotações da pesquisa de campo. Parece

¹⁶ Como afirmam Ana Cristina Pimentel e colegas (2017) a respeito de outro dispositivo contraceptivo, o Norplant, “[...] objetos biomédicos não podem ser resumidos a entidades que se limitam a seguir o destino anteriormente traçado por seus criadores e reordenado pela sociedade. Objetos biomédicos atuam e transformam, produzem redes e associações, sua ação é contingente, situada e relacional, enfim, são também atores sociais, ou actantes nos termos da sociologia de Latour” (p. 44).

muito, mas não o suficiente para montar um mosaico completo. Há buracos e caminhos ainda sem explicação, vazios que alimentam os litígios judiciais, as disputas epistêmicas e as indefinições quanto ao futuro das mulheres vítimas do dispositivo. Mas isso são outros capítulos.

3.1 Nasce um dispositivo

Quando pensamos no surgimento de uma inovação científica, costumamos imaginar um laboratório. Grandes ideias, achados inéditos, descobertas revolucionárias: todos cabem no espaço de uma sala branca, asséptica, equipada com microscópios, tubos de ensaio e placas de Petri. A imagem do laboratório – espaço sacralizado da criação de fatos científicos e da construção social da natureza (Latour e Woolgar, 1997) – é irresistível.

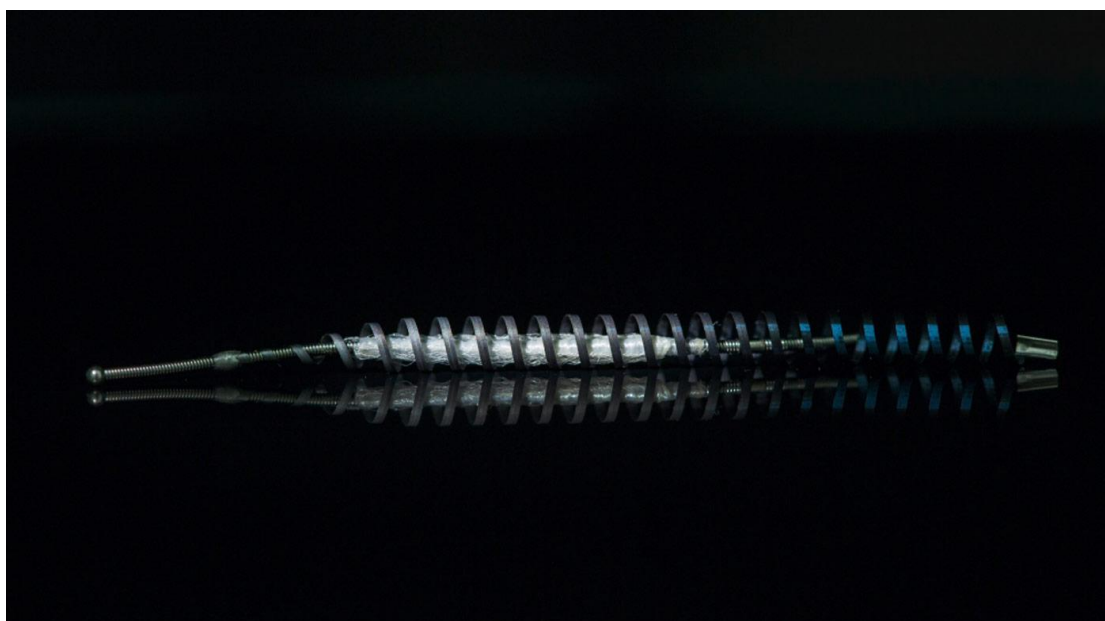
É esse cenário que visualizo quando penso nos estudos que, em 1988, Amy Thurmond, Julian Nikolchev e outros colegas conduziram para testar o protótipo do dispositivo contraceptivo que estavam desenvolvendo, um par de molas metálicas, concebidas para bloquear a passagem de gametas no sistema reprodutor feminino (Thurmond et al., 2004; Block, 2017). Os cientistas selecionaram 37 coelhas fêmeas¹⁷ e inseriram molas em 29 de suas tubas uterinas¹⁸. O que eles registraram: uma das inserções foi considerada falha, pois o fio de inserção se partiu; em onze casos, o dispositivo foi expelido pela trompa, indo parar no útero; em outros três, ele foi expelido, mas não foi localizado em nenhuma outra parte do corpo. Ao final, apenas 14 casos de inserção foram considerados bem-sucedidos, que correspondem a 48% do grupo com dispositivo e a 19% da amostra total. Como nenhum desses 14 tratos reprodutivos permitiu a formação de embriões, porém, a taxa de contracepção obtida foi de 100%. Um sucesso, a seu modo.

Até onde se sabe, esse é o primeiro teste feito com o Essure em seres vivos. Jennifer Block (2017) relata que, após o experimento, Julian Nikolchev, empresário do ramo médico, conseguiu levantar 35 milhões de dólares em investimentos para a fundação da *Conceptus, Incorporated* (Conceptus Inc.), empresa que passaria a fabricar, testar e comercializar o novo dispositivo. Os próprios autores do estudo também admitem que ele foi fundamental para que a Food and Drug Administration (FDA) aprovasse o início das testagens do Essure em mulheres (Thurmond et al., 2004).

¹⁷ Caso você, leitora, não saiba (como eu não sabia), as coelhas do tipo New Zealand Cross têm um sistema reprodutor muito similar ao nosso, e o calibre de suas trompas uterinas são apenas um terço menores que os de uma mulher adulta.

¹⁸ Como cada coelha tem duas tubas uterinas, a amostra do estudo é composta por 74 “tratos reprodutivos”, e não por 37 animais. O estudo não realizou acompanhamento pós-inserção do Essure, e todas as coelhas, com ou sem dispositivo, foram eutanasiadas ao final dos testes.

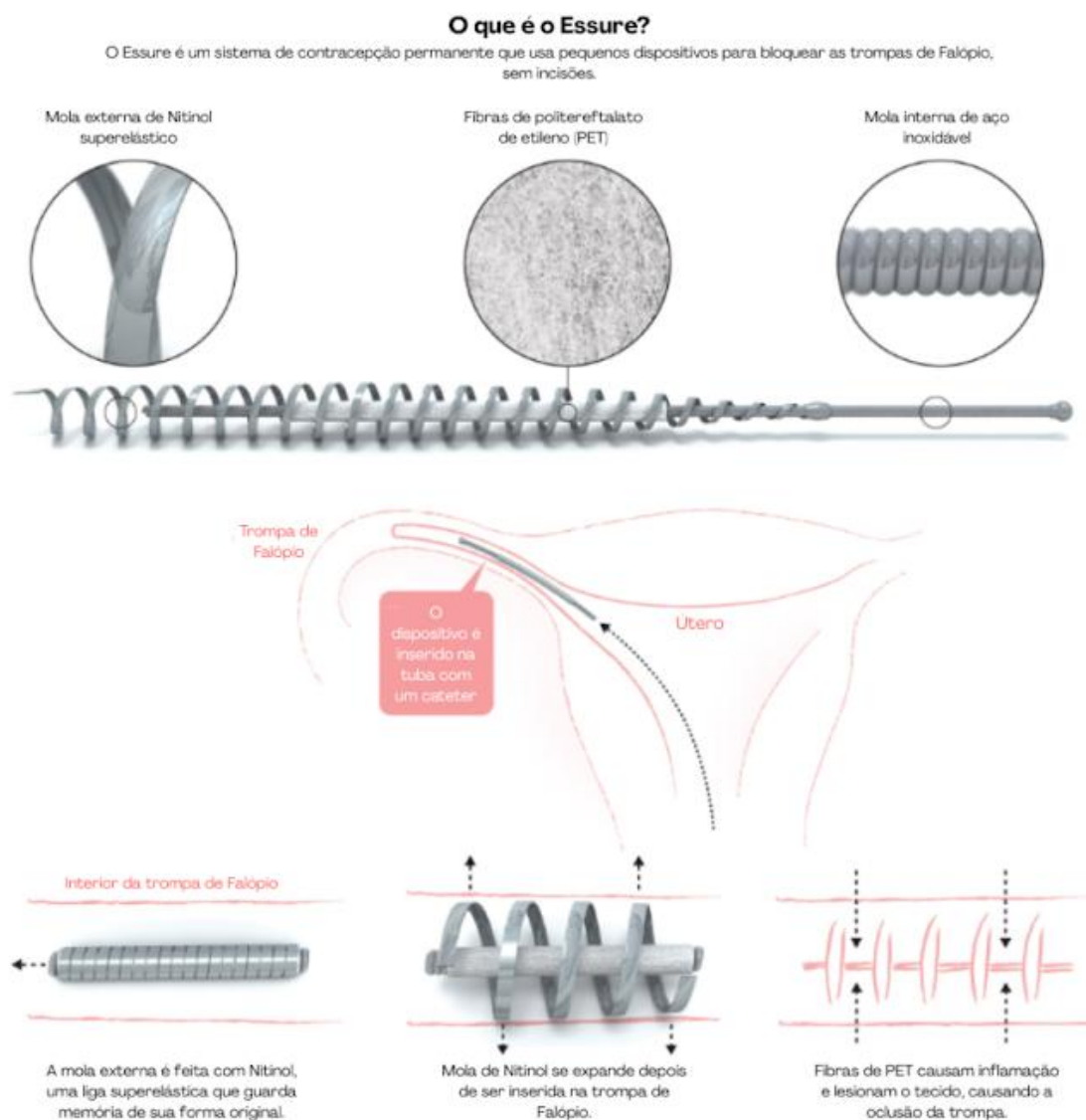
Para os experimentos em mulheres, os cientistas da Conceptus alteraram o protótipo do Essure, de modo a tentar evitar os problemas encontrados no estudo com coelhas. As molas metálicas – anteriormente compostas por um fio de cobre com fibras de politereftalato de etileno (PET), envolto por uma mola de aço ou platina –, passaram a ser desenvolvidas com um núcleo de aço envolvido por uma liga metálica de níquel-titânio, conhecida como nitinol. Com a mudança, o dispositivo passou a ser compactado em um cateter, facilitando a inserção nas tubas uterinas via histeroscopia¹⁹. Uma vez removido o cateter de introdução, as molas se expandiriam, se adequando ao tamanho das trompas de Falópio e permitindo que as fibras de PET, alocadas no centro do dispositivo, incitassem uma inflamação aguda (Thurmond et al., 2004). O objetivo era que, uma vez inseridas as molas, o corpo começasse a cicatrizar em torno do Essure, o que levaria ao bloqueio total das trompas e à obstrução da passagem de gametas. Não é simples de entender, então vale ilustrar²⁰.



Fotografia de uma mola expandida do Essure. Créditos de Matej Povše/Oštro, em Chavkin (2020).

¹⁹ A histeroscopia é um procedimento ginecológico que permite a visualização de toda a cavidade uterina, a partir da inserção de um histeroscópio, instrumento canular longo e com uma câmera acoplada, pela vagina. Ela pode ser usada para diagnóstico de patologias ou para a realização de intervenções cirúrgicas (Reis et al., 2022; Ribeiro, 2023).

²⁰ É possível assistir a uma demonstração sobre o processo de inserção do Essure, em formato de animação, no canal de um ginecologista brasileiro no YouTube (https://youtu.be/zWQ4h_VBZZU?si=hL4bn7JMF3Uixxq7). Também são abundantes, na rede social, gravações do procedimento em mulheres. Regra geral, os canais que postam esse tipo de vídeo não mencionam se as pacientes gravadas consentiram com a reprodução de sua imagem, razão pela qual preferi não os copiar aqui.



Representação ilustrativa do Essure, com composição e mecanismo de inserção. Traduzido e adaptado a partir de Block (2017).

Esse protótipo virou o dispositivo conhecido como Sistema Essure™, submetido para aprovação pela FDA em abril de 2002.

Sheffield (2019) registra que a aprovação de dispositivos médicos nos Estados Unidos, conduzida pela FDA, é regulada pelo *Medical Devices Amendment Act*. Durante o processo de aprovação pré-comercialização, um dispositivo pode ser enquadrado nas classes I, II ou III, conforme sua similitude a dispositivos já disponíveis no mercado, seu potencial de causar lesões ou doenças e sua indispensabilidade para a manutenção da vida humana (FDA, 2020). Luvas de procedimentos e torniquetes elásticos costumam ser enquadradas na classe I, enquanto cadeiras de rodas motorizadas e testes de gravidez podem ser tipificados como classe II (Sheffield, 2019), por exemplo.

Após sua submissão à FDA, o Essure foi classificado como um dispositivo classe III, categoria reservada a artefatos de maior potencial lesivo, necessários à manutenção da vida ou de substancial importância para a saúde humana (FDA, 2019; Sarata, 2023). Por conta deste enquadramento, a Conceptus Inc. foi obrigada a submeter o Essure a um processo de aprovação pré-comercialização (*premarket approval* – PMA), que envolve uma “revisão científica e regulatória” para avaliação da segurança e da efetividade de dispositivos médicos (FDA, 2019).

Embora seja a avaliação mais rigorosa imposta pela FDA a dispositivos médicos, a PMA é alvo de críticas de especialistas, que apontam fragilidades nos processos de aprovação (ICIJ, 2018; Martinez, 2021; Hintz, Applequist, 2023). Para Dhruva, Bero e Redberg (2009), a análise de novos produtos pré-comercialização raramente é ancorada em estudos “fortes” – isto é, duplo-cego e randomizados²¹ – o que pode levar a falhas e abrir espaço para resultados enviesados. Neste sentido, Jessica Walter e colegas (2016) apontam que, dentre os 18 dispositivos aprovados pela FDA na área de ginecologia e obstetrícia entre 2000 e 2015, 42% não apresentaram resultados de estudos clínicos randomizados. O Essure estava neste grupo.

No caso do Essure, a FDA entendeu que ele poderia ser submetido ao processo de revisão acelerada (*expedited review*) destinado a dispositivos inovadores (Sarata, 2018), por “oferecer vantagens significativas sobre as alternativas de contracepção permanente disponíveis no mercado” (FDA, 2002, p. 24, tradução própria). Isso fez com que os documentos submetidos pela Conceptus Inc. recebessem prioridade na fila de análises e com que a FDA fornecesse consultoria técnica à empresa durante o processo de aprovação.

É difícil prever se os problemas atribuídos ao dispositivo nos anos subsequentes poderiam ter sido evitados com avaliações pré e pós-comercialização de maior qualidade e com a disseminação mais oportuna e transparente dos resultados do estudo, mas autores como Sanket Dhruva, Joseph Ross e Aileen Gariepy (2015) apostam que sim. Eles frisam que a aprovação do Essure foi baseada em apenas dois estudos não randomizados, sem avaliação duplo-cega e sem grupo controle. A taxa de confiabilidade considerada pela PMA foi calculada com base em acompanhamentos de apenas três meses pós-implantação, que, embora tenha constatado a localização adequada do dispositivo e a oclusão bilateral das trompas de Falópio, desconsiderou as pacientes que sofreram com falhas na inserção do Essure.

Os trabalhos a que Dhruva, Ross e Gariepy (2015) fazem referência foram conduzidos pela Conceptus Inc. entre novembro de 1998 e junho de 2001: um estudo de fase II, com 227 mulheres, e

²¹ Sobre o “padrão ouro” de ensaios clínicos randomizados e o papel de controle e padronização da FDA, vide Rosana Castro (2018).

um estudo pivotal, com 518 mulheres²² (FDA, 2002; 2008). Embora esses estudos não estejam disponíveis para consulta integral²³, a FDA (2002) registrou, no relatório que subsidiou a aprovação do dispositivo, os achados sobre efeitos adversos durante a inserção do dispositivo e após dois anos de acompanhamento. Depois de um ano com o dispositivo, por exemplo, 9% das mulheres afirmaram sentir dores nas costas, e sintomas como dores abdominais, cólicas severas, dores no ato sexual e dores de cabeça foram registrados em mais de 2,5% das pessoas com o Essure²⁴. Contudo, o relatório conclui que o risco mais significativo observado no Estudo Pivotal:

[...] foi a incapacidade de confiar nos Microimplantes para contracepção, devido à incapacidade de obter colocação bilateral inicialmente (14%), ou ao posicionamento incorreto dos microimplantes, que resultou, por sua vez, em perfuração, colocação proximal levando à expulsão ou outra localização insatisfatória do microimplante (inicialmente, 4,5%; finalmente, 2,6%).

Além disso, os dados desses dois estudos de eficácia clínica baseiam-se apenas em acompanhamentos de 1 e 2 anos. Os riscos da implantação a longo prazo são desconhecidos. Isso é de especial importância em relação à gravidez, incluindo a gravidez ectópica (p. 22, tradução própria).

No momento da aprovação, garantir que as mulheres não engravidariam parecia mais importante que se certificar de que elas não teriam outros efeitos adversos. Ao examinar a trajetória do contraceptivo Norplant no Brasil, Ana Cristina Pimentel e colegas (2017) apontam que, nos anos de 1970, a ideia de *falta de segurança* costumava se referir menos a efeitos colaterais do que a “falha contraceptiva”, isto é, a eficácia ou efetividade. Essa compreensão refletia uma tendência de minimizar a gravidade dos efeitos adversos, sob o argumento de que gravidezes não planejadas trariam mais danos às mulheres que eventuais complicações do anticoncepcional. Embora o instrumental ligado à ética científica tenha evoluído muito desde então, é possível que essas concepções, a se ver pela trajetória do Essure, ainda tenham espaço na avaliação de novos produtos.

²² De acordo com a FDA (2013), os dispositivos médicos podem passar por três estágios de desenvolvimento clínico. “Inicialmente, os dispositivos médicos podem passar por um estágio clínico exploratório. Nesse estágio, as limitações e as vantagens do dispositivo médico são avaliadas. Esse estágio inclui estudos pioneiros em humanos e estudos de viabilidade. O próximo estágio, o estágio pivotal, é usado para desenvolver as informações necessárias para avaliar a segurança e a eficácia do dispositivo, conforme o uso pretendido identificado. [...] Por fim, os dispositivos passam por um estágio pós-comercialização, que pode incluir um ou mais estudos adicionais para melhor compreensão da segurança do dispositivo, como eventos adversos raros e eficácia a longo prazo” (p. 4, tradução própria).

²³ Em 2001, Kerin, Carignan e Cher (2001) publicaram achados de uma pesquisa clínica com Essure, aprovada em 1998 e conduzida nos anos seguintes, no Ashford Essure™ pbc Training and Research Centre, na Inglaterra. É provável que esta pesquisa tenha sido parte do estudo pivotal multicêntrico realizado pela Conceptus, que reuniu 12 centros médicos, mas não consegui confirmar esta informação.

²⁴ Em 2015, um escritório de advocacia que representa mulheres vítimas do Essure nos Estados Unidos enviou uma petição à FDA em que se alegava que os estudos clínicos que subsidiaram a aprovação do dispositivo foram fraudados. A acusação é baseada no relato de mulheres que participaram dos estudos e que afirmam que seus históricos médicos foram adulterados para mascarar efeitos adversos (Koch Parafinczuk & Wolf, 2015). Esta alegação não é explorada, porém, nos relatórios da FDA, e é difícil encontrar outras fontes para subsidiá-la.

Foi considerando, portanto, as altas taxas de sucesso na contracepção e os registros de que as usuárias estariam “muito satisfeitas” com o dispositivo, que a FDA aprovou a comercialização do Sistema Essure em 04 de novembro de 2002²⁵. Foram impostas, porém, algumas condicionantes à Conceptus Inc., como a continuidade do acompanhamento das mulheres que participaram dos estudos de fase II e pivotal durante cinco anos e a elaboração de bulas que informassem sobre a irreversibilidade do procedimento (FDA, 2002). Também foi determinado que a fabricante institísse um programa de treinamento clínico para capacitar médicas(os) para a inserção do dispositivo, e conduzisse um estudo para acompanhar o sucesso das inserções feitas por médicas(os) recém-capacitadas(os).

A preocupação com o momento da inserção parece fazer sentido. De acordo com Kerin, Carignan e Cher (2001), a técnica e o posicionamento corretos do dispositivo são cruciais para o estabelecimento do Essure. Os autores apontam que, para além da “arte da delicadeza da técnica” – isto é, “[...] das habilidades histeroscópicas para canular e manipular os dispositivos com sucesso dentro do lúmen tubário” (p. 370, tradução própria) –, é importante que haja uma comunicação constante entre médico e paciente para que o resultado seja bem tolerado e bem-sucedido. Guardemos essa informação.

3.2 A revolução na anticoncepção feminina chega ao Brasil

Quando foi aprovado pela FDA, em 2002, o Essure já havia começado a ser comercializado na Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Holanda, Indonésia, Itália, Noruega, Portugal, Reino Unido, Singapura, Suécia, Suíça e Turquia²⁶ (FDA, 2002). O Brasil chegou anos depois. Por aqui, o pedido de registro²⁷ do dispositivo foi apresentado pela Comercial Commed Produtos Hospitalares LTDA, empresa de importação e distribuição de produtos médico-hospitalares, em 2007. O registro efetivo veio em 30 de janeiro de 2009, por meio da Resolução nº 305/2009 da Anvisa (Anvisa, 2009).

²⁵ Block (2017) relata que a vice-presidente da Conceptus Inc., Cindy Domecus, que apresentou o pedido de aprovação do Essure à FDA, participou do Painel Consultivo para Dispositivos Obstétricos e Ginecológicos do Centro de Dispositivos da FDA, como representante do setor industrial, entre 1995 e 2001. Em 2002, quando ela apresentou o dispositivo ao Painel, quatro dos nove membros votantes do órgão já haviam trabalhado com ela. É impossível afirmar se essa relação foi determinante para a aprovação do dispositivo, mas podemos supor que ela tenha, de alguma forma, afetado a decisão do Painel.

²⁶ Optei por olhar mais detidamente para o processo de aprovação da FDA, em detrimento das agências sanitárias de outros países, em razão dos Estados Unidos serem o país da fabricante Conceptus Inc., o que é determinante no processo brasileiro de registro do dispositivo como “material de uso médico importado”, regido pela Anvisa.

²⁷ “Registro” é a designação usada no Brasil para se referir à permissão legal para que um produto médico possa ser comercializado ou administrado. O termo vem da Lei nº 6.360/1976, que determina que “nenhum produto sanitário, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde”. Ele equivale, de modo geral, à aprovação para comercialização concedida pela FDA.

Na página de consultas sobre produtos para saúde da Anvisa, bem como na Resolução nº 305, é possível verificar que o pedido de registro do Essure foi instruído administrativamente no processo nº 25351.350321/2007-88. Solicitei uma cópia deste processo via FalaBR - Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação do Poder Executivo Federal, em 2022, e através de protocolo próprio da Anvisa²⁸, em 2024. O acesso aos documentos, porém, foi negado sob alegação de que o processo havia sido cancelado. Pedi uma justificativa para a decisão, já que o cancelamento não impediria, a princípio, o compartilhamento de dados públicos, mas nunca recebi resposta. Resta-nos, então, extrair o que for possível das poucas linhas sobre o dispositivo que constam na publicação do registro no Diário Oficial da União (DOU).

Nº 22, segunda-feira, 2 de fevereiro de 2009

RESOLUÇÃO - RE Nº 305, DE 30 DE JANEIRO DE 2009

O Diretor da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de nomeação de 10 de outubro de 2008 do Presidente da República, o inciso VIII do art. 15 e o inciso III do art. 49 e o inciso I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, e a Portaria nº 04, de 11 de janeiro de 2009, publicada no DOU de 07 de janeiro de 2009, considerando o art. 12 e o art. 25 da Lei nº 6.360, de 29 de setembro de 1976, bem como o inciso IX, do art. 7º da Lei nº 9.294, de 26 de janeiro de 1999, resolve:

Art. 1º Conceder o Registro, o Cadastramento, o Cadastro, a Revalidação, a Alteração e o Desarquivamento, dos processos de Registro de Produtos para a Saúde, na conformidade da relação anexa.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

COMERCIAL COMMED PRODUTOS HOSPITALARES
8.02741-9
Dispositivos Para Contracepcao Feminina 25351.350321/2007
SISTEMA ESSURE
FABRICANTE : CONCEPTUS, INC. - ESTADOS UNIDOS
DISTRIBUIDOR : CONCEPTUS, INC. - ESTADOS UNIDOS
CLASSE : IV 80274190001
8026 - Registro de Material de Uso Médico IMPORTADO
8092 - Desarquivamento a pedido da Empresa

É importante ressaltar que, entre 2007 e 2009, período em que o Essure estava sob avaliação, o processo de registro era regido pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 185/2001 – posteriormente substituída pela RDC nº 751/2022 – e pela Lei nº 6.360/1976, ainda vigente. Essas normas, em especial as RDCs, são responsáveis por definir os documentos e os critérios considerados pela Anvisa para avaliação de registros, de acordo com a classe de risco atribuída a cada produto²⁹.

A RDC nº 185 especifica, em seu Anexo II, Regra 14, que todos os produtos médicos utilizados na contracepção ou para prevenção da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis enquadram-se na classe III. A exceção são os produtos médicos implantáveis e os produtos invasivos destinados a uso de longo prazo, que pertencem à classe IV. Produtos médicos invasivos são aqueles que penetram, total ou parcialmente, dentro do corpo humano, através de um orifício do corpo ou da

²⁸ Em fevereiro de 2021, a Anvisa (2021) estabeleceu que a solicitação e o fornecimento de cópias de processos de notificação e de registro de produtos para a saúde deveria ser feita por meio de um pedido direto à Agência. O processo demanda o preenchimento manual de um formulário e o envio de cópia do documento pessoal do solicitante. O procedimento é mais complexo e oneroso que uma demanda padrão via FalaBR, e sigo sem entender o que motivou o órgão a dificultar o acesso de informações pelos cidadãos.

²⁹ A avaliação e o registro do Essure coincidiram com um período em que estavam em discussão os processos de incorporação de novas tecnologias em saúde no Brasil. Sobre a institucionalização desses processos, vide Edith Maria Barbosa Ramos e colegas (2021) e Atena Zatarin (2022).

superfície corporal. Produtos implantáveis, por sua vez, são projetados para ser totalmente introduzido no corpo humano ou para substituir uma superfície epitelial ou ocular, por meio de intervenção cirúrgica, e destinados a permanecer no local após a intervenção. O registro não informa em qual dessas duas categorias o Essure foi enquadrado, mas deixa clara sua classificação como classe IV, destinada a produtos de “máximo risco” (Anvisa, 2001).

Com base nessa classificação, a Commed deve ter encaminhado à Anvisa uma série de documentos, que vão desde a aprovação para comercialização emitida pela FDA até um relatório técnico com a descrição detalhada do dispositivo, as pesquisas clínicas realizadas, as publicações internacionais sobre o produto e um plano de gerenciamento de risco (Anvisa, 2001; sd).

A atenção aos *riscos* e à sua gestão foi considerada uma novidade trazida pela RDC nº 185 em relação a normas anteriores (Anvisa, sd). Desde então, a ideia de risco tem ganhado cada vez mais espaço nas discussões sobre saúde e tecnologia (Lupton, 1993; Anvisa, 2011, 2017a; Luiz e Cohn, 2006; Carvalho, Andrade e Oliveira, 2019; Ramos et al., 2021), mas também nos debates sobre vulnerabilidade social e desastres (Beck, 2011; Mendes, 2015). Embora costume estar associado à probabilidade estatística do acontecimento de fenômenos danosos, com a teoria de Ulrich Beck (2011), nos anos 1970, o risco passou a ser encarado também como um elemento inerente e inafastável das sociedades modernas – e, claro, das tecnologias.

A Anvisa (2017a) considera que “a gestão do risco está intimamente relacionada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, que pressupõe o aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde” (p. 9). A RDC nº 185 especifica, por sua vez, que os riscos oferecidos pelos produtos médicos “devem ser aceitáveis em relação ao benefício proporcionado ao paciente e devem ser reduzidos a um grau compatível com a proteção à saúde e a segurança das pessoas” (Anvisa, 2001). A vigilância sanitária brasileira parte do pressuposto de que as tecnologias e os serviços de saúde estão inseridos em um contexto complexo, no qual nem todos os danos poderão ser evitados. Nos resta perguntar, porém, o que, exatamente, configura um dano ou um risco? E, mais importante, quem está sujeito a ele?

Pensar o risco médico e biotecnológico a partir de um olhar social nos provoca a não tomar o risco como um fato, mas como um processo moral e político que resulta em diferentes modos de enxergar a realidade, governar condutas, normalizar o social e produzir subjetividades (Carvalho, Andrade e Oliveira, 2019). Neste sentido, um artefato médico pode, por exemplo, ser classificado como *arriscado* ou não a depender do tipo de dano ocasionado, da população que atingirá ou, como aponta a própria Anvisa, dos eventuais *benefícios* que pode trazer. Os fenômenos que chamamos de risco se conformam e se negociam a todo momento e, como alerta Debora Lupton (1993), talvez eles

nos digam mais sobre os cenários ideológicos em que estão inseridos do que sobre a natureza do perigo que oferecem.

Quando olhamos para processos de aprovação ou registro de dispositivos, como os da FDA e da Anvisa, a menção a riscos está por toda parte. A própria existência de tipologias para classificar produtos médicos já é, por exemplo, um estabelecimento de limites e categorias sobre os tipos de perigo que se espera encontrar (e, idealmente, mitigar). É apenas no processo de avaliação do registro, porém, que aquilo que é conhecido sobre um dispositivo (composição, funcionamento etc.) é confrontado com os cenários projetados para sua circulação social (comercialização e administração, população alvo, possíveis danos, tipo e recorrência dos efeitos adversos etc.). Me pergunto o que, nesse momento crucial, os técnicos e as técnicas da Anvisa imaginaram sobre as mulheres que receberiam o dispositivo. Será que eles tiveram acesso aos estudos pós-mercado que a Conceptus Inc. vinha realizando? Será que, como a FDA, eles também consideraram que o principal risco do Essure seria o de falhar na capacidade de contracepção? O que de pior poderia acontecer às mulheres, além de uma gravidez inesperada?

A resposta a estas perguntas está em aberto, assim como muito do que aconteceu durante os meses em que a Commed aguardou pelo registro do Essure no Brasil. No portal de consultas da Anvisa³⁰, é possível verificar que a empresa fez um pedido de arquivamento temporário do processo de registro em 07 de fevereiro de 2008. O desarquivamento veio dez meses depois, em 03 de dezembro de 2008, e foi rapidamente seguido do efetivo registro, em 30 de janeiro de 2009.

Logo após o registro do Essure, alguns hospitais começaram a disponibilizar o dispositivo. É o caso do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, em São Paulo, onde, entre 2009 e 2010, foram realizadas as primeiras pesquisas observacionais sobre o Essure publicadas no Brasil (Depes et al., 2016). Até hoje, são poucos os estudos clínicos que acompanharam pacientes brasileiras com o dispositivo. Elaine Brandão e Ana Cristina Pimentel (2020), após mapearem essas publicações da área médica, registraram que os trabalhos disponíveis compartilham de um “entusiasmo com o dispositivo, celebrando a novidade e promovendo essa via de esterilização por histeroscopia” (p. 7). É o caso dos artigos de Daniela Baptista Depes – médica que realizava consultorias para a Commed, conforme autodeclaração de conflito de interesses – e colegas (2009, 2016), que classificam o Essure como uma “revolução na anticoncepção definitiva feminina”. A análise das publicações médicas também demonstrou, para Brandão e Pimentel (2020), a existência de uma possível disputa entre especialistas do eixo Rio-São Paulo, que reivindicavam para suas

³⁰ Os resultados da busca sobre o processo eletrônico nº 25351.350321/2007-88, referente ao registro do Essure, podem ser conferidos em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/documentos/tecnicos/25351350321200788/>

instituições – a saber, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro (HMMR-PRJ) – o pioneirismo na adoção do dispositivo³¹.

Não surpreende que ambos os hospitais sejam públicos. Em entrevista para a BBC (Granchi, 2023), Carlos Politano, médico e membro da Comissão de Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), afirmou que a divulgação e avaliação clínica do Essure “ocorreram principalmente em hospitais públicos. O custo era alto para se oferecer em clínicas particulares, de forma que deve ter ocorrido algum acordo – de custo menor ou oferta para divulgação – no sistema público”. Esses acordos (sobre os quais sabemos muito pouco) foram firmados por governos ou instituições regionais, uma vez que o Essure nunca foi adquirido pelo SUS, de forma centralizada.

Sobre a chegada do Essure ao Brasil, Miriam Kênia Carvalho (2023) registra que a abordagem dos grandes meios de comunicação a respeito do dispositivo foi marcada pelo otimismo, que amenizava os riscos e enaltecia o caráter inovador do procedimento. A autora, que analisou 63 reportagens sobre o Essure, divulgadas em jornais, revistas, sites de notícia e televisão, entre 2009 e 2017, também aponta para a narrativa recorrente de que o contraceptivo chegava ao país “com atraso”, após anos sendo usado nos Estados Unidos e na Europa.

Carvalho (2023) argumenta que a mídia atuou, no caso do Essure, como um dispositivo de controle biopolítico³², transformando o contraceptivo em um objeto de desejo e *convocando* as mulheres a utilizá-lo. Nas reportagens, o Essure era apresentado como um *produto* moderno, seguro e apoiado por especialistas brasileiros e estrangeiros. Mais que isso, ele foi alçado à posição de *solução* para a vida reprodutiva das mulheres: elas não precisariam se submeter a uma cirurgia, afastar-se de suas atividades habituais ou sofrer com o pós-operatório para conseguir uma esterilização – inconvenientes que, até então, talvez não fossem considerados determinantes para realizar o procedimento.

³¹ Em trabalho publicado em 2015, por exemplo, Laura Osthoff e colegas afirma que o “Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é, atualmente, Centro de Referência no Brasil para o Essure, já tendo realizado cerca de 530 procedimentos” (Osthoff et al., 2015, p. 35).

³² Carvalho (2023) chama a atenção para o fato de que “[...] a contracepção é um foco de ansiedade e desejo de corpos com útero, diante da responsabilização praticamente exclusiva pela reprodução e cuidado com a prole. Assim, podemos inferir que as narrativas em torno do lançamento do Essure pela imprensa estão alinhadas com a atuação do biopoder contemporâneo (ROSE, 2013, p. 47), que envolve uma articulação entre o marketing das companhias farmacêuticas, com as estratégias regulatórias da ética da pesquisa, com os comitês de licenciamento dos dispositivos médicos e, claro, com as metas dos lucros dos acionistas.” (p. 77)

Considerando a exposição midiática do Sistema Essure™ como produto moderno, Brandão e Pimentel (2020) também mencionam a construção das consumidoras ideais deste novo artefato:

O site do produto aciona testemunhos de mulheres em suas experiências com o objeto biomédico por meio de “histórias reais de mulheres com Essure”. Elas relatam sua trajetória com o Essure, acionando noções como “família completa”, “eficácia”, “escolha”, “confiança” e “segurança”. Elas não deixam de comentar “leves incômodos”, como “cólicas leves” e “câimbras”, o que confere veracidade aos depoimentos. A empresa ensina como conversar “com o seu companheiro”, oferecendo conselhos para convencimento do marido. [...]

Os atributos acionados no site do dispositivo delineiam o protótipo de mulher que se espera consumi-lo: heterossexual, casada, com disponibilidade para escolher, com sua “família completa”, que conversa com seu companheiro. Dois aspectos sobressaem nesse conjunto de valores: reflexividade (para escolher e decidir) e diálogo (com o parceiro e o médico), novamente reativando o ideário da subjetividade moderna. (p. 5)

Durante o processo de consolidação social da nova tecnologia, foi fundamental, para evidenciar as vantagens do dispositivo, a referência à laqueadura. A primeira bula do Essure direcionada a pacientes (Conceptus Inc., 2002a) trazia uma tabela comparativa entre o dispositivo, a laqueadura tubária e a vasectomia, na qual se ressaltavam não só o curto tempo de recuperação após a inserção do Essure, mas os riscos de complicações cirúrgicas decorrentes da laqueadura³³.

As menções à laqueadura, porém, não funcionam apenas para destacar as vantagens comparativas do Essure. Elas também aproximam o dispositivo novo, desconhecido, de um procedimento popular e amplamente consolidado no Brasil. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 indicava que a laqueadura tubária era a segunda forma de contracepção mais usada no país, sendo adotada por 25,9% das mulheres em idade reprodutiva (Ministério da Saúde, 2009). Embora este percentual tenha caído para 17,3% nos últimos anos – segundo informações de 2019, divulgados pela Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2021) –, dados recentes, do Município de São Paulo, apontam para um crescimento da procura pelo procedimento (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2024).

Não é à toa, portanto, que várias reportagens usam o termo “laqueadura” para se referir ao Essure, como se fossem procedimentos muito similares (Carvalho, 2023). Brandão e Pimentel (2020) afirmam que o dispositivo foi apresentado às mulheres “articulando a força da legitimidade social das laqueaduras, procedimento cirúrgico amplamente conhecido e utilizado, com os valores de inovação e praticidade” (p. 5).

³³ A bula também informava que: “Essure é um novo método contraceptivo permanente desenvolvido pela Conceptus Incorporated. Por ter como objetivo prevenir a gravidez permanentemente, é semelhante a outros procedimentos contraceptivos permanentes, como vasectomia ou laqueadura tubária (“ligar as trompas”). Todos esses procedimentos visam prevenir a gravidez para o resto da vida” (Conceptus Inc., 2002a, p. 4, tradução própria).

É certamente possível que esse amálgama de fatores – o ineditismo do procedimento, o entusiasmo da mídia, o estabelecimento do dispositivo como um produto de consumo, a disputa sobre quem ocuparia o posto de “instituição de referência” – tenham contribuído para a decisão do Governo do Distrito Federal (GDF) de adquirir milhares de unidades de Essure para disponibilização no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). Não tenho dúvidas, porém, de que um fator determinante para essa decisão tenha sido a necessidade de reduzir a fila de espera por esterilizações femininas, que, em 2012, chegava a mil e duzentas mulheres no DF (Néri, 2012).

O repórter Rafael Néri, do G1 do Distrito Federal, acompanhou a inserção das primeiras unidades do Essure em Brasília. Ele registra que nove mulheres foram convocadas a realizar o procedimento no Hospital Regional do Paranoá³⁴ no dia 10 de maio de 2012, no que parece ter sido uma etapa da capacitação de doze médicas(os) do DF para inserção do dispositivo. Os atendimentos foram acompanhados por um ginecologista do Hospital Municipal de Nova Cachoeirinha-SP, que fazia a colocação do Essure desde 2011. Para a reportagem, o Secretário de Saúde do Distrito Federal à época, Rafael Barbosa, demonstrou expectativa quanto à eficiência do dispositivo para reduzir a fila de espera.

Acredito que três meses é o tempo suficiente para atendermos essa demanda de 1,2 mil mulheres (à espera da laqueadura) e para que esse procedimento se torne de rotina na nossa rede”, disse Barbosa. Segundo o secretário, após a compra do kit para a realização da esterilização histeroscópica, um fim de semana é suficiente para acabar com a atual demanda por laqueadura em todo o DF (Néri, 2012, online).

A reportagem não informa a origem dos dispositivos inseridos em maio – foram fornecidos gratuitamente pela Commed? cedidos pela equipe do Hospital Municipal de Nova Cachoeirinha-SP? –, já que eles não faziam parte do estoque adquirido pelo GDF. O primeiro lote de Essure do Distrito Federal, composto por 1.200 dispositivos, chegou à Farmácia Central da SES no dia 19 de julho de 2012. Seis meses depois, em 30 de janeiro de 2013, foram recebidas mais 1.050 unidades. O último lote, com 450 dispositivos, foi recebido em 03 de maio de 2013. Depois disso, não há registro de novos recebimentos no estoque³⁵.

Cada um destes 2.700 dispositivos³⁶ foi adquirido pelo valor de cinco mil reais, totalizando um investimento de 13,5 milhões de reais pelo GDF.

³⁴ Atualmente, denominado Hospital Regional Leste (HRL).

³⁵ Informações do estoque da Farmácia Central da SES relativas ao produto 27858-SISTEMA DE DISPOSITIVO INTRA-TUBÁREO. Esses dados, assim como os registros de aquisição do Essure, foram obtidos por meio de pedido de acesso à informação (SEI 00060-00475234/2021-26) realizado via Plataforma Participa-DF, em outubro de 2021.

³⁶ O Distrito Federal foi a unidade da federação que mais recebeu dispositivos Essure, se consideradas aquisições por instituições públicas e privadas. Conforme a Nota Técnica nº 32/2019/SEI/GETEC/GGMON/DIRES/ANVISA,

Histórico de Preços

#	Data	Quant. Compra	Unid. Compra	Preço por Unid.	Quant. na Unid.	Unid. Mínima	Preço na Unid.	Valor Total	Ordem de Forneciment	Fornecedor	Empenho	Fabricante
1	19/12/2012	1.500	UNIDADE	R\$ 5.000,00	1.500	UNIDADE	R\$ 5.000,00	R\$ 7.499.998,80	5-12/003238	Comercial COMMED Produtos Hospitalares LTDA	2012NE09362 2013NE00933	Conceptus Inc
2	14/06/2012	1.200	UNIDADE	R\$ 5.000,00	1.200	UNIDADE	R\$ 5.000,00	R\$ 5.999.999,04	5-12/001100	Comercial COMMED Produtos Hospitalares LTDA	2012NE03813	CONCEPTUS INC.

A despeito do alto custo unitário do Essure, é possível que ele tenha sido sopesado com as despesas relacionadas à internação das pacientes, necessária na laqueadura tradicional. Não tive acesso à fundamentação técnica que levou a Coordenação de Atenção Especializada a Saúde e a Referência Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da SES a decidirem pela compra do dispositivo, mas imagino que as razões são similares às adotadas por outros serviços de saúde³⁷. Olhando para os documentos públicos do Hospital Mariska Ribeiro, no Rio de Janeiro, Anna Beatriz Anjos (2018) registra que, embora o Essure fosse 24% mais caro se comparado à laqueadura cirúrgica tradicional, ele foi considerado cinco vezes “mais produtivo”. A equipe técnica ressaltou, ainda, que o procedimento histeroscópico “não usa leitos físicos de internação hospitalar, ou salas cirúrgicas e recursos anestésicos”³⁸ (Rio de Janeiro, 2014, p. 1).

Ao olhar para os cadastros do estoque, chama a atenção que, embora todas as entradas de novos dispositivos tenham acontecido até janeiro de 2013, houve transferências ao HMIB – para, supõe-se, novas inserções – até fevereiro de 2016. Acontece que o tempo de prateleira do Essure, isto é, o prazo de validade do produto fora do corpo, determinado pela fabricante e aprovado pelas agências sanitárias, é de nove meses (FDA, 2002). Isso implica que, a princípio, os dispositivos implantados após novembro de 2013 deveriam ter sido descartados, pois não estavam mais aptos para uso³⁹. As interlocutoras com quem conversei me falaram sobre casos de mulheres que receberam dispositivos expirados, os quais levaram, inclusive, à condenação judicial do GDF por “negligência”,

elaborada em resposta a requerimento de informação feito pela deputada Talíria Petrone (PSOL-RJ): “De acordo com dados apresentados pela empresa Comercial Commed Produtos Hospitalares Ltda. e ratificados pela Bayer S.A, foram comercializadas no Brasil, 10.042 unidades do dispositivo Sistema Essure. Os produtos foram distribuídos para onze Unidades da Federação, a saber: Distrito Federal (n=4.673; 44,92%), São Paulo (n=2.479; 23,83%), Rio de Janeiro (n=2.136; 20,54%), Pará (n=510; 4,90%), Tocantins (n=500; 4,81%), Paraná (n=56; 0,54%), Pernambuco (n=42; 0,40%), Bahia (n=3; 0,03%), Minas Gerais (n=2; 0,02%), Santa Catarina (n=1; 0,00%).”

³⁷ Sabe-se muito pouco sobre o processo de licitação do Essure no Distrito Federal. Para várias mulheres vítimas, essa ausência de registros evidencia uma possível “falcaturia”, uma corrupção envolvendo o GDF e a indústria farmacêutica. A 3ª ProSus do MPDFT investigou as denúncias de possível malversação de dinheiro público, mas não encontrou provas suficientes para caracterizar uma conduta ilícita por parte dos gestores da SES. Mais sobre isso no capítulo 4.

³⁸ Estudos em outros países – como Portugal (Regalo et al., 2014), Canadá (Thiel e Carson, 2008) e Estados Unidos (Hopkins et al., 2007; Kraemer, Yen e Nichols, 2009) – também usam a relação de custo-benefício para justificar a vantagem comparativa do Essure à laqueadura.

³⁹ De acordo com a Subsecretaria de Logística em Saúde da SES, em 2015, após constatação do vencimento, 126 unidades de Essure foram interditadas. Esses dispositivos deveriam ter sido incinerados, mas a Secretaria não localizou registros administrativos da incineração nem de posterior destinação a outra unidade de saúde (informação obtida via LAI – SEI 00060-00475234/2021-26).

“falha quanto ao dever de informar” e não oferecimento de “cuidado necessário, a tempo e modo devidos” (TJDFT, 2022).

Mas voltemos a 2012. Como adiantado pela fala do secretário de saúde à reportagem do G1, a principal estratégia do GDF – na verdade, a única – para lidar com a fila de espera para a laqueadura foi organizar mutirões para colocação do Essure. Após chegarem à Farmácia Central da SES, os dispositivos foram sendo gradualmente direcionados ao HMIB, que concentrou o serviço de inserção e se tornou a instituição de referência para o Essure no DF. De fato, não há registro de distribuição dos kits Essure para nenhuma outra unidade de saúde.

O primeiro Mutirão de Laqueaduras Tubárias do Programa Saúde para Todos⁴⁰ aconteceu nos dias 15 e 16 de setembro de 2012. Não só o nome da ação remetia ao procedimento tradicional de laqueadura, como as primeiras matérias da Agência Brasília sobre o tema falavam em cirurgias “com duração de cinco a 10 minutos” (Mutirão..., 2012). Na sequência do primeiro mutirão, que atendeu 165 mulheres e ganhou grande repercussão midiática, a realização de mutirões para inserção do Essure se tornou uma rotina no HMIB (Em cinco dias..., 2013; SES, 2013a). Uma notícia de agosto de 2013, pouco menos de um ano após a inauguração do serviço, registra o acontecimento do vigésimo mutirão (SES, 2013b).

Os registros mais detalhados sobre os mutirões vêm das mulheres que compareceram para realizar a esterilização. É o caso de Rejane Martins, que participou do primeiro mutirão do HMIB. Quando decidiu que não queria mais filhos, ela procurou uma unidade de saúde de Brazlândia, onde morava, e informou que gostaria de fazer uma laqueadura tradicional. Ela aguardou na fila de espera, até que, em 2012, foi chamada para assistir a uma palestra sobre o Essure no Hospital de Brazlândia. Ela lembra que, na palestra, informaram que o dispositivo “não traria nenhum dano às mulheres”.

Pouco tempo depois, Rejane foi convocada para inserir o dispositivo. No sábado, 15 de setembro, primeiro dia do mutirão, ela chegou cedo ao HMIB. Como as outras mulheres, ela havia ido sem acompanhante. Logo na entrada, lhe entregaram uma senha e pediram para que ela ficasse aguardando no auditório do hospital. Como foi uma das últimas a ser atendidas, Rejane passou o dia em jejum. Pouco antes da inserção, ela recebeu um comprimido, que a deixou sonolenta. O procedimento de inserção, em si, foi muito rápido. Ela lembra que, em uma das trompas, não sentiu nenhuma dor. Mas “na outra doeu, doeu bastante”. Quando saiu do hospital, ela não se sentia bem, e

⁴⁰ A princípio, os mutirões para inserção do Essure faziam parte de um esforço maior do Programa Saúde para Todos, coordenado pelo Governo Federal. No DF, foram realizados mutirões que buscavam zerar a fila de procedimentos eletivos em várias especialidades, como oftalmologia, clínica geral, ortopedia e medicina vascular. De acordo com a Agência Brasília, a meta da SES era “fazer mais 16.632 operações em 10 meses durante a ação, que [...] ocorre em hospitais de 11 regiões administrativas” (Mutirão..., 2012).

acabou vomitando de dor, mas não recebeu nenhum suporte do hospital. Ela se sentou no meio-fio e ficou esperando até o que o marido a viesse buscar.

Embora o relato de Rejane esteja disponível, em primeira pessoa, no capítulo 2, acho importante trazê-lo novamente à tona, para ilustrar alguns eventos (ou protocolos) centrais do processo de inserção do Essure no Distrito Federal. O primeiro deles é a palestra para apresentação do dispositivo. Todas as mulheres que receberam o Essure participaram desse momento, que era conduzido pelas equipes de planejamento familiar ou de ginecologia das unidades de saúde, normalmente, em hospitais regionais ou no próprio HMIB. Emanuele e Ivanise relembram.

E aí [o Essure] foi apresentado pra nós pela própria Secretaria de Saúde, né? Pelo próprio pessoal lá do posto de saúde, que nos direcionou pra uma palestra no Hospital HRT, aqui em Taguatinga. Nós participamos dessa palestra, em que nos foi informado que seria um método moderno, que estava sendo feito fora, nos Estados Unidos, e que estava dando certo. Se a gente aceitava, né, também, a receber o dispositivo. Também foi passado pra gente que era seguro. Então, nós aceitamos. [Emanuele Simone]

Aí, participei de uma reunião do planejamento familiar. [...] E aí, eu fui na segunda ou terceira semana de colocação. A gente teve uma palestra lá no HMIB, onde eles disseram que era uma coisa totalmente indolor, que não tinha nenhum tipo de efeito colateral, que o repouso seria 24 horas somente sem sexo. [Ivanise]

A partir do relato das mulheres, é possível perceber que as palestras de apresentação do Essure mobilizaram os mesmos elementos de legitimação usados na divulgação midiática. O dispositivo apresentado era moderno, rápido, seguro, indolor, vinha de um país desenvolvido e não implicava em intervenção cirúrgica ou em interrupção das atividades corriqueiras da vida. Mais do que isso, ele era a única alternativa disponível, naquele momento, para a aguardada esterilização, já que as mulheres que não aceitassem recebê-lo seguiriam na fila de espera por uma laqueadura tubária, sem perspectiva de atendimento.

Durante as palestras, as(os) profissionais de saúde mencionavam que o procedimento era irreversível e que, uma vez inserido o Essure, a única forma de ter filhos seria através de uma inseminação artificial. Além disso, alertavam para a necessidade de usar outro método contraceptivo por pelo menos três meses após a inserção. Via de regra, as possíveis complicações só eram abordadas nos documentos que as mulheres precisavam assinar ao final do evento: um Termo de Ciência e Consentimento Pós-Informado e um Termo de Consentimento Informativo⁴¹.

⁴¹ Não tive sucesso em obter a documentação diretamente com a SES. Em resposta a pedido de acesso à informação, a Secretaria informou que teve “[...] dificuldade em localizar documentos em meio físico, em virtude de à época não ter o Sistema Eletrônico de Informações - SEI”.

Kelli Luz, presidente da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb), me encaminhou, com consentimento da proprietária dos documentos, uma cópia desses termos, datados de junho de 2012⁴². As imagens foram editadas, para omitir dados pessoais.

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-TUBÁRIA - ESSURE®
(Consentimento Informado – Norma Técnica Resolução SS – 169 de 19/06/96)

PROCEDIMENTO INFORMADO: **INTERVENÇÃO DE OBSTRUÇÃO TUBÁRIA**

DECLARO

Que o(a) médico(a): _____ CRM nº: _____, informou-me que tendo em vista minha decisão voluntária de controle de natalidade definitivo, estando dentro dos termos da lei, ser conveniente e indicado proceder a colocação de dispositivos intra-tubários Essure®, esclareceu-me que:

1. A colocação do Essure consiste basicamente na OBSTRUÇÃO DA LUZ DAS TROMPAS UTERINAS, como objetivo de impedir uma nova gravidez. Para este objetivo existem várias formas de abordagem cirúrgica: a) laparoscópica; b) minilaparotomia; c) vaginal, que também são opções para laqueadura tubária.
2. Esta técnica pode ser realizada em regime ambulatorial, sem anestesia. Estou ciente e aceito que poderá haver a necessidade de utilização de anestesia regional (Raqui) ou geral (endovenosa) para a realização do procedimento em casos específicos, a ser determinado pelo médico. Além de compreender que podem ocorrer reações alérgicas aos anestésicos, causando intoxicação aguda e suas consequências.
3. Embora, o método Essure de obstrução tubária seja um efetivo método de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%, assim como nenhum outro método. Sua eficácia é de 99.8%.
4. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
5. As complicações que poderão surgir são: a) Intra-operatórias (hemorragias, lesões nas tubas uterinas); b) Pós-operatórias: Leves e mais freqüentes (cólicas abdominais e sangramento); Importantes e excepcionais (pelvipерitonite e hemorragia), perfurações de órgãos.
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, o médico poderá interromper o procedimento programado.
7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas ou emergenciais que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
8. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis: Métodos de barreira; Anticoncepção hormonal; Contracepção intra-uterina; Métodos naturais.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Li e compreendo todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Também entendi que, devo fazer uso de um método contraceptivo por 90 (noventa dias) após a realização do procedimento, garantindo assim tempo hábil para que o ESSURE crie a barreira natural ocluindo as Tubas Uterinas, entendi que qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições CONSINTO que se realize a INTERVENÇÃO DE OBSTRUÇÃO TUBÁRIA proposta.

⁴² Em 2018, através do Alerta 1908, a Anvisa determinou que a Commed atualizasse a rotulagem, as Instruções de Uso e o Termo de Consentimento Pós-Informado do Essure, de modo a evidenciar os potenciais riscos e efeitos adversos do dispositivo (Anvisa, 2018). Mais sobre isso adiante.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMATIVO

Eu.....

Registro:..... portador (a) da carteira de identidade nº.....

Expedida pelo órgão venho através deste TERMO, solicitar aos médicos deste SERVIÇOS a realização do procedimento cirúrgicos para:

☒ LIGADURA DE TROMPAS

☐ VASECTOMIA

Declaro para os devidos fins, que

- a) Fui informado (a) sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis;
- b) Estou ciente que esta cirurgia é, na prática, irreversível;
- c) Estou sendo alertado (a) para eventuais ocorrências da vida, tais como separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outros casamentos ou posterior desejo de ter filhos;
- d) Devo aguardar pelo menos 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, exceto em caso de emergência com risco à vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação deste SERVIÇO;
- e) Fui informado (a) das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico, reação a drogas, perda cardiorrespiratória, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragia, infecções, tromboembolia, arrependimento, distúrbio psicosexual (comumente relacionado à desinformação ou despreparo no momento da decisão) além de lesões e queimaduras de órgão ou gravidez fora do útero no caso de LIGADURA DE TROMPAS;
- f) Fui informado(a) que assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a ☐ LIGADURA DE TROMPAS, ☐ VASECTOMIA, também apresenta falhas, ocorrendo 01 (uma) gestação para cada 200 (duzentos) casos de LIGADURA DE TROMPAS e 01 (uma) gestação para cada 250 (duzentos e cinquenta) casos de VASECTOMIA;
- g) Quando fui orientada sobre a ligadura de trompas, informaram-me que ao menor sinal de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este SERVIÇO.
- h) Não haverá possibilidade de eu estar grávida no momento da ligadura pois tomarei precauções no sentido de que o fato não ocorra até o dia da cirurgia e se eu tiver dúvidas comunicarei a este SERVIÇO.
- i) Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operativo, sem prejuízo para o meu atendimento para qualquer outro método contraceptivo
- j) Isento a Equipe deste serviço de qualquer responsabilidade sobre a decisão de que por hora tomo e sobre os riscos eventuais da cirurgia.

Ao olhar para o Termo de Ciência e Consentimento Pós-Informado, salta aos olhos a linguagem hermética usada para se referir ao procedimento e às suas possíveis implicações. Para além do “[...] risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente”, o documento só se refere a complicações em seu item 5: “As complicações que poderão surgir são: a) intraoperatórias (hemorragias, lesões nas tubas uterinas); b) pós-operatórias: leves e mais frequentes (cólicas abdominais e sangramento); importantes e excepcionais (pelviperitonite e hemorragia), perfuração de órgãos.”

É difícil, para uma pessoa leiga, entender o que significam essas complicações (sendo bastante sincera, até começar a escrever este parágrafo, eu não sabia que uma pelviperitonite é uma inflamação

na membrana que reveste a cavidade abdominal e a pelve, o peritônio). Mas o problema do rol do item 5 não é só que ele é excessivamente sintético e complicado: é que ele se refere, de modo geral, a riscos que podem advir do procedimento de histeroscopia (Reis et al., 2022), sem menção a vários dos possíveis efeitos adversos do Essure⁴³.

O Termo também é permeado por menções a “ato cirúrgico”, “intervenção cirúrgica”, “procedimento cirúrgico” e “cirurgia”, indo na direção oposta das palestras de apresentação e das peças de divulgação do Essure, que sempre ressaltaram o caráter ambulatorial da inserção do dispositivo.

Isso, porém, não é o pior. O outro documento assinado pelas mulheres e por seus parceiros após a palestra sequer menciona o Essure. O Termo de Consentimento Informativo é uma ficha padrão usada para procedimentos de laqueadura e vasectomia, com indicações genéricas de riscos ligados às cirurgias pélvicas e à esterilização. É, portanto, um instrumento que desinforma e confunde, ao tratar a inserção do Essure e a ligadura de trompas como se fossem intercambiáveis.

Se os benefícios do dispositivo foram colocados sob um holofote pela mídia e pelos profissionais de saúde, é possível dizer que seus riscos ficaram no escuro. Como colocam Brandão e Pimentel (2020):

Os riscos envolvidos com o dispositivo foram apenas tardiamente incluídos em seu processo de registro, donde se conclui que esse procedimento foi largamente utilizado sustentando-se em suas características técnicas: busca da maior eficácia contraceptiva, minimamente invasivo e baixo tempo de colocação. Sob essas ideias força, no contexto nacional, o “consentimento livre e esclarecido” pode ser compreendido como mais um procedimento de rotina e estabilização da prática. (p. 9)

Os procedimentos previstos para garantir que as mulheres decidissem de forma livre e autônoma foram usados para a legitimação processual da nova técnica – ou, como colocam Brandão e Pimentel (2020), para sua estabilização. Neste cenário, como imaginar que elas poderiam tomar uma decisão realmente informada sobre sua saúde e sobre suas vidas reprodutivas?

Loretta Ross e Rickie Solinger (2017), duas autoras e ativistas do movimento por justiça reprodutiva, argumentam que a capacidade de tomar decisões reprodutivas de forma segura e apoiada é fundamental para a dignidade e para “[...] a conquista da condição plena de pessoa” (p. 7). No caso

⁴³ A primeira cartilha do Essure direcionada a pacientes (Conceptus Inc., 2002) dedica quatro páginas aos riscos do dispositivo, durante e após a inserção. O documento, porém, foi publicado em inglês, e não há registro de que tenha sido disponibilizado ou sequer traduzido no Brasil. As mulheres do DF afirmam não terem recebido qualquer tipo de cartilha, guia ou bula nos serviços de saúde.

do Essure, para além do habitual paternalismo que subjaz a políticas de saúde para mulheres em condição de vulnerabilidade social – que pressupõe que elas não precisam ou não conseguem tomar decisões informadas (Purdy, 2006; Mackenzie, 2014) –, acredito que o Governo do Distrito Federal também operou uma forma de coerção reprodutiva (Senderowicz, 2019; Brandão e Cabral, 2021).

A ideia de coerção reprodutiva (ou contraceptiva) está ligada a ações ou a políticas que interferem na decisão autônoma das mulheres em relação à sua saúde reprodutiva (Grace e Anderson, 2016; Senderowicz, 2019). É comum que a categoria seja acionada para falar sobre comportamentos interpessoais que usam de fraudes ou ameaças – caso, por exemplo, de parceiros íntimos que pressionam suas companheiras a engravidar ou a interromper uma gravidez (Grace e Anderson, 2016). Leigh Senderowicz (2019) chama a atenção, porém, para outro tipo de coerção, que não se ancora apenas nas relações entre indivíduos, mas também em estruturas sociais e em políticas públicas. Para a autora, este tipo de coerção não envolve necessariamente o uso de força ou violência; ao contrário, costuma operar a partir de barreiras corriqueiras à tomada de decisão livre e informada.

Analisando políticas de controle de natalidade em um país africano, Senderowicz (2019) observa que a coerção contraceptiva pode se manifestar de forma descendente (*downward*) – quando a mulher sabe que método anticoncepcional gostaria de usar, mas os serviços de saúde não o oferecem ou se recusam a fornecê-lo – ou de forma ascendente (*upward*), quando a mulher é forçada a adotar um método indesejado. Essas formas de coerção se expressam desde maneiras sutis (como o aconselhamento enviesado ou o fornecimento de informações falsas/incompletas por profissionais de saúde) até formas abertas e severas de violência (como a realização forçada de um procedimento ou a recusa a retirar um anticoncepcional de longa duração). Como proposta por Senderowicz (2019), a coerção contraceptiva é estrutural, está contida no desenho das políticas reprodutivas, e pode acontecer mesmo que as(os) profissionais de saúde não tenham a intenção de enganar ou causar danos às pacientes.

Elaine Brandão e Cristiane Cabral (2021) apontam para a recorrência de episódios de coerção contraceptiva no Brasil, ressaltando como eles se imiscuem na forma como os programas de planejamento familiar e os serviços de saúde “[...] são organizados, por meio de incentivos fiscais, aportes de recursos internacionais, metas a cumprir, dentre outras modalidades de apoio” (p. 55). Quando a política reprodutiva é concebida para bater uma meta quantitativa – zerar a fila de espera por laqueaduras, por exemplo – ou para difundir uma nova técnica “revolucionária”, a autonomia e o devido cuidado com as mulheres são relegados ao segundo plano.

No Distrito Federal, diante das limitadas informações fornecidas sobre a esterilização histeroscópica e da ausência de oferta da laqueadura tradicional, muitas mulheres foram levadas a

aceitar a inserção do Essure com base na relação de confiança estabelecida com suas/seus médicas(os). É o caso de Lily, que me disse que, se tivesse tido acesso às informações completas sobre as possíveis complicações do Essure.

Eu não teria feito de jeito nenhum. Porque já tinha [informações], né? Mundo afora, as mulheres já estavam relatando os problemas que elas tinham. Eu não sabia. Eu confiei na minha médica. Ela é minha médica, a doutora [...]. Eu confiei na palavra dela, porque foi com ela, ela que apresentou pra gente. Mas não foi o que aconteceu. [Lily]

As noções de credibilidade e de confiança são muito importantes para pensar na relação entre as mulheres vítimas do Essure, as(os) profissionais de saúde e a SES, mas explorarei melhor estas ideias no capítulo 5. Por ora, voltemos à história de Rejane.

Gostaria de ressaltar um segundo evento contido no relato dela: o procedimento de inserção do Essure. Antes de ir ao HMIB para participar do 1º Mutirão de Laqueaduras Tubárias, Rejane fazia o acompanhamento de planejamento familiar no Hospital de Brazlândia, Região Administrativa onde morava. Não conversamos sobre isso durante sua entrevista, mas imagino que, como outras mulheres, ela tenha tido que realizar um teste de gravidez antes de ser considerada apta para receber o Essure. De acordo com Kelli e Ivanise, esse foi o único exame solicitado antes do mutirão⁴⁴.

No dia da inserção, Rejane recebeu um comprimido⁴⁵ antes de entrar na sala onde o procedimento seria realizado. Tudo que ela lembra, do momento da inserção em si, é que foi muito rápido, não mais que quinze minutos. Quinze minutos não comportam o diálogo entre médico e paciente, a avaliação cuidadosa, a satisfação de dúvidas. Relembro do alerta feito por Kerin, Carignan e Cher (2001), um dos primeiros grupos de pesquisadores a publicar estudos clínicos sobre o Essure, sobre a importância, no momento da implantação, da “[...] comunicação etapa por etapa entre médico e paciente para que o resultado seja bem tolerado e bem-sucedido” (p. 370, tradução própria).

⁴⁴ Em resposta a pedido de acesso à informação sobre os exames solicitados para implantação do Essure, a SES informou que os servidores que trabalharam na Referência Técnica Distrital de Ginecologia e Obstetrícia (RTD-GO) entre 2012 e 2016 não estão mais no órgão. Tendo isso em vista, a Secretaria *infere, a posteriori*, “[...] que os exames necessários para inserção do dispositivo Sistema Essure são os mesmos solicitados para realização de laqueadura tubária, ou seja, para mulheres jovens e sem comorbidades, não há necessidade de solicitação de exames complementares, exceto teste de gravidez no caso de pacientes que não utilizavam outro método anticoncepcional seguro na ocasião da realização do procedimento”. Tendo isso em vista, *infiro* que mesmo exames recomendados no manual de inserção do Essure não foram feitos. É o caso do teste de reação a níquel, recomendado a pacientes com suspeita de alergia ao metal (Conceptus Inc., 2002b). Lily é uma das mulheres que, após inserir o dispositivo, teve uma reação alérgica sistêmica, provavelmente associada a níquel, e que poderia ter sido evitada se as(os) profissionais de saúde tivessem perguntado a ela sobre seu histórico clínico.

⁴⁵ Possivelmente, ela recebeu um anti-inflamatório não esteroide (como ibuprofeno, aspirina ou naproxeno), conforme indicação do manual de uso do Essure (Conceptus Inc., 2002b). Contudo, esse tipo de medicamento não costuma provocar sonolência, uma reação relatada por várias mulheres, pelo que imagino que tenha sido administrada uma sedação leve antes ou durante o procedimento.

Não surpreende que erros e falhas tenham acontecido durante os mutirões. Problemas na inserção foram o risco mais significativo apontado pela FDA no processo de aprovação do dispositivo, e ele tende a aumentar quando centenas de procedimentos são realizados em poucos dias. Emanuele Simone é uma das mulheres que sofreu com uma falha de inserção.

Sim, quando eu coloquei o Essure, uma das informações que a gente recebeu foi que o processo era indolor. Na colocação do Essure, eu, particularmente, senti dor. E eu senti dor em colocar e senti dor imediata logo depois de colocar. Logo no mesmo dia e nos dias seguintes, eu passei vários dias sentindo dor na região do reto, dor para evacuar. No meu retorno de consulta do Essure, eu disse que estava sentindo muita dor. Eles ignoraram a minha dor e falaram que isso não tinha nada a ver com o dispositivo, que isso era de outra coisa que eu deveria procurar, né, médico, mas que isso não tinha nada a ver com o dispositivo, que eram dores provenientes de outras coisas, mas não do dispositivo. Só que, ultimamente, né, depois que a gente viu que o caso não deu certo, que eu fui procurar ler, tem informações que dizem que o dispositivo pode ser desviado no momento de colocar. E foi o que aconteceu comigo, ele foi desviado no momento em que ele foi colocado, ele não ficou nas minhas trompas. E quando eu fiz a cirurgia [de retirada], ele foi encontrado encostado no reto. [Emanuele Simone]

Idealmente, problemas como o de Emanuele deveriam ser detectados no próprio momento da inserção. Nem sempre isso é possível, porém. Por isso, para verificar a localização adequada do dispositivo e a devida oclusão da tuba uterina, era recomendada a realização de uma histerossalpingografia – uma radiografia pélvica com contraste – três meses após a colocação do Essure⁴⁶ (Conceptus Inc., 2002b).

A SES, contudo, ofereceu às mulheres com Essure apenas um raio-x tradicional, cujos resultados eram apresentados à equipe médica do HMIB na consulta de retorno. Como narrou Emanuele, porém, nada de errado foi observado em seu atendimento de retorno, mesmo ela apresentando um quadro de dores que se instalou imediatamente após a inserção do dispositivo. Sua dor – assim como outros possíveis problemas no posicionamento das molas em seu corpo – foi ignorada. Emanuele engravidou de sua quarta filha um ano após colocar o Essure.

3.3 O fim do grande feito

Em 5 de junho de 2013, a Bayer, megaempresa farmacêutica alemã, adquiriu a Conceptus Inc. por 1,1 bilhão de dólares. O Essure, naquele momento, era uma promessa de sucesso: a Conceptus, que tinha o dispositivo como seu principal produto, havia lucrado 1,86 milhão de dólares só no primeiro trimestre daquele ano (Bayer concorda..., 2013). De acordo com um porta-voz da

⁴⁶ Posteriormente, as orientações sobre o exame foram revisadas, de modo a admitir também a ultrassonografia transvaginal como método de verificação do sucesso da inserção do Essure (Bayer, 2018a). Em nenhum momento, porém, o raio-x simples, sem contraste, foi indicado como método para confirmação da eficácia do dispositivo.

compradora, a aquisição permitiria que a Bayer aumentasse seu alcance no setor de saúde feminina (Bayer to buy..., 2013). Por coincidência ou não, a compra aconteceu pouco depois da farmacêutica ter sofrido acusações públicas por não informar pacientes sobre os riscos de trombose apresentados por seus anticoncepcionais Yaz, Yasmin e Yasminelle (Brady, 2015).

A Bayer não imaginava que, pouco tempo depois, sofreria um novo baque em sua imagem pública: mulheres norte-americanas usuárias do Essure começaram a postar, em suas redes sociais, relatos sobre como suas vidas haviam se tornado um inferno depois de inserir o dispositivo. O epicentro desse movimento era o grupo de Facebook *Essure Problems*, fundado em 2011 por Angie Fimalino. Angie resolveu publicizar sua história após passar por uma cirurgia malsucedida de retirada das molas. O procedimento não só agravou o quadro de inflamação, sangramentos e dor crônica que ela havia desenvolvido após colocar o Essure, mas a fez perceber que os riscos do dispositivo eram inacessíveis às mulheres e às/aos profissionais de saúde (Fimalino, 2018; Lombardo, 2018).

Atualmente, o *Essure Problems* conta com mais de 43 mil membros. A partir dele, mulheres vítimas do Essure iniciaram um movimento de pressão à FDA, fazendo denúncias em portais públicos e solicitando reuniões. Paralelamente, a agência viu crescerem os relatórios de efeitos adversos do dispositivo em seu repositório *Manufacturer and User Facility Device Experience* (MAUDE)⁴⁷.

Até o final de 2024, a FDA havia recebido 73.678 relatórios relacionados ao Essure. Enquanto a maioria dos registros cadastrados entre 2013 e 2015 foram enviados voluntariamente por mulheres vítimas do dispositivo, a partir de 2016, a Bayer passou a ser responsável pela maior parte deles – em 2024, por exemplo, a farmacêutica submeteu 98% dos relatórios de efeitos adversos (FDA, 2025a). Os problemas documentados nos documentos variam, mas alguns eventos são muito frequentes. A FDA (2025a, tradução própria) apresenta os números absolutos.

Entre 2002 e 2024, os códigos de problemas relatados com mais frequência foram dor/dor abdominal (40.901), menstruação mais intensa/hemorragia/irregularidades menstruais (17.823), corpo estranho/fragmento de dispositivo na paciente (10.493), perfuração (9.838), cefaleia (8.772), fadiga (7.246), flutuações de peso (6.104), depressão/ansiedade (5.770), hipersensibilidade/erupção cutânea (5.521) e queda de cabelo (5.116). A maioria dos relatos recebidos listava múltiplos códigos de problemas da paciente em cada relato. Os códigos de problemas mais frequentemente relatados foram incompatibilidade/biocompatibilidade paciente-dispositivo (por exemplo, possível alergia ao níquel ou anatomia da paciente) (8.996), migração do dispositivo ou componente do dispositivo (6.033), quebra/fragmentação/fratura do dispositivo (3.207), dispositivo deslocado ou desalojado

⁴⁷ Os *adverse-event reports* são registros oficiais, direcionados à FDA por consumidores, profissionais de saúde, fabricantes ou fornecedores de dispositivos. Os relatórios podem ser voluntários ou mandatórios, em caso de mortes ou lesões graves decorrentes de dispositivos (Zou et al., 2023). A FDA afirma que “[...] embora esses relatórios sejam uma fonte valiosa de informação, esse tipo de sistema apresenta limitações notáveis, incluindo a possibilidade de envio de dados incompletos, imprecisos, intempestivos, não verificados ou tendenciosos” (2025a, tradução própria).

(3.088), funcionamento do dispositivo diferente do esperado, por exemplo, falha do implante ou gravidez (1.137), mau posicionamento do dispositivo (416), dispositivo difícil de remover (356) e dispositivo difícil de inserir (346).

Também foram registrados 4.629 casos de gravidez em mulheres com Essure, além do aterrador número de 28 relatórios sobre mulheres mortas.

Em setembro de 2015, em resposta à mobilização das mulheres vítimas do Essure, a FDA realizou uma reunião aberta do Painel de Dispositivos de Obstetrícia e Ginecologia do Comitê Consultivo de Dispositivos Médicos (*Obstetrics and Gynecology Devices Panel of the Medical Devices Advisory Committee*), para discutir as evidências disponíveis sobre o dispositivo e ouvir os relatos de pacientes e de profissionais de saúde (Block, 2017; FDA, 2025b).

Por ocasião deste evento, centenas de mulheres vítimas do Essure enviaram seus testemunhos à FDA (FDA, 2016b). A partir desses registros⁴⁸, Hintz e Applequist (2023) listaram 152 diferentes tipos de sintomas ou queixas associados ao dispositivo. Além dos efeitos adversos mais comumente documentados – como sangramentos anormais, reações alérgicas e dores intensas na pelve, nas pernas, nas costas e na cabeça –, constam dessa lista, dentre outros: queda de cabelo, perda de dentes, acne, tontura, candidíase, infecção urinária, endometriose, adenomiose, anemia, fibromialgia, reações alérgicas, palpitações cardíacas, apneia do sono, artrite reumatoide, tremores, inchaço nos pés e nas pernas, fadiga crônica, variações de humor, disfunções sexuais, ansiedade, insônia e depressão.

Alguns meses depois da reunião, em fevereiro de 2016, a agência determinou que a Bayer realizasse um estudo de farmacovigilância pós-comercialização, com o intuito de coletar mais dados sobre os riscos e benefícios do Essure, em especial quando comparado à laqueadura tradicional (FDA, 2016a; 2025b). Por conta disso, a Bayer passou a enviar relatórios semestrais de monitoramento do sistema MAUDE (Bayer, 2021) e iniciou, em 2019, um estudo observacional não randomizado para acompanhar, por pelo menos cinco anos, dois grupos de mulheres: um com 340 pacientes que receberam o Essure e outro com 790 mulheres laqueadas.

Este estudo ainda está em curso, e apenas resultados interinos sintéticos foram disponibilizados⁴⁹. Até o momento, a frequência de efeitos adversos observados foi relativamente

⁴⁸ Os relatos, comentários e opiniões de especialistas podem ser encontrados, na íntegra, através do seguinte link: <https://www.regulations.gov/docket/FDA-2014-N-0736/comments>

⁴⁹ A FDA registra que o relatório final do estudo foi recebido em abril de 2025, mas os últimos dados disponibilizados publicamente são do relatório de 2023 (FDA, sd).

similar entre os grupos de mulheres. O grupo com Essure, porém, apresentou mais casos de dor crônica pélvica/abdominal, sangramento anormal, hipersensitividade e reações alérgicas⁵⁰ (FDA, sd).

A qualidade das evidências que têm sido elaboradas pela Bayer, contudo, está em questionamento pela FDA. No site de monitoramento pós-mercado (FDA, sd), um alerta sinaliza que os dados do estudo de farmacovigilância são descritivos e, portanto, incapazes de detectar diferenças estatísticas entre o Essure e a laqueadura. A agência também frisa que um número significativo de participantes parou de comparecer às consultas da pesquisa, comprometendo a amostra inicial e tornando o progresso do estudo “inadequado”.

Ainda em 2016, movida pelos resultados da reunião aberta, a FDA sugeriu⁵¹ que a embalagem e os procedimentos de consentimento informado do Essure deveriam ser reformulados. Em outubro, foi publicada uma orientação sobre as mudanças, para que as mulheres possam, segundo a agência, “[...] tomar uma decisão informada sobre se um implante tubário permanente colocado por histeroscopia visando à esterilização é a escolha certa para elas” (FDA, 2018, p. 4-5).

O documento não discute a existência ou a prevalência dos efeitos adversos, mas afirma que as consequências mais comumente associadas ao dispositivo – incluindo as informadas pelas usuárias, mesmo que não detectadas em estudos clínicos – deveriam constar no material sobre o Essure (FDA, 2018). Uma sugestão de texto, a ser adicionado à caixa do dispositivo, é apresentada no apêndice do texto:

WARNING: Some patients implanted with the Essure System for Permanent Birth Control have experienced and/or reported adverse events, including perforation of the uterus and/or fallopian tubes, identification of inserts in the abdominal or pelvic cavity, persistent pain, and suspected allergic or hypersensitivity reactions. If the device needs to be removed to address such an adverse event, a surgical procedure will be required. This information should be shared with patients considering sterilization with the Essure System for Permanent Birth Control during discussion of the benefits and risks of the device.

Embora os alertas *black box*, como são comumente chamados, estejam entre as medidas mais rigorosas (e raras) que a FDA pode tomar para alertar o público sobre os perigos de um dispositivo (Block, 2017), a decisão não deixou as mulheres vítimas totalmente contentes. Isso porque o rótulo e

⁵⁰ Até 2023, a Bayer informa que a incidência de mulheres com dor abdominal/pélvica crônica é de 14,4% no grupo do Essure e de 10,2% no da laqueadura. Sangramentos uterinos anormais foram detectados em 21,6% do grupo com Essure e em 20,8% das laqueadas. As reações alérgicas e a hipersensitividade têm prevalência de 1,9% no grupo do Essure, contra 1,1% no grupo da laqueadura.

⁵¹ As orientações (*guidances*) da FDA não são mandatórias. Não há sanções para fabricantes que optem por não as seguir.

a bula do Essure não são acessíveis às pacientes; só quem manipula o produto são as/os ginecologistas. Mas mais importante que isso: as mulheres apontam que uma mudança na rotulagem não compromete a Bayer, apenas transfere a responsabilidade sobre os possíveis danos às usuárias e às profissionais de saúde (Hitz e Applequist, 2023).

Talvez elas estejam certas, e a mudança na rotulagem, em si, não tenha afetado a Bayer. A repercussão da decisão da FDA e das denúncias feitas pelas mulheres vítimas, porém, certamente teve um impacto. Em 2016, dois anos antes da nova rotulagem e do novo termo de consentimento serem implementados pela farmacêutica (FDA, 2025b; Bayer, 2018b), as vendas do Essure caíram aproximadamente 70% (Han, 2018), e o prejuízo ligado ao dispositivo foi estimado em 412 milhões de dólares (Problems mount..., 2017).

Em fevereiro de 2018, a FDA jogou a última pá de cal sobre as vendas do Essure nos Estados Unidos, restringindo as vendas do dispositivo a clínicas e hospitais que comprovassem a adoção dos protocolos de consentimento informado às pacientes (FDA, 2025b). Três meses depois, a Bayer comunicou que retiraria o Essure do mercado até o final do ano *por razões comerciais*⁵². Em anúncio público, a empresa afirmou que

[...] diversos fatores contribuíram para o declínio do interesse das pacientes pelo Essure nos Estados Unidos, incluindo: a diminuição do uso de contraceptivos permanentes de modo geral, a maior dependência de outras opções de controle de natalidade, como contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs), e a *publicidade imprecisa e enganosa* sobre o dispositivo (2018c, tradução própria, grifo meu).

O fim da comercialização não foi impensado, claro. Ao tomar a iniciativa de interromper a circulação do dispositivo, a Bayer se antecipou a uma eventual ordem de agências reguladoras para cancelar o registro do Essure, deixando brechas para reinserir o dispositivo no mercado (Doherty, 2019). Nunca se sabe.

Quando a comercialização do Essure foi descontinuada nos Estados Unidos, a notícia sobre o fim das vendas já havia se tornado velha no Brasil. Em 18 de setembro de 2017, a Bayer anunciou que encerraria a distribuição do dispositivo no “mercado global”, isto é, em todos os outros países,

⁵² É possível que a decisão da empresa também tenha sido influenciada pelo lançamento do documentário Operação Enganosa (*The Bleeding Edge*), uma produção da Netflix sobre a indústria de dispositivos médicos (Operação..., 2018). O processo de aprovação e os efeitos adversos do Essure são amplamente explorados no longa-metragem. Prevendo (corretamente) uma grande repercussão, a Bayer publicou, no mesmo dia do lançamento público do filme, uma checagem de fatos das informações veiculadas (Bayer, 2018d). O documentário ampliou o alcance do movimento de *E-sisters* – como se denominam as mulheres vítimas – e repercutiu críticas à FDA e a empresas farmacêuticas.

menos os Estados Unidos (Casassus, 2017). Nem a Anvisa, nem as mulheres brasileiras, porém, foram pegas de surpresa.

No começo do ano, em janeiro de 2017, a Anvisa havia aberto um dossiê de investigação sanitária⁵³ sobre o Essure. O processo foi gerado pela Coordenação de Inspeção e Fiscalização de Produtos para a Saúde (Cprod), após uma solicitação da Gerência de Tecnologia de Materiais de Uso em Saúde (Gemat), feita em dezembro de 2016. No memorando inicial, a Gemat informa que o dispositivo está com um registro de petição de retificação, gerado em função de alertas emitidos pela Health Canada acerca de complicações e efeitos adversos graves ligados à utilização do produto.

Por ocasião da retificação, a Anvisa solicitou, em junho de 2016, que a Commed apresentasse, dentre outras informações, um relatório completo de estudo clínico multicêntrico específico para o Essure, com um acompanhamento mínimo de 12 meses para cada paciente. O não encaminhamento destes dados dentro do prazo poderia acarretar sanções severas, como a suspensão da importação e da comercialização do produto. Foi o que aconteceu. O extrato abaixo consta do Memorando nº 64/2017, enviado pela Gemat à Cprod.

Extrato de Notificação de Exigência	
Processo nº :	25351.350321/2007-88
Notificação nº :	Notificação de Exigência Nº 1969606/16-0
Data de exigência :	23/06/2016
Enviada em :	23/06/2016
Acessada em :	25/7/2016 15:52:23
Acessada por :	
CPF do leitor :	
Prazo para cumprimento :	22/11/2016
Data de cumprimento :	
Empresa :	02.643.718/0001-21 - COMERCIAL COMMED PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
O prazo para cumprimento desta Exigência venceu 92 dias.	

Em 17 de fevereiro de 2017, a agência publicou a Resolução nº 457, que determina, “[...] como medida de interesse sanitário, em todo o território nacional, a suspensão da importação, da distribuição e comercialização, do uso e da divulgação do produto ‘SISTEMA ESSURE’”, bem como o recolhimento das unidades do dispositivo disponíveis no mercado (Anvisa, 2017b). A Resolução foi acompanhada pelo Alerta 2208 (Anvisa, 2017d) e por uma Nota Técnica (Anvisa, 2017c), que publicizam e justificam a decisão.

⁵³ Dossiê de investigação sanitária nº 01/2017 (Processo administrativo nº 25351.002187-2017-7).

Antes disso, a Anvisa já havia publicado dois alertas relativos ao Essure: i) o Alerta 1869, de abril de 2016, que contraindica a realização de qualquer procedimento intrauterino, incluindo a ablação do endométrio, junto à implantação do dispositivo (Anvisa, 2016a); e ii) o Alerta 1908, de junho de 2016, que destacava a importância de profissionais e pacientes terem ciência de possíveis complicações associadas ao uso do produto (Anvisa, 2016b).

Diante da Resolução nº 457, a Commed e a Bayer apresentaram dois pedidos de revogação da suspensão e solicitaram várias reuniões com a Anvisa. Pelos registros administrativos, as empresas participaram de pelo menos quatro encontros com a agência: em 02 e 07 de março e em 20 e 28 de abril de 2017. Embora as atas disponíveis sejam sintéticas, é possível perceber que as/os representantes da Bayer tentaram apresentar argumentos e dados sobre a segurança do Essure. As/os técnicas(os) da Anvisa, por sua vez, afirmaram que a revogação da suspensão estava condicionada à análise dos documentos solicitados.

Não é possível saber que informações a Commed e a Bayer encaminharam para a Anvisa, já que os dados não constam do processo administrativo. Mas fato é que, em junho de 2017, a Cprod comunicou à Gemat que considerava satisfatória a nova documentação sobre o Essure, julgando que não haveria mais razão para manter a suspensão do produto. A revogação da Resolução nº 457 foi publicada em 07 de julho de 2017.

O Essure nunca chegou, porém, a retornar ao mercado brasileiro. Pouco mais de dois meses depois, a Bayer comunicou sua decisão de encerrar a circulação “global” do produto. Naquele momento, a empresa não estava encarando restrições apenas no Brasil e nos Estados Unidos. Em agosto de 2017, a União Europeia aplicou, por “preocupações regulatórias”, uma suspensão temporária à venda do dispositivo⁵⁴ (Belle Isle, 2017; Suspensão..., 2017; Bayer to end..., 2017). No ano anterior, uma investigação sanitária da Health Canada também levou à alteração da rotulagem do Essure no Canadá (Health Canada, 2016; Problems mount..., 2017). O cenário era, para dizer o mínimo, turbulento.

Em anúncio oficial, a empresa afirmou que a decisão de terminar as vendas não foi motivada por problemas de segurança ou de qualidade do dispositivo, e frisou que a efetividade do Essure estava ancorada em mais de dez anos de pesquisa científica e uso clínico (Bayer to end..., 2017).

⁵⁴ A suspensão do Essure na União Europeia (UE) partiu de uma decisão da *National Standards Authority of Ireland* (NSAI), autoridade sanitária da Irlanda, que optou não renovar a certificação CE – garantia de que um produto cumpre as normas da UE sobre segurança, saúde e proteção ambiental – do dispositivo até verificar que ele atendia, de fato, aos parâmetros exigidos. Em abril de 2017, a *Agence Nationale de Sécurité du Médicament* (ANSM), da França, havia reunido um grupo de especialistas com o objetivo específico de revisar a literatura médica disponível sobre o Essure, mas, à época, o grupo concluiu que os dados não justificavam o recolhimento do Essure (Belle Isle, 2017; Suspensão..., 2017)

Desde então, sempre que se refere ao Essure, a Bayer aciona um argumento chave: o de que ele se mostrou seguro e eficaz em todos os estudos clínicos realizados. Essa ideia é replicada por médicas(os), juízas(es) e gestoras(es) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, como veremos nos próximos capítulos. Isso não quer dizer, porém, que ela se sustenta.

Em estudo realizado com 121 usuárias do Essure atendidas pelos hospitais da Harvard Medical School, apenas 61,9% das respondentes afirmaram estar satisfeitas com o dispositivo, e 48% delas relataram experiências negativas com o produto (Stirum et al., 2020). Pesquisa realizada nos Países Baixos, com pacientes acompanhadas, em média, por 144 meses após a inserção do Essure, verificou que 49,5% das mulheres relataram sintomas adversos relacionados ao anticoncepcional (Siemons et al., 2019). Ambos os estudos identificaram um número significativo de mulheres que já haviam realizado ou que gostariam de realizar a retirada do dispositivo.

Uma vez que o Essure só pode ser removido por via cirúrgica, não surpreende que um estudo comparativo entre métodos de esterilização feminina, realizado em Nova York, tenha identificado que pacientes com o Essure têm 10 vezes mais chances de passar por uma reoperação que mulheres submetidas a uma laqueadura (Mao et al., 2015). A FDA (2025a) chegou, inclusive, a ler e a avaliar os mais de 15 mil relatórios médicos de retirada do Essure submetidos à agência entre 2017 e 2018. A análise evidenciou que as principais causas para remoção foram: dor (60%), hemorragia genital (14%), migração/expulsão/deslocamento do dispositivo (12%), perfuração (11%), suspeita de alergia a metais (4%) e quebra do dispositivo (3%). Apenas 34% dos relatórios avaliados apresentavam informações sobre os desdobramentos da retirada, mas é importante notar que, desses, 43% afirmaram que os sintomas das pacientes desapareceram totalmente após a remoção do dispositivo; 45%, que os sintomas desapareceram parcialmente; e 12%, que os sintomas não desapareceram ou não melhoraram.

Para além dos pontos sistematizados pela FDA, artigos recentes documentam a redução ou o desaparecimento dos sintomas físicos e a melhora da qualidade de vida da maior parte das mulheres que passaram pela cirurgia de remoção do Essure (Maasen et al., 2025; Bideau et al., 2023; Miguet-Bensouda et al., 2023; Clark et al., 2017, 2022; Francini et al., 2021; Leleu et al., 2021; Merviel et al., 2019; Brito et al., 2015).

Ainda não se sabe exatamente que fatores provocam o surgimento dos sintomas, mas níveis anormais de metais como estanho, níquel e cromo foram detectados no fluido peritoneal e nos tecidos de mulheres que tiveram o Essure removido cirurgicamente, o que pode sugerir uma correlação entre

a degradação do dispositivo e o surgimento de efeitos adversos⁵⁵ (Catinon et al., 2020; Parant et al., 2020; Parant et al., 2022). Esta hipótese é fortalecida por estudo recente, conduzido por Léna Christ e colegas (2025), que verificou a presença de calcificações e de altos níveis de estanho nos tecidos biológicos das mulheres operadas⁵⁶.

Esses são apenas alguns dos trabalhos publicados nos últimos anos sobre o Essure. Não sou, claro, a pessoa com maior capacidade técnica para analisá-los, mas parece difícil afirmar que eles compõem um corpo coeso e definitivo de evidências sobre as diferentes reações adversas ao Essure e sobre a melhor forma de manejá-las. Apresentar esses estudos é essencial, contudo, para evitar que um cenário de *incertezas* técnico-científicas seja confundido com uma *ausência de evidências*, em especial quando consideramos as evidências produzidas pelas próprias usuárias do dispositivo. Essa confusão, como veremos nos capítulos seguintes, tem sido consistentemente mobilizada para negar direitos a mulheres vítimas do Essure. Mas, de novo, isso são outros capítulos.

A epígrafe deste capítulo é uma frase de Svetlana Aleksievitch, no livro *A guerra não tem rosto de mulher*. Repito-a.

Os documentos são seres vivos, eles mudam e vacilam junto conosco, é possível extrair algo deles eternamente. Algo novo que nos é necessário justamente agora. Neste minuto. O que estamos procurando? Em geral, o que nos parece mais interessante e próximo não são os grandes feitos e o heroísmo, mas aquilo que é pequeno e humano (2016b, p. 15).

No livro, a autora olhava para seus próprios documentos, uma montanha de papel composta por transcrições de entrevistas feitas, anos antes, com mulheres que falavam sobre uma guerra ainda mais antiga. Como revisitar esses registros tanto tempo depois que eles foram produzidos? O que estamos procurando?⁵⁷

⁵⁵ Embora o nitinol, liga metálica que compõe a mola externa do Essure, já tenha sido associado a reações de hipersensibilidade sistêmica em outros tipos dispositivos (Tjen e Yang, 2023), pesquisadores julgam improvável que ele possa causar complicações em um número grande de mulheres (Siemons, Vleugels e Eijndhoven, 2017; Baltus, Brown e Mahmoud, 2018).

⁵⁶ Outra hipótese, menos explorada, é de que o Essure contribua para o desenvolvimento de adenomiose. Sobre isso, vide Sánchez-Cuerda et al., 2024.

⁵⁷ A pergunta lembra, não por acaso, as reflexões que têm sido desenvolvidas pelas(os) pesquisadoras(es) do campo da etnografia de documentos (Ferreira e Lowenkron, 2020; Da Silva, 2020). Embora não seja possível dialogar com as produções dessa área no escopo da tese, acho que seria riquíssimo pensar mais detidamente, em outros momentos, sobre a centralidade dos documentos médico-farmacêuticos (bulas, prontuários, laudos de perícia médica etc.) como produtores de evidências científicas e provas judiciais e, portanto, como objetos estruturantes da vida das mulheres vítimas do Essure.

A história do Essure, até pouco tempo atrás, era uma narrativa sobre grandes feitos e heroísmo médico-científico. Tomei a epígrafe como uma provocação para olhar para os registros públicos justamente porque sei que o que estou procurando, apesar de estar por todos os lugares, não cabe nessa história: as mulheres usuárias do dispositivo.

Foram elas que atuaram ativamente nos estudos clínicos, disponibilizando seus corpos para pesquisa, submetendo-se a escrutínio, dando *feedbacks*. Criando as condições de possibilidade para que a inovação científica fosse testada, aprovada e comercializada.

Elas que se envolveram nos mutirões de inserção, comparecendo a palestras, assinando termos, indo a consultas de retorno. Criando as condições de possibilidade para que a política pública de saúde fosse implementada.

Elas que se mobilizaram para denunciar os efeitos adversos do dispositivo, expondo seu sofrimento, construindo argumentos, interpelando o Estado. Criando as condições de possibilidade para que a vigilância sanitária agisse e para que a comercialização do Essure fosse encerrada.

A anáfora não é minha figura de linguagem favorita – parece sempre tão piegas! –, mas sinto que algumas coisas precisam ser repetidas. É fácil esquecer que o Essure sobre o qual falamos foi concebido para estar no corpo de alguém. É por ele “estar no corpo” que sabemos que *irregularidades menstruais* – como classificadas pela Bayer e pela FDA – significam que Kelly Cristina, em algumas épocas, “só de espirrar, sangrava”, e que Luciene tinha um fluxo tão intenso que não conseguia sequer chegar ao banheiro, “o sangue descia tudo no chão”. Que *cefaleia*, para Rejane, era uma dor de cabeça tão forte e frequente que ela não conseguia trabalhar. Que Lily se coçava, ficava inchada e com a “pele manchada” por conta da *incompatibilidade/biocompatibilidade paciente-dispositivo*.

Lembrar que o dispositivo foi feito para estar no corpo é, portanto, entender que sua história não pode ser contada sem considerar as mulheres usuárias e vítimas. É, também, um convite à intertextualidade, a ler os documentos técnicos sem perder de vista aquilo que as mulheres informam. Ou, no contexto desta tese, ler o capítulo 3 pensando no capítulo 2 (e vice-versa).

É claro que a trajetória social do Essure, que comecei a contar aqui, é construída por muitos atores importantes, como cientistas, profissionais de saúde, agentes de vigilância sanitária, empresárias(os), representantes comerciais, pesquisadoras(es), etc. São as mulheres usuárias e vítimas, porém, que arrancam o dispositivo de seu rumo social idealizado, levando-o para outros espaços: para as casas, as associações, os escritórios de advocacia, os fóruns, as câmaras legislativas. Elas desafiam o mundo (heroico) da promessa técnica – no qual deveriam ser passivas, pacientes – e

reivindicam seu papel na solução de problemas para os quais a ciência e a medicina, sozinhas, não oferecem respostas.

Essa busca por respostas é o que as mobiliza a seguir atuando, dentro e fora do sistema judiciário. Como veremos no próximo capítulo, a justiça que elas almejam ainda parece longe de chegar. Até lá, a trajetória do dispositivo segue em construção.

Capítulo 4 – À linguagem da justiça: litígio judicial e soluções mediadas para o cuidado de mulheres vítimas do Essure no Distrito Federal

Até que chegou o dia no qual, com outras, graças à força de outras, pudemos pensar, até imaginar, que a justiça também nos pertencia. Que você a merecia. Que você também valia, entre todas as muitas, entre todas as tantas. Que podíamos lutar, em voz alta e com as outras, para trazê-las aqui, à casa da justiça. À linguagem da justiça.

Cristina Rivera Garza, em *O Invencível Verão de Liliana*

Se esta tese fosse uma peça jurídica – digamos, uma petição inicial indenizatória – eu escreveria longas seções de texto para falar sobre os direitos das mulheres vítimas que foram violados ao longo de suas trajetórias com o Essure. Precisaria mencionar como, ao impor obstáculos desnecessários e irregulares para que elas optassem por uma laqueadura tradicional, as(os) profissionais de saúde do DF infringiram o disposto no art. 10 da Lei nº 9.263/96, a Lei de Planejamento Familiar, que define os critérios para realizar uma esterilização. Também me veria obrigada a mencionar que, ao convocar as mulheres para a inserção do dispositivo com base em informações incompletas e contraditórias, o Governo do Distrito Federal (GDF) feriu o art. 12 da referida lei, que veda a indução e o instigamento individual ou coletivo à esterilização, além do art. 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor (CDC), que prevê o direito à informação adequada e clara.

Eu não poderia deixar de falar sobre como o GDF falhou em garantir às usuárias do Essure o direito constitucional à saúde e à dignidade da pessoa humana (arts. 196 e 1º, III, da CF/88), deixando de fornecer acompanhamento médico e de prever protocolos para a retirada do contraceptivo de seus corpos. Quando abordasse os sofrimentos físicos e sociais impostos às mulheres, aliás, eu também teria que me referir aos arts. 186 e 927 do Código Civil (CC) – que tratam da ilicitude dos danos causados por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência – e ao art. 37, §6º, da Constituição Federal de 1988 (CF/88), que prevê a responsabilidade objetiva do Estado de indenizar os danos causados por seus agentes.

Se a petição tivesse como alvo a Bayer e a Commed, responsáveis pela fabricação e pela distribuição do Essure, eu acionaria todos esses dispositivos legais, juntando ainda os arts. 8º e 10 do CDC, que tratam da proteção à saúde e à segurança dos consumidores, aos arts. 12, 13 e 14 do CDC e ao art. 931 do CC, que determinam que as empresas respondem, independentemente de culpa, pelos danos causados por produtos postos em circulação.

Considerando meu histórico de atuação voltado aos direitos sexuais e reprodutivos, eu certamente falaria sobre a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra

as Mulheres (CEDAW) e sobre o parágrafo 7.3 do relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994 – a Conferência de Cairo –, que reafirma o “[...] direito base de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva”⁵⁸.

Por sorte, não cabe a mim desenvolver esses argumentos. Esses e outros pontos foram abordados por promotoras do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), por defensores da Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) e por advogados de um escritório particular, em ações judiciais e em processos de negociação com a Administração Pública. Atena Zatarin (2022) e Erika Souza Pires (2022) também se aprofundaram nas infrações normativas ao explorar, em seus trabalhos de conclusão de curso, a responsabilização do Estado e a judicialização de causas ligadas ao Essure.

Embora listar eventuais violações de direitos pareça inevitável, meu objetivo, neste capítulo, não é este. Pretendo, em lugar disso, olhar para o que acontece quando as mulheres vítimas do dispositivo procuram o sistema de justiça para apresentar seus problemas e reivindicar soluções. O que se move quando elas falam à linguagem da justiça.

4.1 Dignidade reprodutiva à prova: processos judiciais para retirada do dispositivo Essure

Rita Lima é defensora da DPDF desde 2007. Ela se entende como feminista e como uma pessoa atenta às questões raciais desde muito nova. Na Defensoria Pública, mais do que um ganhapão, ela encontrou um espaço de trabalho alinhado com sua visão de mundo. Quando a entrevistei, em fevereiro de 2024, ela me falou sobre como os processos das vítimas do Essure haviam mexido com seu senso de justiça. Confrontada com as várias violações de direitos humanos em torno do caso, ela explicou sua incredulidade diante da postura insensível de alguns profissionais, que esperavam que as mulheres aguardassem por uma resposta da Secretaria de Saúde (SES) que não tinha previsão de chegar. Para Rita, essa expectativa parecia absurda. “Quem tem dor tem pressa”, ela me disse.

Quando tiveram início, os processos judiciais movidos pelas mulheres vítimas do Essure buscavam responder a essa urgência: deixar de sentir dor. Em outras palavras, retirar o dispositivo.

⁵⁸ A partir de nosso trabalho de *advocacy* no Cravinas, Amanda Luize Nunes Santos, Bruna Santos Costa e eu escrevemos um artigo sobre a construção histórica e a consolidação normativa dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil (Santos, Dantas e Costa, 2021). Todo o arcabouço jurídico que elencamos nesse texto está relacionado, à sua maneira, ao caso do Essure.

Uma matéria do jornal Metrôpoles, de outubro de 2019, registra o caso de Gizeli de Jesus Silva, “[...] a primeira vítima brasileira a conseguir uma ordem judicial obrigando o governo a retirar o Essure do seu corpo” (Contaifer, 2019). A decisão, de caráter liminar, considerou que a requerente corria risco de vida e que o Estado deveria realizar a cirurgia para a retirada do dispositivo o mais rápido possível, seja por oferta na rede pública, seja por direcionamento à rede particular.

A ação de Gizeli foi apresentada por um escritório de advocacia. À época em que a decisão liminar foi concedida, a firma já representava pelo menos 60 vítimas do Essure. Nos meses seguintes, esse número superou uma centena. As mulheres foram chegando por indicação umas das outras, através dos grupos de Facebook e WhatsApp – a cada nova vitória judicial, a quantidade de representadas crescia.

De acordo com um dos advogados⁵⁹, eles estavam atuando nas causas do Essure “sem receber um real”. Se alguma condenação resultasse em indenizações e honorários de sucumbência (valores pagos pela parte perdedora aos advogados da parte vencedora do processo), ótimo. Até lá, eles arcariam com os custos do trabalho.

No início, o escritório apresentou ações individuais que solicitavam tanto a retirada do Essure quanto a indenização pelos danos sofridos – em juridiquês, demandas de obrigação de fazer cumuladas com ações indenizatórias –, as quais foram distribuídas para a 5ª Vara da Fazenda Pública e Saúde Pública do DF⁶⁰. O magistrado responsável pela vara, porém, indeferiu liminarmente todos os pleitos.

Diante disso, os advogados passaram a ajuizar as demandas para retirada do Essure nos Juizados Especiais da Fazenda Pública (JEFPs)⁶¹, enquanto as ações indenizatórias contra a Bayer foram direcionadas às Varas Cíveis. Os processos dos JEFPs corriam bem mais rápido, mas os resultados eram incertos. Só um pouco mais da metade das decisões da 1ª instância eram favoráveis às mulheres. Os processos restantes estavam sendo extintos.

Alessandra Morato, nascida em uma pequena cidade do interior de Goiás, é mãe de três filhos e promotora responsável pela Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços

⁵⁹ O único contato direto que tive com os advogados foi em 27 de junho de 2022, quando participei de uma reunião enquanto representante do Cravinas. Nunca tive resposta às tentativas de entrevista para a tese, razão pela qual optei por não mencionar o nome do escritório e dos(as) advogados(as) ligados(as) ao caso.

⁶⁰ A competência para conhecer e julgar sobre as ações sobre saúde pública do Distrito Federal é da 5ª Vara da Fazenda Pública e Saúde Pública do Distrito Federal, conforme Resolução nº 12 do TJDF, de 03/10/2019.

⁶¹ Os JEFPs são órgãos da justiça responsáveis pela deliberação sobre causas “de menor complexidade”, cujo valor seja de até sessenta salários-mínimos e que envolvam interesse do Distrito Federal ou de suas autarquias, fundações e empresas públicas. Eles também são encarregados das ações que discutem a prestação de serviços de saúde e o fornecimento de medicamentos (TJDF, 2022).

de Saúde (Pró-Vida) do MPDFT⁶². Ela relembra que, em 2019, os processos individuais apresentados pela DPDF também estavam tendo fim similar. Por conta disso, o Ministério Público começou a se envolver nos litígios ligados ao Essure.

Eu tive contato com o caso do Essure, salvo engano, no final de 2019 já, a partir das ações cíveis, cautelares, que um juizado especificamente, que agora eu não vou me lembrar qual, ao começar a receber o pedido das mulheres para designar a cirurgia, ele começou a extinguir esses processos, a arquivar esses processos, dizendo que não era caso de urgência ou de prestação jurisdicional. Então, nós começamos a fazer recursos para a instância superior, nesse caso, eu acho que era Turma Recursal... [...] aí nós fizemos, ali, dezenas de recursos, e a Turma Recursal acolheu o nosso pedido e disse que sim, que era um caso relevante e que merecia atenção do judiciário e mandou voltar para que fossem processados e que o judiciário desse uma resposta sobre o que essas mulheres estavam pedindo. Então, começou assim. [Alessandra Morato]

A intervenção da Pró-Vida, no primeiro momento, não representava uma defesa direta do pleito das mulheres; ela apenas indicava que os processos mereciam ser julgados. Àquela altura, Alessandra ainda não tinha conhecido nenhuma vítima do dispositivo. Apesar disso, sua atuação gerou um movimento pelo qual elas ansiavam há muito tempo: a condenação do Distrito Federal a realizar a retirada cirúrgica do Essure.

As cirurgias prometidas, porém, não chegaram (Damasceno, 2021). Como consequência imediata das vitórias processuais, a Secretaria de Saúde passou a receber um volume de ordens judiciais que, naquele momento, tornara-se impossível de manejar. Eram meados de 2020, e a pandemia de Covid-19 havia sido declarada em 11 de março. Centros cirúrgicos, anestesistas, leitos de UTI... todos os recursos estavam mobilizados para a emergência de saúde pública. A Secretaria de Saúde procurou, então, o MPDFT, tentando um acordo para viabilizar o cumprimento das decisões.

As unidades responsáveis pelo acompanhamento e pela fiscalização dos atendimentos em saúde pública, dentro do MPDFT, são as Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (Prosus) (MPDFT, sd.b). O contato dos gestores da SES, para mediar o problema, chegou a partir da 3ª Prosus. Como a Pró-Vida já estava acompanhando os processos individuais, a promotora da pasta chamou Alessandra para, juntas, tentarem desenhar um acordo entre a Secretaria e as mulheres.

Alessandra lembra que, embora solicitassem a mesma coisa – a retirada do dispositivo –, os casos das vítimas não eram exatamente iguais. Algumas delas encontravam-se em estado grave de saúde, com potencial risco à vida, enquanto outras “poderiam esperar” pelo abrandamento da

⁶² De acordo com o portal do MPDFT, a Pró-Vida atua nos casos em que profissionais de saúde causam, por ação ou omissão, danos à vida ou à saúde das pessoas, assim como em questões sobre alimentos transgênicos, experimentos biológicos e terapêuticos, eutanásia, transplante de órgãos, bancos de dados de DNA, reprodução assistida, aborto legal e clonagem de seres humanos. (MPDFT, sd.a)

emergência ocasionada pela Covid-19. A solução ideal, em sua visão, era estabelecer um fluxo de cuidado específico para as usuárias do Essure na rede pública do Distrito Federal, de modo que a própria SES atendesse, classificasse e fornecesse o tratamento necessário e individualizado para cada mulher. Foi nessa perspectiva que surgiu a Nota Técnica n.º 5/2020-SES/SAIS/CATES/DUAEC da Secretaria de Saúde do DF, publicada em 27 de julho de 2020 (DF, 2020). Falarei mais sobre ela e sobre as tentativas de estabelecer fluxos de cuidado para as vítimas do Essure no próximo tópico.

Alessandra explica que as mulheres vítimas foram ouvidas no processo de elaboração da Nota, mas o resultado acabou não sendo o mais satisfatório para elas.

Então, ao invés delas serem encaminhadas direto para um centro cirúrgico, digamos assim, a gente tentou construir com elas que elas passariam por uma consulta com um ginecologista, que avaliaria aquelas que poderiam esperar um determinado tempo e aquelas que tinham que ser feitas imediatamente a cirurgia, dependendo do risco. Aí, as que tinham que ser feitas imediatamente, já seria designada a cirurgia num local com mínimo de taxa de contaminação de Covid, e aquelas que pudessem esperar mais um tempo, elas entrariam num cronograma de risco cirúrgico, programação e uma data posterior. Esse foi o [acordo] que a gente conseguiu.

Só que o que aconteceu no decorrer desse tempo, de 2020 para cá, né? Muitas fizeram a cirurgia da forma emergencial, outras entraram nessa fila e outras, até hoje, estão nessa fila, porque, com o passar do tempo, o que foi acontecendo? Essas que eram classificadas como não tão urgentes ou desenvolveram outros problemas no caminho, por exemplo, problemas cardíacos, problemas nefrológicos de rins, que tornaram elas não aptas ou de muito risco para uma cirurgia. Então, essas, até hoje, estão na fila, digamos assim, esperando elas melhorarem dessa condição para que tenham condições de fazer a cirurgia de retirada do Essure. Por óbvio, estão muito insatisfeitas, porque elas inclusive imputam essas pioras, essas outras intercorrências no quadro delas, à demora de retirar o Essure. [Alessandra Morato]

Como o problema não foi resolvido após a publicação da Nota Técnica, os processos judiciais para retirada do dispositivo em caráter de urgência continuaram a surgir. Em sua argumentação processual, porém, a SES passou a mencionar a existência do fluxo de atendimento específico para as vítimas do Essure – e mais juízas(es) começaram a negar os pedidos das mulheres.

Em 2021, outros dois documentos passaram a ser incorporados ao debate judicial sobre o Essure, influenciando decisões posteriores. O primeiro deles é a Nota Técnica nº 6/2021 do Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal (CIJDF). O Centro de Inteligência tem como objetivos “[...] monitorar e identificar as demandas repetitivas ou com potencial de repetitividade, atuar na gestão de precedentes, coletar dados e realizar estudos para emissão de notas técnicas com o intuito de uniformizar processos administrativos e judiciais” (TJDFT, 2024). As recomendações do CIJDF não vinculam as decisões das(os) juízas(es), mas, ao adotá-las, as(os) magistradas(os) imprimem um caráter de tecnicidade à sua deliberação.

Na Nota Técnica nº 6/2021, o CIJDF traça um panorama dos processos em curso, na 1ª instância do Distrito Federal, ligados ao Essure. Em 2021, eram 224 processos, ajuizados por 112

mulheres. Elas demandavam, além da retirada cirúrgica, indenização pelos danos causados pelo Distrito Federal, pela Bayer e pela importadora Comercial Commed Produtos Hospitalares Ltda. Cerca de 45% das autoras “[...] ajuizaram mais de uma ação, e 30% (trinta por cento) delas acionaram o Judiciário com três ações distintas” (TJDFT, 2021, p. 7).

Em várias passagens do documento, o CIJDF coloca sob suspeição a boa-fé e a veracidade das alegações das vítimas. A Nota aponta, por exemplo, que 92% das demandas são representadas pelo mesmo escritório de advocacia e que 90% dos processos são acompanhados por um relatório médico similar, firmado pelo mesmo ginecologista. Para o CIJDF, “[...] a adoção de um modelo de documento médico, com o apontamento de sintomas e conclusões praticamente idênticas para várias dezenas de pacientes, sugere inobservância do dever de expor os fatos em juízo conforme a verdade” (TJDFT, 2021, p. 21).

O documento indica, ainda, que, nos casos analisados, pode haver ocorrência de “litigiosidade fabricada”. Embora não seja um conceito totalmente consolidado no direito, a ideia de litígios fabricados está associada a demandas baseadas em problemas “irreais” ou “implausíveis”. Na jurisprudência, ela aparece em correlação com práticas de advocacia predatória ou de demandas agressoras, que se caracterizam

[...] pelo ajuizamento de causas fabricadas em lotes imensos de processos, geralmente trazidas por poucos escritórios de advocacia que praticam captação de clientela em massa e dizem respeito a uma tese jurídica ‘fabricada’ com o objetivo de enriquecer ilicitamente partes e advogados, independentemente da plausibilidade daquele pedido (TJRN, 2021, p. 3).

O Centro de Inteligência também ressaltou que houve deferimento da gratuidade de justiça em 78% dos processos monitorados, indicando que a maioria das requerentes é comprovadamente hipossuficiente. O dado não aparece, porém, de forma neutra. Ele é acompanhado de uma observação sobre como a justiça gratuita pode funcionar como “[...] fator de estímulo ao ajuizamento de múltiplas ações, dada a inexistência de assunção de qualquer risco econômico atinente à sucumbência e às custas processuais” (TJDFT, 2021, p. 9). Diante disso, a Nota Técnica pontua que é dever do Poder Judiciário “[...] atuar administrativamente de forma preventiva e estratégica, de modo a identificar e refrear eventual litigiosidade frívola em demandas massivas” (p. 9).

Ainda na linha do que considera *boas práticas*, o CIJDF recomenda que as(os) magistradas(os) determinem às mulheres que comprovem documentalmente a “pretensão resistida” da SES, isto é, a negativa administrativa ou a demora injustificada no encaminhamento médico para a cirurgia, de forma a dificultar ou desestimular o andamento de ações para retirada do Essure.

Por fim, dentre as sugestões elencadas ao final do documento, consta que o CIJDF encaminhará os dados de processos ligados ao Essure ao Núcleo de Monitoramento de Perfil de Demandas (NUMOPEDE), unidade do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) que “[...] tem atribuição de centralizar as informações sobre práticas fraudulentas reiteradas” (TJDFT, 2021, p. 22).

Como é possível notar, são muitos os momentos em que o CIJDF assume um tom acusatório, que coloca em xeque a credibilidade e a capacidade das mulheres. Se a hipótese do Centro é que as ações movidas são “fabricadas”, isso implica que ou as vítimas do Essure estão mal-intencionadas, ou que elas são sujeitos passivos, reféns de advogados aproveitadores. As duas hipóteses demonstram um claro desconhecimento das(os) autoras(es) da Nota Técnica sobre o problema do dispositivo no Distrito Federal. Embora a relação entre eles tenha sofrido desgastes nos últimos anos (como falarei mais adiante), existia uma clara parceria entre os advogados e as vítimas do Essure, que não deixavam de expressar publicamente sua gratidão. Gislaine Medeiros, diretora social da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb), me disse, certa vez, que, quando a mobilização das mulheres estava começando, os advogados “foram os únicos a acreditar na gente”⁶³. A proposição das ações por um único escritório não é indício de “prática fraudulenta”; ela é, antes, um sinal de que poucas(os) profissionais estavam dispostos a confiar e a patrocinar a causa daquelas mulheres.

Cíntia Costa, promotora titular da 2ª Promotoria de Justiça Regional de Defesa dos Direitos Difusos (Proreg) e colaboradora do Núcleo de Gênero do MPDFT, conta que, na época da publicação da Nota Técnica, as promotoras que acompanhavam o caso Essure ficaram alarmadas com a postura do CIJDF.

Eu lembro que a gente ficou preocupado com isso na época, mesmo, porque tinha essa história de ser o mesmo escritório de advocacia, mas, assim, isso é normal em qualquer lugar, né? Seja dentro do serviço público, seja fora, porque a gente tem o que a gente chama de modelo, né? Então, a gente tem um caso parecido, a gente vai usar aquele modelo, né? Então, você vai aproveitar tudo que dá pra aproveitar e colocar as informações específicas daquele caso concreto. Então, isso eu me lembro mesmo, é, essa é uma falha grave mesmo da Nota Técnica. [Cíntia Costa]

Para além desse aspecto, também não posso deixar de me chocar com as posições do CIJDF que sugerem uma limitação do acesso à justiça, oferecendo estratégias para dificultar a proposição e o prosseguimento de ações pelas vítimas. Reduzir o acesso à gratuidade processual ou aumentar os ônus probatórios é penalizar duplamente as pessoas que estão em desvantagem técnica e financeira

⁶³ Em 2021, os advogados apresentaram um pedido de reconsideração da Nota Técnica ao CIJDF, que foi enviado ao Cravinas por ocasião da reunião que fizemos com eles em 2022. Até onde sei, o Centro de Inteligência não alterou o documento original ou sequer respondeu ao pedido.

nos processos judiciais. Por sorte, esse posicionamento não foi a única “assistência técnica” que chegou ao TJDFT sobre os casos do Essure.

O segundo documento que desempenhou um papel importante nos processos para retirada do dispositivo seguiu por um caminho bastante diferente do CIJDF. Me refiro ao Parecer nº 33/2021, do MPDFT, publicado em 17 de junho de 2021 e assinado pelo promotor Fernando Augusto Martins Cuoco.

O parecer foi elaborado no processo de Incidente de Uniformização de Jurisprudência nº 0700794-42.2021.8.07.9000⁶⁴. O processo foi iniciado em face da divergência identificada, entre as três Turmas Recursais dos Juizados Especiais do Distrito Federal, sobre a “[...] urgência ou não do procedimento cirúrgico de retirada do dispositivo contraceptivo ‘Essure’, com base em único e exclusivo laudo médico genérico”. De acordo com o juiz que suscitou o incidente, a 3ª Turma Recursal entendia ser inviável compelir o DF a realizar a retirada do Essure via intervenção judicial, “[...] ante a ausência de comprovação da necessidade, do risco à saúde da autora e da omissão estatal”. A 1ª e a 2ª Turmas Recursais, por sua vez, reconheciam que o contraceptivo Essure causava danos à saúde e deferiam o pedido das mulheres⁶⁵.

Instado a se manifestar, o Ministério Público ressaltou que o laudo médico é um documento que possui presunção relativa de veracidade e que deve ser considerado válido. Para o MPDFT, o fato de o relatório médico apresentar as mesmas informações técnicas acerca do dispositivo Essure não faz com que ele se torne um instrumento genérico – como argumentou, por exemplo, o CIJDF –, desde que se exponha a real situação da paciente, com o relato de suas declarações e o nexo de causalidade entre os sintomas apresentados e a permanência do dispositivo no seu corpo.

O parecer também considera que, para definir a urgência da retirada do Essure, não é necessário que as vítimas apresentem prova de que a Secretaria de Saúde se negou a realizar o procedimento – o que seria, para elas, oneroso e potencialmente impossível. O MPDFT entende que, se o Distrito Federal nega totalmente o direito das autoras no processo judicial, apresentando contestação e recursos quanto à sentença de procedência dos pedidos, já está claro que a pretensão é resistida, isso é, que o DF se opõe a fazer a cirurgia.

⁶⁴ O documento não está publicado em site de domínio público e só pode ser acessado nos autos processuais. A promotora Alessandra Morato o encaminhou para mim após nossa entrevista. Eu não o solicitei, e o fato de que ela mesma escolheu me mandar o parecer sinaliza a importância do documento enquanto síntese da manifestação do MPDFT.

⁶⁵ Ao final, a Turma de Uniformização inadmitiu o incidente de uniformização, por entender, dentre outras questões formais, que a discussão sobre a urgência da retirada do Essure girava sobretudo em torno dos *atos* narrados no processo, e não das normas a serem aplicadas.

Por fim, e, para mim, o mais importante, o MPDFT enquadra o debate sobre a retirada do dispositivo não como uma controvérsia médico-científica, como algumas magistradas(os) sugeriam, mas como uma matéria de dignidade humana e de direitos sexuais e reprodutivos.

Independentemente de qualquer questão científica autorizando a extração do dispositivo, tem-se que balizar a demanda pela dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF), não sendo possível negar o direito da autora em ter o dispositivo retirado de seu corpo. [...] Além disso, há ainda o direito reprodutivo da mulher em jogo, sendo faculdade da mulher decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida, o direito de exercer sua sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição ou violência. [...] ao negar o direito da mulher em decidir de forma plena a retirada de corpo estranho, exigindo-se prova irrefutável acerca das adversidades enfrentadas com o dispositivo Essure, ataca-se frontalmente a sexualidade feminina, negando-a. O direito das mulheres em possuir uma vida sexual ativa e prazerosa, como se reconhece à condição masculina, não pode ser objeto de tabus, preconceito, discriminação e opressão.

Alessandra Morato recorda que, apesar desse posicionamento do Ministério Público ser reiterado em todos os processos individuais, tornou-se difícil conseguir decisões que garantissem a retirada do dispositivo.

Os processos que nós ganhamos foram aqueles em que a gente conseguiu convencer o juiz de que o caso era urgente, que essa mulher estava correndo risco de vida. Todas as vezes, por mais que a gente colocasse como preliminar que estava sendo violado o direito, um direito humano fundamental da mulher, que é o direito de não ter no seu corpo um dispositivo que ela não quer, né, independente se esse dispositivo faz mal ou bem, é o corpo dela. Vou colocar um exemplo bem grosseiro, o DIU, ou um piercing, ou qualquer outra coisa, ninguém questiona se a mulher tem o direito de tirar ou não. É óbvio que ela tem. É o Essure, eu não sei por que, criou-se no imaginário do judiciário, muito trazido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal e da Bayer, que é muito poderosa, no sentido de que ele era um dispositivo bom e que muito raramente ele dava algum risco para a saúde dessa mulher, entendeu? E que as dores que ela sentia eram decorrentes da menopausa, da idade delas, de outros problemas de saúde, de comorbidades, que aquilo não tinha muito a ver com o Essure. E que os riscos do Essure é o risco de qualquer procedimento. [Alessandra Morato]

Como ela aponta, a narrativa de que o Essure seria um contraceptivo seguro se consolidou no judiciário de tal forma que as mulheres que alegassem ter problemas por conta dele eram colocadas sob suspeita.

Há alguns anos, publiquei um artigo em que analisava dois acórdãos de Turmas Recursais do TJDFT referentes a pedidos de retirada cirúrgica do Essure (Dantas, 2023b). Ambas as decisões foram publicadas em processos em que as mulheres vítimas, autoras das ações, tiveram seu pedido negado em primeira instância, levando a recursos das autoras e do MPDFT. Não acho que seja necessário, aqui, revisitar o conteúdo das decisões, mas gostaria de chamar atenção para um elemento que discuti no trabalho.

Refiro-me à lógica da *suspeição*, que está muito presente nas sentenças e nos acórdãos que negam a retirada do Essure e, claro, na Nota Técnica nº 06/2021 do CIJDF. Regina Lúcia Teixeira Mendes (2012) argumenta que, no sistema brasileiro, a verdade é considerada a única via para se chegar à justiça, de modo que a mentira deve ser evitada a todo custo. Essa ideia-força, a busca da verdade (no singular), faz com que a suspeição seja a regra na magistratura. Por conta disso, não basta que a argumentação jurídica associe os acontecimentos (por exemplo, o adoecimento das mulheres vítimas do Essure) a um direito presumido (saúde ou dignidade da pessoa humana). É preciso produzir provas *boas o suficiente* para estabelecer a “verdade” dos fatos e, assim, afastar as suspeitas.

Se o que se busca é a verdade, porém, como dar respostas a problemas que estão localizados em uma zona de incerteza? No capítulo 3, apresentei as controvérsias que orbitam o caso do Essure e as evidências que colocam em disputa seu status de contraceptivo “definitivo, seguro e indolor”. Nos processos judiciais, essa incerteza sobre os sintomas causados pelo Essure aparece no confronto dos relatórios médicos das mulheres vítimas com as contestações apresentadas pelo Distrito Federal, cuja Secretaria de Saúde concentra a autoridade técnico-científica sobre a confiabilidade do dispositivo. As partes não possuem, porém, o mesmo nível de credibilidade e de legitimidade na esfera pública⁶⁶. De partida, quem está apta a apresentar a verdade sobre um dispositivo contraceptivo é a SES. Às mulheres, cabe tentar produzir provas tão boas que sejam capazes de abalar a suspeição que recairá sobre elas⁶⁷.

Em um trabalho etnográfico sobre a introdução do exame de DNA em processos judiciais nas Varas de Família, Claudia Fonseca (2011) argumenta que a chegada do elemento probatório biomédico deslocaria o “regime de verdade” do tribunal para um patamar “técnico”, supostamente livre de julgamentos morais. A autora complementa, contudo, que são os próprios juízes, enquanto categoria profissional, que decidem aceitar ou não as evidências científicas: “[...] é a autoridade deles que se engrandece com essa aliança entre direito e ciência. Ao revelar a verdade ‘real’, a expertise científica parece expurgar a moralidade da cena, estancando o diálogo entre possíveis ordens diversas” (p. 18).

Acredito que essa aliança também acontece no caso Essure. Na tentativa de se ancorar na “verdade” científica, porém, as(os) juízas(es) não se aproximam do real debate técnico, que ainda está cercado de incertezas e de pontos em aberto. Elas(es) ecoam o argumento de autoridade de uma das

⁶⁶ Discuto mais sobre credibilidade epistêmica no conflito em torno do Essure no capítulo 5.

⁶⁷ Em suas contestações, o Distrito Federal costumava afirmar que “[...] as alarmantes advertências feitas na petição inicial são [...] conjecturas sustentadas apenas em reportagens e relatos na imprensa, sem apresentar evidências demonstradas seja através de exame ou exames de imagem comprovando as afirmações, tampouco evidência científica disponível na literatura médica especializada”. Mostrei como isso é acionado nas sentenças de juízas(es) de primeira instância em trabalho anterior (Dantas, 2023b).

partes interessadas no processo para, a partir disso, afastar a credibilidade e o direito das mulheres. Para Alessandra Morato, esse posicionamento escancara uma injustiça de gênero e de classe.

[...] o judiciário ainda não teve a coragem, digamos assim, eu até diria, de dizer olha, tão importante como o direito à vida é o... é importante viver com dignidade, ter os seus direitos humanos respeitados, não é só se a mulher vai morrer ou viver, mas que ela vai viver com dignidade, que ela só vai ter dentro do corpo dela o que ela quiser e ela vai ter a mesma dignidade de uma mulher que pode pagar. A cidadã que vive do SUS, ela não é uma cidadã de segunda categoria, ela tem tanto direito como a mulher do Lago Sul [região nobre do DF] que entra na clínica e faz a retirada do Essure. Então, assim, nós ainda não avançamos nesse aspecto, sabe? [Alessandra Morato]

Em 2024, quando conversamos, Alessandra me disse que ainda acompanhava vários processos de mulheres que tentavam retirar o Essure. De acordo com a busca ativa realizada pela Secretaria de Saúde do DF, em 2025, 213 usuárias do dispositivo (de um universo de 1.463⁶⁸) haviam passado por procedimentos cirúrgicos, incluindo histerectomias, ligados ao dispositivo. Não sei quantas delas conseguiram a retirada por meio de decisão judicial, e nem se a cirurgia resolveu seus problemas. Sei, contudo, que pelo menos 65 mulheres ainda estão na lista de regulação para realizar a cirurgia⁶⁹, enquanto outras 182 seguem realizando consultas e exames ginecológicos para entender seus sintomas e definir se a melhor alternativa é a remoção do dispositivo⁷⁰.

É improvável que a via judicial, se acionada, seja simpática ao pleito delas. Para Rita Lima, garantir um fluxo rápido de atendimento é um desafio que extrapola os processos individuais. Como veremos na seção a seguir, ela e suas colegas, profissionais do sistema de justiça, apostaram na composição administrativa como um caminho para responder às mulheres que seguem tendo dor – e tendo pressa.

4.2 Expectativas (des)harmonizadas: tentativas de construir uma linha de cuidado às vítimas do Essure nas políticas de saúde

As ações para retirada cirúrgica foram, e seguem sendo, uma importante estratégia das vítimas do Essure para responder à urgência da dor. Como acabamos de ver, porém, a via judicial pode ser

⁶⁸ Embora 2.522 mulheres tenham inserido o Essure no DF, a busca ativa promovida pela SES compreendeu 2.087 mulheres com registro na SES. Dessas, 624 mulheres não puderam ser localizadas ou não residem no endereço registrado. Obtive os dados por meio de pedido de acesso à informação, processo LAI-013460/2025, em agosto de 2025.

⁶⁹ Dado de 12 de setembro de 2025, fornecido em resposta a recurso no processo LAI-013460/2025.

⁷⁰ Ao se referir aos dados da busca ativa, a SES fez questão de acrescentar que “[...] muitos dos sinais e condições descritos são relativamente frequentes na população feminina e podem ter diferentes causas, independentemente da utilização de métodos contraceptivos ou de procedimentos específicos” e que “[...] todos esses diagnósticos são comuns na população feminina e, até o momento, não identificamos maior prevalência de nenhum deles entre as mulheres usuárias do método Essure.”

lenta, ter efeitos limitados e se mostrar muito pouco receptiva às demandas de mulheres, em especial quando elas dizem respeito à autonomia reprodutiva.

Hiza Carpina é uma mulher negra, egressa de escola pública e mãe de duas meninas. Ela ingressou no MPDFT em 2002, mas só em 2021 assumiu a chefia da 3ª Prosus. No ano anterior, o volume de processos ligados ao Essure já havia levado a SES a procurar sua promotoria para tentar costurar uma solução para as cirurgias de retirada do dispositivo. Paralelamente, a unidade também foi contatada pela Amveb⁷¹, que não só buscava apoio para o andamento das demandas, mas denunciava violências institucionais que as mulheres vinham sofrendo em unidades de saúde. As tratativas para estabelecer um diálogo entre as duas instituições haviam sido iniciadas por sua antecessora, a promotora Fernanda Moraes, mas Hiza é quem tem levado o processo adiante e acompanhado o conflito nos últimos cinco anos.

Ela reconhece a complexidade do caso e, por isso mesmo, acredita que o potencial das ações individuais de responder ao problema criado pelo Essure é pequeno. Sua perspectiva pessoal, assim como a lógica de trabalho de sua promotoria, está alinhada à promoção dos direitos coletivos e ao aprimoramento das políticas públicas.

Assim, o meu ponto de partida não foi a judicialização, porque eu tenho um entendimento de que a política pública é tão complexa que o ideal é que se sente e se negocie inicialmente, né. Assim, você compreende o fenômeno, busca a solução para o fenômeno junto com o gestor, para que a gente possa construir soluções que sejam efetivas no primeiro momento, que a gente possa de fato fazer o atendimento da mulher, mas que você tenha ali soluções a curto prazo e soluções a médio prazo, que possam ser construídas e elaboradas com o gestor, para que a gente tenha alguma perspectiva de, de fato, tirar aquilo do papel, né. Assim, a gente tem um processo de judicialização dos direitos difusos, que é um processo importante, mas que a gente sabe que a sentença judicial, por si só, não resolve o problema, né. A caneta do juiz não é mágica, ela não constrói a política pública, porque a política pública ela depende da interface de vários, né, de vários atores, enfim, e de um arcabouço de competências e capacidades estatais para que ela aconteça, né, enfim. [Hiza Carpina]

Acho importante mencionar que Hiza, assim como as outras profissionais de saúde com quem conversei, não tem uma postura contrária à judicialização do direito à saúde⁷². A aposta na

⁷¹ Conforme fala de Fernanda Moraes em audiência pública da Câmara Legislativa do Distrito Federal (Audiência..., 2021), as primeiras notícias sobre o Essure chegaram à 3ª Prosus em fevereiro de 2020. Em maio de 2020, foi instaurado procedimento administrativo para realizar o acompanhamento das pacientes e, em agosto, o MPDFT requereu à SES a elaboração de um protocolo de assistência às mulheres com Essure e um sistema de regulação para essas pacientes. A partir disso, o número de mulheres que começou a procurar a promotoria cresceu.

⁷² Nos últimos anos, as críticas à intervenção judiciária na administração da saúde ganharam muita notoriedade ao apontar que a ação judicial tenderia a beneficiar elites (que têm mais acesso à justiça) e destinar recursos de grandes políticas públicas para o tratamento de enfermidades raras – priorizando, assim, poucos em lugar de muitos. Trabalhos como os de Debora Diniz, Teresa Machado e Janaina Penalva (2014) e de Ramiro Sant’ana (2017), contudo, têm apontado os equívocos dessa leitura, indicando que a judicialização segue uma tendência inversa: os maiores beneficiários são usuários hipossuficientes das Defensorias Públicas, que buscam acessar tratamentos já previstos no SUS. Isso dito, autoras também têm alertado para a fragilidade das decisões judiciais sobre saúde, as quais, por vezes, demonstram falta de expertise e de

composição administrativa do conflito – ou, como chama Felipe Asensi (2010), na “juridicização” das relações sociais – é um caminho para pensar o problema de forma mais relacional e criativa. Embora essa estratégia se afaste da “lógica de efetivação centrada no juiz” (Asensi, 2010, p. 50), Ramiro Sant’ana, defensor público que atuou no caso Essure no Distrito Federal (e que, infelizmente, não consegui entrevistar), argumenta que ela não é estranha ou oposta à judicialização.

Tais arranjos, caracterizados pela mediação entre usuários e a gestão do sistema, têm sido considerados, por vezes, uma “alternativa” à judicialização, como se a atuação do sistema de justiça em tais arranjos fosse algo estranho à atuação dos mesmos atores na cena jurisdicional. Essa é uma leitura equivocada. Composição de conflitos em âmbito administrativo e acesso à jurisdição, nesse contexto, se complementam. [...] a atividade de mediação se apresenta como uma forma mais rápida e dialogada de compor as necessidades de tratamento do paciente vis-à-vis as diretrizes gerais do sistema, bem como suas contingências de recursos e estrutura. Trata-se de um processo de harmonização de expectativas [...] (Sant’ana, 2017, p. 419).

Por serem dimensões complementares, faz sentido que todos os atores envolvidos em um conflito – inclusive as(os) profissionais encarregadas(os) de demandas judiciais individuais – participem das discussões. Por isso, a 3ª Prosus convidou, para integrar os debates, outras promotoras do MPDFT, como Alessandra Morato, da Pró-Vida, e Cíntia Costa, do Núcleo de Gênero; os defensores da DPDF Ramiro Sant’ana, do Núcleo de Saúde, e Rita Lima, do Núcleo da Mulher; além de gestores da SES e, claro, das próprias mulheres vítimas do Essure.

O primeiro desafio do grupo foi negociar os termos da Nota Técnica n.º 5/2020 – SES/SAIS/CATES/DUAEC, chamada de “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 – SES/DF”, e publicada pela SES em julho de 2020 (DF, 2020). Para entendermos a discussão em torno do documento, que objetivava estabelecer diretrizes para o atendimento de usuárias do Essure, é importante expor um pouco do seu conteúdo.

A Nota se inicia com um breve histórico sobre o dispositivo no Brasil, no qual se menciona o aumento da procura por atendimentos após a suspensão do registro do Essure pela Anvisa, em 2018. A SES destaca que a maioria das pacientes que buscaram o serviço de saúde tinham “[...] queixas ginecológicas comuns às mulheres na mesma faixa etária” e estavam “[...] apoiadas por desinformação e interpretações equivocadas por agentes de saúde acerca da técnica na realização de exames complementares, seguimento e acompanhamento, potencializada pela exposição na mídia”

conhecimento sobre a linguagem, a lógica e a dinâmica das políticas públicas sanitárias ou exprimem posições controversas sobre o que é saúde (Pitanga, Silva e Ramalho, 2022).

(p. 3). A Secretaria reconhece que muitas mulheres estão em estado de sofrimento intenso, mas atribui isso a uma “[...] situação de vitimização imposta a elas”⁷³ (p. 4).

Na sequência, a Nota detalha o fluxo de atendimento que as pacientes devem seguir. Depois do primeiro atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), recomendava-se o encaminhamento a uma unidade de Atenção Secundária à Saúde, nos ambulatórios hospitalares especializados em Reprodução Humana, Ginecologia Endócrina e Climatério. Lá, a avaliação médica definiria a indicação de “[...] tratamento clínico, ginecológico clínico medicamentoso hormonal ou não ou cirúrgico [sic], incluindo a retirada do Sistema Essure® e sobretudo, apoio psicológico” (DF, 2020, p. 4).

Caso a paciente manifestasse desejo de remover o dispositivo e/ou as(os) médicas(os) identificassem que a cirurgia de retirada era necessária, a Nota estabelece que esse procedimento deveria ocorrer no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), onde foram feitas as inserções do Essure. Apenas em caso de sobrecarga dessa unidade, as mulheres seriam referenciadas para outros hospitais. Também são elencados diferentes procedimentos para a remoção das molas, incluindo técnicas de tracionamento (puxão) do dispositivo para fora das trompas.

Em certo sentido, a publicação da Nota Técnica n.º 5/2020 – SES/SAIS/CATES/DUAEC pode ser considerada um avanço. Até hoje, nenhum outro ente federativo estabeleceu um protocolo de atendimento específico para as usuárias do Essure, o que invisibiliza suas condições específicas e dificulta o acesso à remoção do dispositivo. As vítimas do Distrito Federal, porém, não deixaram de apresentar suas críticas ao documento.

A primeira delas está ligada à atribuição do sofrimento das mulheres à “desinformação”, a “interpretações equivocadas” e à “mídia”, sugerindo que o adoecimento teria causas psicológicas. Essa postura não chega a ser uma surpresa, uma vez que a Secretaria tem, desde o início do conflito, assumido uma posição de defesa do dispositivo e da política de esterilização adotada pelo DF. Ao reforçar esse entendimento em um documento de diretrizes a profissionais de saúde, porém, as(os) gestoras(es) da SES não apenas consolidam uma atitude de violência epistêmica – de que falarei melhor no próximo capítulo –, mas estimulam médicas(os) a praticar essa mesma violência contra as mulheres.

A segunda crítica das vítimas diz respeito à centralização das cirurgias no HMIB. Isso porque a equipe de ginecologia do hospital, a mesma que inseriu os dispositivos anos antes, foi alvo de

⁷³ A redação é dúbia. Seria bom acreditar que a SES reconheceu seu papel na revitimização das mulheres, mas acho que ela estava apenas sugerindo, mais uma vez, que as usuárias atribuem seus sintomas ao dispositivo por sugestionamento de terceiros.

inúmeras denúncias de mau atendimento e de violência institucional contra mulheres que procuraram a unidade para se queixar de sintomas atribuídos ao Essure. Havia receio, inclusive, de que um dos médicos pudesse retaliá-las durante a cirurgia⁷⁴.

Por fim, a Amveb também se queixou das técnicas oferecidas pela SES para a retirada do contraceptivo. Amparadas por vídeos e publicações de médicos estrangeiros, as mulheres argumentam que o tracionamento das molas é desaconselhado, pois pode provocar a ruptura do dispositivo e espalhar fragmentos metálicos pelo corpo. A Associação defende que o melhor método cirúrgico é a histerectomia total, em que o útero e o colo do útero são removidos, pois ela reduziria, em tese, as chances de um câncer na região.

Essas pautas foram tema de discussão entre as mulheres, a SES, a DPDF e o MPDFT, e ganharam destaque em uma audiência pública da Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF), promovida pelo deputado distrital Fábio Félix (PSOL), de forma online, em 26 de abril de 2021⁷⁵ (Audiência..., 2021). O evento tinha como objetivo apresentar as demandas das vítimas e debater o que as instituições presentes estavam fazendo (ou deveriam fazer) sobre o caso Essure.

Na ocasião, a representante da 3ª Prosus – que ainda era Fernanda Moraes – afirmou que havia apresentado uma discordância formal do fluxo estabelecido na Nota Técnica nº 05/2020, pois acreditava que era preciso garantir atendimento ginecológico às mulheres vítimas do Essure, desde o princípio, na atenção secundária. A partir disso, o protocolo foi adequado, e as pacientes passaram a ser atendidas diretamente no Centro Especializado de Saúde da Mulher (CESMU)⁷⁶. Ela também mencionou que, naquele momento, as reuniões entre o MPDFT e a SES estavam acontecendo quase semanalmente, para tratar do fluxo de agendamento das pacientes, da realização de exames e das unidades de referência para as cirurgias.

Petrus Sanchez, Secretário Adjunto da Secretaria de Saúde à época, reconheceu que os sintomas das usuárias de Essure vão além do estado físico; eles são também “uma dor social”. Do

⁷⁴ Cíntia Costa fala sobre as denúncias de violência institucional no HMIB: “Uma [questão] que me chamava muito a atenção é que parte da equipe que atuou na inserção do Essure nas pacientes estava participando também dessa avaliação posterior e as pacientes ficavam muito incomodadas. Até porque tinha uma certa agressividade. Aliás, uma marca para mim desse caso é a questão da violência institucional. Acho que foi a primeira vez que eu trabalhei com uma violência institucional tão evidente.”

⁷⁵ Esta foi a segunda audiência pública organizada para debater o caso das vítimas do Essure no DF. A primeira foi promovida pela Secretaria da Mulher da Câmara dos Deputados, por iniciativa da deputada federal Erika Kokay (PT-DF). A SES não compareceu ao evento (Câmara..., 2020). No ano seguinte, em 16 de agosto de 2021, a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Câmara dos Deputados, através da deputada Celina Leão (PP-DF), realizou nova audiência (Borges, 2021).

⁷⁶ O CESMU busca oferecer atendimento integral à saúde da mulher, englobando, dentre outros, serviços de ginecologia, mastologia, endocrinologia, nutrição, psiquiatria, psicologia e serviço social. A Nota Técnica nº 6/2021 - SES/SAIS/COASIS detalha o encaminhamento de pacientes para o Centro e explicita o atendimento a usuárias do Essure como um dos escopos da unidade (DF, 2021).

ponto de vista do gestor, porém, retirar imediatamente os dispositivos não era o melhor, porque o problema precisa de análise multidisciplinar. Em sua visão, seria necessário considerar todos os cenários de saúde para evitar complicações futuras, já que a retirada do útero não é um procedimento simples e tem um percentual de óbitos que não pode ser desconsiderado.

Fábio Félix, deputado que promovia a audiência, ressaltou que o caso Essure evidencia a desigualdade de gênero na saúde e que é muito difícil, para as mulheres, se contrapor ao poder público e à autoridade científica representada pela Secretaria e pelos médicos. Ele convocou as autoridades da SES a fazer uma escuta generosa e autocrítica das vítimas.

Foi representando essas vítimas que Kelli Luz e Gislaine Medeiros, da Amveb, criticaram a ação da SES, falaram de suas experiências com o dispositivo e apresentaram relatos de outras mulheres que sofrem com as consequências físicas e sociais do Essure. Suas falas foram canceladas por várias outras usuárias, que acompanhavam a audiência ao vivo e compartilhavam, no chat do YouTube, a hashtag *#JustiçaPelasVítimasdoEssure*.

Trago essa descrição porque acredito que essa audiência foi, de certa forma, um momento síntese, uma condensação das discussões em um período de movimentações intensas em torno do caso Essure no Distrito Federal. Ela possibilitou a publicização dos debates que aconteciam entre as mulheres e os atores dos sistemas de saúde e de justiça, funcionando, ainda, como uma pressão pública à SES. Não à toa, alguns meses depois do evento, o médico do HMIB que vinha sendo denunciado pela prática reiterada de violências institucionais foi afastado de seu cargo.

Mais do que isso, acredito que a audiência permitiu que todas as(os) envolvidas(os) na composição administrativa do conflito, principalmente aquelas que tinham menos diálogo com as mulheres, tivessem noção da urgência e da gravidade do problema. Cíntia Costa, que assumira o Núcleo de Gênero do MPDFT há pouco tempo e ainda não tinha contato direto com as vítimas do Essure, lembra do evento como um ponto emblemático para a compreensão que ela própria tinha da questão: “porque é diferente você ouvir o relato do que as mulheres dizem, você ouvir, assim, da boca delas”. Interagir face a face com as pessoas afetadas, nesse sentido, dá outra dimensão à atuação das(os) profissionais de justiça.

Esse encontro também promove mudanças do outro lado da relação. Algo que sempre me chamou atenção, na audiência pública da CLDF, foi a apresentação de Gislaine Medeiros, diretora social da Amveb. Após falar seu nome, ela disse: “[...] sou assistente social, da área da saúde, vítima do Essure. Sim, vítima. Não sou paciente, eu sou vítima do Essure” (Audiência..., 2021).

A construção dessa identidade de vítima é, claro, fruto da mobilização e da troca de conhecimentos entre mulheres que tiveram experiências similares de dor e de trauma. O processo de se declarar vítima é, como afirma Cynthia Sarti (2011), uma forma de tornar um sofrimento coletivo inteligível e de conferir legitimidade moral às narrativas e às demandas ligadas a esse sofrimento. Nesse sentido, Shely Frazão, que também compõe a diretoria da Amveb, me disse que sua condição não tem nada a ver com ser impotente, impassível. Pelo contrário, “[...] é fazer entender que eu fui vítima dessa situação, mas eu não vou ficar refém disso. Eu tenho direitos, eu sou uma cidadã, né? Eu sou alguém ativa na sociedade”. Compreender que são todas vítimas é parte essencial da criação de um sujeito político e coletivo⁷⁷. Uma vez construído, porém, esse sujeito identitário precisa de reconhecimento na esfera pública.

A gestão do Distrito Federal, como vimos, é resistente a reconhecer essa identidade, uma vez que assumir que houve uma vitimização poderia implicar na admissão de culpa e no dever de reparação. Todas as manifestações públicas da Bayer e da Commed vão no mesmo sentido⁷⁸. Neste cenário, a validação partiu da mídia – que reverberou as histórias, queixas e demandas das vítimas –, de pesquisas acadêmicas do campo de Humanidades e do Ministério Público e da Defensoria. Em nossa entrevista, Gislaine me falou sobre a importância de encontrar essa chancela institucional.

Diante da falta de respostas na saúde, busquei o sistema de justiça, chegando ao Prosus. Foi a partir desse espaço que, finalmente, encontramos algum respaldo institucional. Ali começou um movimento de reconhecimento da nossa dor e a viabilização de cirurgias de retirada do Essure para algumas mulheres, um passo fundamental na reconstrução de nossas vidas. [Gislaine Medeiros]

Cynthia Sarti (2009) ressalta que as políticas públicas de saúde voltadas ao atendimento de “vítimas” frequentemente se originam na pressão de movimentos sociais, a partir da lógica de “direitos”. A construção prévia da vítima, socialmente legitimada, é essencial para que “[...] se reconheça o ato violento e lhe seja dada atenção na área da saúde” (2009, p. 93).

Diante disso, penso que um dos efeitos promovidos pela composição administrativa do conflito em torno do Essure foi o reconhecimento das *vítimas* como um sujeito político legítimo, tão apto a participar da formulação da política de saúde quanto a Secretaria. Chamá-las ao debate

⁷⁷ No capítulo 5, falei mais sobre as experiências de sofrimento individual e coletivo compartilhadas pelas mulheres, bem como sobre a criação da Amveb.

⁷⁸ É difícil conseguir informações sobre o posicionamento da Bayer para além das sucintas notas divulgadas oficialmente. As profissionais do sistema de justiça que entrevistei mencionaram que houve reuniões para tratar de um possível acordo extrajudicial com a empresa, mas elas aconteceram sob dever de sigilo. Considerando o estado atual do caso, só posso presumir que as tratativas não foram bem-sucedidas.

fortaleceu os processos de empoderamento e de cidadanização (Asensi, 2010) aos quais elas tinham, juntas, dado início.

Esse reconhecimento é uma forma de respeito e de cuidado com as mulheres. “Cuidado”, aliás, é uma palavra muito usada por Hiza Carpina – que assumiu a 3ª Prosus pouco depois da audiência pública da CLDF – para se referir ao atendimento que as vítimas deveriam receber dentro do sistema de saúde. Seu trabalho, ela diz, é construir uma “linha de cuidado” na política pública, junto à Amveb e à SES.

Ao longo de 2021, Hiza articulou suas colegas do MPDFT e das demais instituições para revisar o primeiro guia sobre o Essure publicado pela Secretaria. Esses esforços resultaram na publicação da Nota Técnica nº 1/2022 – SES/SAIS/CATES/DUAEC, de 16 de fevereiro de 2022 (DF, 2022).

Embora a estrutura e o histórico sejam similares ao do documento anterior – mantendo, inclusive, a associação das queixas das mulheres à desinformação – a versão revisada inova ao mencionar a realização de busca ativa das usuárias do dispositivo e ao trazer mais detalhes sobre os encaminhamentos que elas devem receber. Também é nova a menção aos princípios da integralidade e da indivisibilidade do sujeito, que devem ser garantidos através da abordagem multidisciplinar, da continuidade do cuidado e da elaboração de um Plano Terapêutico Singular.

O fluxo manteve as UBS como porta de entrada, com posterior direcionamento para os ambulatorios hospitalares especializados. É possível perceber, porém, que a SES criou um código específico para as consultas secundárias ligadas ao Essure, de modo a facilitar a rastreabilidade e o controle dos casos na Central de Regulação Ambulatorial. Também vale notar que o CESMU não é listado como unidade de referência, o que se deve às denúncias que a Amveb fez à forma como algumas mulheres estavam sendo tratadas no Centro⁷⁹.

Acolhendo as críticas à centralização no HMIB, a SES estabeleceu que a retirada pode ser feita em qualquer hospital da rede que disponha de atendimento em cirurgia ginecológica⁸⁰. A

⁷⁹ Como descreverei no capítulo 5, algumas mulheres, como Ivanise, relatam episódios de *gaslighting* médico no CESMU. Ela também afirma que o conteúdo de seus atendimentos psicológicos no Centro foi vazado e usado contra ela em uma audiência judicial. Essa denúncia, muito grave, foi apresentada ao MPDFT, mas não sei qual foi o desdobramento do caso.

⁸⁰ A saber: Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional Leste (HRL), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). A definição do hospital que fará o atendimento acontece de acordo com a região de saúde em que mora a mulher. Sobre a organização do sistema de saúde e a regulação de procedimentos no Distrito Federal, vide Batista et al., 2019.

classificação indicada para as cirurgias de remoção do Essure, aliás, é amarela (urgência) ou vermelha (emergência), o que reduz, em tese, o tempo de espera na regulação cirúrgica.

Por fim, embora a histerectomia não seja o método recomendado como primeira abordagem (ao contrário do que gostaria a Amveb), as técnicas de remoção cirúrgica apresentadas são mais detalhadas, e já não consta a possibilidade de retirada através da tração do dispositivo.

Para Kelli Luz, a articulação promovida pelo MPDFT e pela DPDF foi muito importante, mas ainda há muito a caminhar. Enquanto presidente da Amveb, uma das atividades que ela mais faz é orientar as mulheres vítimas sobre o fluxo de atendimento (a linha de cuidado) que elas devem seguir para retirar o dispositivo. A outra é monitorar como este fluxo está funcionando. Quando perguntei a ela, em 2025, se as cirurgias estavam acontecendo, ela disse.

Tem, bem poucas, bem poucas mesmo. Muitas [mulheres] começam todo o processo, todos os exames, aí param. Aí eles mandam o comunicado que marcou a cirurgia. Quando as meninas chegam no posto pra pegar o papel, né, com o código, eles mandam desconsiderar aquele comunicado de cirurgia. Só que, nessa desconsideração, elas acabam saindo da regulação. Entende? E aí eu falo pra elas: “aconteceu isso, corre de novo, vão de novo no hospital e falem, ‘ó, me tiraram da regulação’”. Ou então façam também uma ouvidoria relatando sobre isso, sabe? Desse jeito que tá acontecendo. [Kelli Luz]

Em nossa entrevista, Kelli me disse que precisava mandar uma mensagem de WhatsApp para Hiza Carpina para tratar disso. Esse contato constante é parte da parceria que elas construíram nos últimos anos. Hiza também vê como essenciais os *feedbacks* das mulheres sobre a política pública, e entende que acompanhar isso é parte de seu trabalho e de seu esforço de “resgatar a confiança da política pública”.

De parte a parte, esse diálogo possibilitou avanços que, separadamente, nenhuma mulher ou instituição conseguiriam. As soluções não chegam na forma ou no ritmo esperado, mas a existência do canal permite que eventuais ajustes sejam feitos continuamente. Cíntia Costa, do Núcleo de Gênero do MPDFT, frisa que isso não é pouca coisa.

Eu vou te falar uma coisa, assim, eu estava no grupo nacional, na Procuradoria Federal de Direitos do Cidadão do MPF [Ministério Público Federal], que tem representantes dos Ministérios Públicos Estaduais, assim, quase todos, e eu lembro que teve um momento que perguntaram: “ah, como é que está o Essure, a questão do Essure aí?”. E, em vários estados, não tinha nada. Assim, eram as mulheres entrando com os casos, ou seja, não tinha linha de cuidado dentro da Secretaria de Saúde, não tinha preocupação judiciária, então, talvez, não tivesse nem procedimento administrativo específico quanto ao caso do Essure. Então, assim, o Distrito Federal, com todos os problemas que tem, pelo menos a gente chegou numa época de pandemia, e também por muita mobilização das mulheres, em primeiro lugar, e dos órgãos de controle, que o Ministério Público e a Defensoria também, eu acho que a gente conseguiu uma vitória muito grande.

Infelizmente [suspiro], tem essas coisas, o SUS é maravilhoso, mas na prática falta médico, falta enfermeiro, falta insumo, falta material, a gente tem algumas unidades de saúde muito antigas, passou uma época sem contratos de manutenção. Então, tem que lutar contra tudo isso, que é bem mais complicado, porque aí já são os problemas estruturais do serviço público. Mas eu vi, assim, a minha impressão é que o DF ainda andou bem melhor do que os outros estados, sabe? [Cíntia Costa]

Kelli Luz, presidente da Amveb, faz coro à percepção de Cíntia:

Lá no Estado de São Paulo, as mulheres permanecem na mesma. Elas nunca conseguiram nem que o Estado desse essa... Esse protocolo de atendimento pra fazer a cirurgia, né⁸¹. Lá eles estão fazendo só... E quando fazem, fazem só a retirada das trompas, isso não adianta. Sabemos que não adianta. Hoje a gente tá querendo brigar mesmo pelo projeto [de lei]. Porque, se for aprovado, vai ajudar elas lá. Vai ajudar elas lá. Para que elas façam a retirada de forma certa, correta, lá, né. São Paulo e Rio. [Kelli Luz]

A fala de Kelli nos lembra que, enquanto dialogavam com as(os) gestoras(es) e as profissionais do sistema de justiça do DF, as mulheres vítimas seguiram se articulando de outras formas, local e nacionalmente, para avançar com suas pautas. São fruto deste trabalho a publicação da Nota Técnica nº 7/2021-DAPES/SAPS/MS, pelo Ministério da Saúde, em março de 2021 (Brasil, 2021), e a apresentação do Projeto de Lei nº 2978/2021, pela deputada federal Celina Leão (PP-DF), em agosto do mesmo ano (Câmara dos Deputados, 2021). Ambos os documentos frisam a importância de que os entes federativos façam uma busca ativa das usuárias do Essure e que garantam a elas acolhimento, acompanhamento e avaliação especializada para eventual retirada cirúrgica.

Kelli Luz me falou que ainda é preciso aprimorar o projeto de lei, para que ele garanta assistência médica e psicológica às vítimas, mesmo após a remoção do dispositivo. Em sua visão, isso é o mínimo que o Estado deveria fazer, como forma de reparação.

O que hoje a associação busca é realmente um reparo, a gente busca esse reparo, sim, porque se vem a ter algo... Quando a gente teve a reunião com a Celina [Leão], a gente entregou um documento pra ela. Nesse documento, eu falava pra ela assim, que eu queria que o dispositivo, a retirada dele fosse feita sem esse constrangimento que nós estamos sofrendo hoje. “Ai, eu quero tirar”... Ela quer tirar, tira. Você está entendendo? Eu tenho que provar que eu estou doente pra tirar? Não, tem que ser retirado. Tinha que dar esse apoio psicológico, essa assistência, esse reparo às mulheres, o tratamento durante uns três anos, com todo o apoio que aquela mulher precisar, e também uma assistência, se tivesse um auxílio, para as mulheres que tiveram o dispositivo, porque muitas voltaram a trabalhar, outras não conseguem trabalhar, outras estão com problemas muito sérios de saúde. Então, a gente está

⁸¹ Não tenho acesso a informações sobre o atendimento de mulheres em outros estados, o que torna qualquer comparação muito difícil. Sei que, em 2021, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo disse que todas as pacientes que receberam o dispositivo foram monitoradas por equipes médicas por cinco anos, e que não foram registradas irregularidades. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por sua vez, afirmou que mais de 300 mulheres removeram o Essure no Hospital da Mulher Mariska Ribeiro (Damasceno, 2021).

lutando por isso, tanto que está aí o PL do dispositivo rodando, ainda pra ser aprovado. [...] Por quê? Pelas vidas que ficaram apagadas. [Kelli Luz]

A questão da reparação pelos danos sofridos pelas mulheres, assim como a da responsabilização de eventuais condutas criminosas, também é objeto da atuação das profissionais do sistema de justiça. Na próxima seção, explorarei os desafios para o andamento dessas demandas.

4.3 Pelas vidas que ficaram apagadas: responsabilização e reparação sobre as violações de direitos no caso Essure

Pouco a pouco, e por diversos meios, as mulheres vítimas do Essure têm retirado o dispositivo de seus corpos. Ele vai embora, mas elas ainda ficam com muita coisa: relações pessoais abaladas, vínculos empregatícios rompidos, corpos mutilados... e, sobretudo, dúvidas. Kelli me interpela.

Às vezes, tem alguns projetos que são falhos, do tanto que tem a corrupção. [...] Então, assim, você não compra algo tão caro [Essure] – ou se ganha, eu não sei, né, porque até hoje não foi bem esclarecido – simplesmente porque quer ajudar. Vindo do Estado, não. Vindo de quem estava ali, no poder, eu não aceito que tenha sido dessa forma. Eu falo assim, minha gente, até hoje eu não entendo por que eles buscaram um método tão caro, sendo que o tradicional funciona, né? E por quê? E, se foi buscar, por que não teve todo um conhecimento não só de colocar, mas de retirar? Se você vai comprar um produto, [precisa ir atrás] de saber se ele tá sendo bem aceito em outros lugares, se todo o processo foi bem aceito, se foi legal. Por que que não teve? Ou teve? É muitas perguntas... E o porquê, mesmo sabendo que não deu certo, por que não querer reparar os danos que foram causados? A maior pergunta é essa. Essa é a maior pergunta, até hoje, que a gente tenta que ela seja respondida. Por que não reparar o mal que ele nos causou? Essa é uma grande pergunta que eu gostaria que você respondesse [risos]. [Kelli Luz]

Eu não sei responder, claro. Tanto quanto ela, eu só posso procurar pistas ou, no máximo, formular novas perguntas. Mas foi pensando na provocação de Kelli que indaguei duas coisas às profissionais de justiça que entrevistei: você acha que houve algum ilícito administrativo no processo de aquisição e disponibilização do Essure no DF? O que você sabe sobre os processos para indenização das vítimas?

Embora possa ser espinhosa, todas as profissionais estavam familiarizadas com a primeira indagação. É fácil perceber, na interação com representantes da Amveb, um tom de desconfiança quando elas falam sobre a compra do dispositivo (que era muito novo, muito caro) e sobre a oferta dele (que aconteceu muito rápido, só em hospitais públicos, para mulheres de baixa renda). Como Kelli mesma disse, ela tem dificuldade de aceitar que “quem estava no poder” compraria tantos dispositivos “simplesmente porque quer ajudar” as mulheres.

A apuração de eventuais ilícitos ligados à política de saúde é atribuição da 3ª Prosus. Quando as denúncias chegaram a Hiza Carpina, em 2021, nove anos já tinham se passado desde a compra dos kits do contraceptivo. Considerando que a SES não dispunha de processos eletrônicos em 2012 e que os registros existentes parecem ser bastante limitados, isso é um problema. Hiza se dirige a mim pelo meu primeiro nome, Ana.

Você, que é do direito, sabe a dificuldade que a gente tem quando o tempo passa, né? Quando o tempo passa, a elucidação das questões, elas ficam mais difíceis. O que eu posso dizer, Ana, é que a gente não tem, eu não tenho elementos de convicção suficientes que me autorizem o ajuizamento de ação de improbidade ou ação penal, enfim, contra nenhum gestor público hoje.

O estado da investigação é... embora a gente possa identificar práticas que precisavam ser aperfeiçoadas, irregularidades, enfim, no processo de aquisição, a gente não conseguiu identificar falhas e ilegalidades que me conduzissem e que me autorizassem a ação de improbidade administrativa ou eventual ação penal. Os motivos para isso, Ana, que é algo que a gente precisa combater, é que a gente precisa olhar para os fatos mais próximos [temporalmente] dos fatos, né?

Porque investigar a eventual corrupção, vamos supor, precisava estar muito mais próximo do evento, para você conseguir carrear elementos de convicção. Então, eu não tenho provas, não tenho. Houve ou não houve? Eu não posso dizer que houve ou não houve, eu posso dizer do que eu tenho no meu processo, né? [Hiza Carpina]

A menos que novos elementos sobre o caso apareçam, a primeira questão é, portanto, um beco sem saída. A segunda pergunta, porém, está em aberto.

A admissão de culpa e o reconhecimento público dos insultos morais (Cardoso de Oliveira, 2011) que elas sofreram são algumas das coisas que as vítimas mais esperam da Bayer e da SES. Ao falar sobre sua história, Shely Frazão, que faz parte da diretoria da Amveb, afirma que, porque o Estado “não ouve, não dá voz” às mulheres, ela se sente invisível; “[...] eu me coloco nesse lugar de mulher invisível, que foi agredida, e que não teve ninguém que falasse ‘pô, me desculpa’ [...]”⁸².

Diante da postura defensiva do Distrito Federal e da empresa, o conflito por reconhecimento tem se restringido, contudo, a litígios judiciais em processos que pedem indenizações pelos danos morais e materiais sofridos. Diferente do que aconteceu no Rio de Janeiro e em São Paulo, em que as vítimas ingressaram com um processo coletivo contra a Bayer no exterior⁸³, todas as ações de Brasília são individuais (Collucci, 2021). Kelli me disse que uma advogada chegou a entrar em contato com

⁸² Um trecho mais longo dessa fala está disponível no capítulo 2.

⁸³ Nos Estados Unidos, a Bayer fez um acordo de 1,6 bilhão de dólares, em 2020, para extinguir processos indenizatórios movidos por mais de 39 mil mulheres (Pontes, 2021). O conteúdo do acordo é sigiloso, e Kelli me disse que nenhuma das mulheres americanas fala sobre ele. Publicamente, a Bayer afirma que o acerto judicial não implica em admissão de falhas no funcionamento do dispositivo.

ela a respeito da ação, “[...] mas a gente teria um custo e ninguém tem esse dinheiro, na verdade, né? Muitas não têm esse dinheiro pra ficar com os custos de processo lá nos Estados Unidos”.

Em 2021, o CIJDF havia mapeado 103 ações indenizatórias ligadas ao Essure (TJDFT, 2021), e tenho certeza que esse número cresceu nos últimos anos. O problema é que as tentativas de compensação movidas contra a Bayer ou contra o Distrito Federal não têm sido bem-sucedidas. Só a título de exemplo, em 2025, o TJDFT publicou onze acórdãos de Turmas Recursais Cíveis relativos ao caso Essure⁸⁴. Todos julgaram improcedentes recursos apresentados por mulheres que, na primeira instância, já tinham visto seus pedidos serem negados. Os relatores entenderam que não havia comprovação denexo causal entre os danos descritos e o dispositivo. Tampouco identificaram falhas na oferta de informações e na assistência à saúde prestadas pelo Distrito Federal.

São raras as ocasiões em que as decisões fogem desse entendimento. É o caso de um acórdão da 6ª Turma Cível, de março de 2022⁸⁵, que estipulou ao DF uma indenização de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) à autora. Embora a decisão tenha se pautado no fato de que a requerente recebeu um dispositivo vencido, o relator do caso acionou argumentos que poderiam ser aplicados ao processo de praticamente qualquer mulher vítima do Essure.

A decisão frisa que o consentimento médico não pode ser genérico (*blanket consent*) e ressalta que as informações prestadas pela SES não alertaram sobre a real extensão dos efeitos colaterais e sobre a complexidade da remoção do dispositivo, violando o direito da paciente de decidir de forma livre e esclarecida. O relator também afirmou que a Secretaria foi omissa no acompanhamento pós-inserção do dispositivo.

Na peculiar situação apresentada pelo ESSURE®, mormente após o inegável conhecimento dos graves efeitos colaterais que poderiam advir da implantação do dispositivo, não se pode compreender como suficiente que a paciente submetida ao procedimento fosse atendida uma única vez por ocasião da realização da consulta de revisão, sobretudo a partir do momento em que, repita-se, a Secretaria de Saúde foi inegavelmente cientificada a respeito dos problemas graves que estavam sendo relatados a respeito do dispositivo. Não bastava o manejo de um protocolo médico genérico. As particularidades e gravidades anunciadas a respeito do dispositivo contraceptivo em destaque exigiam que o D.F., em postura garantidora, estabelecesse medidas concretas destinadas a impedir ou minorar os danos à paciente.

A decisão reconhece, ainda, que, uma vez que a SES estabeleceu protocolos para o cuidado adequado das pacientes, por meio de Notas Técnicas, ela deveria ter agido conforme suas próprias

⁸⁴ Pesquisa realizada no portal <https://jurisdf.tjdft.jus.br/>, usando o termo de busca “Essure”, com procura direcionada ao espelho e ao interior das decisões.

⁸⁵ Processo nº 0705099-83.2020.8.07.0018 1405815. Acórdão publicado em 23 de março de 2022, pela 6ª Turma Cível do TJDFT. Relator: Esdras Neves.

diretrizes. Contudo, não foi demonstrada, no processo, a atuação tempestiva da Secretaria para realizar busca ativa e nem para encaminhar a autora para as consultas e exames recomendados.

Outro acórdão, da 2ª Turma Cível, estabeleceu uma indenização de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para uma mulher que sofreu com uma falha na inserção do dispositivo e que corria risco de ter seus órgãos perfurados⁸⁶. No prontuário médico da paciente, não constava o Termo de Ciência e Consentimento Pós-Informado assinado. Além disso, segundo a relatora, os dados trazidos no prontuário não indicam ter ocorrido assistência e monitoramento adequados antes e depois do procedimento de implantação do dispositivo contraceptivo – uma situação que se repetiu para praticamente todas as vítimas do Essure. Por fim, a decisão reconhece que há relação causal entre o quadro de dor crônica diagnosticado na apelante e o uso do dispositivo⁸⁷.

Esses são exemplos de sucessos pinçados em um cesto de derrotas judiciais. Como acontece em vários dos processos que demandam a retirada cirúrgica do Essure, as(os) magistradas(os) costumam entender que a relação entre a implantação do dispositivo e o adoecimento descrito pelas mulheres não está comprovada. Não tenho acesso às provas disponíveis nos processos indenizatórios, mas sei – pelas entrevistas com as vítimas e pela reunião com os advogados – que as mulheres costumam apresentar relatórios médicos e laudos/exames pós-cirúrgicos, descrevendo o processo de retirada e as condições do útero e das trompas no momento da operação. É comum que, em complementação, as(os) juízas(es) solicitem perícias médicas judiciais.

Kelli me disse que sua experiência na perícia foi tão ruim que o escritório de advocacia solicitou a anulação do procedimento.

No dia da perícia, estava uma outra médica perita, contratada pela fabricante, e o do governo. E aí, com todas as minhas provas, ali, com todos os meus exames, [...] eu comecei a sair falando e mostrando: “tenho alguns prontuários, porque eles [DF] se negam a entregar todos os prontuários”. Só que, por incrível que pareça, o perito tinha todos os meus prontuários, inclusive do particular. [...]

E eu, sempre, nos prontuários, eu falei: ó, eu comecei a sentir isso depois que eu fiz uma laqueadura”, eu sempre falo isso. “Eu não sentia isso, foi depois”, porque eu tinha uma saúde normal, eu não tinha problema nenhum de saúde, então, eu sempre relacionei com o dispositivo, mesmo sem saber que era por conta do dispositivo. Eu comecei a sentir essa dor desde o dia que eu coloquei esse dispositivo, aí eu falava, “isso é do dispositivo”, e eu tenho todos os prontuários. Ele não colocou nada, nada, nada, nada, entendeu? Aí, ele usou o prontuário do HMIB, de quando eu consultei lá com o médico pra fazer a retirada, e ele [médico do HMIB] falou: “não precisa fazer retirada não, é só você retirar as trompas, não precisa ser útero, ele tá perfeito, se você quiser uma gestação, você consegue”. [...]

Aí, ele [perito] colocou que eu queria tanto engravidar, que eu nunca nem tirei o útero. Sendo que eu mostrei a biópsia, que eu tinha feito a retirada [do útero], já, e ele não colocou nada.

⁸⁶ Processo nº 0704385-26.2020.8.07.0018 1754794. Acórdão publicado em 20 de setembro de 2023, pela 2ª Turma Cível do TJDF. Relatora: Sandra Reves.

⁸⁷ Ambos os acórdãos são referentes a processos contra o Distrito Federal. Não encontrei nenhuma decisão que condenasse a Bayer ou a Commed a indenizar mulheres vítimas do Essure.

[...] Ele não colocou da minha retirada agora, de todos os problemas que eu tive depois do dispositivo dentro do meu útero, porque eu tinha o exame... ele não colocou nada! Ele reverteu a situação toda para o fabricante, ficou como se a minha retirada do dispositivo fosse porque eu queria engravidar. [Kelli Luz]

Não ouvi histórias sobre a perícia de outras vítimas, então não sei se a experiência de Kelli foi um caso isolado. Ela nos demonstra, porém, a vulnerabilidade epistêmica à qual as mulheres estão submetidas nos procedimentos médicos e judiciais. Como vimos na primeira seção deste capítulo, o valor da prova judicial depende da credibilidade da parte que a apresenta. A perícia de Kelli é um exemplo de como a própria produção dessas provas também passa pelo poder epistêmico das partes que estão litigando e dos agentes que fazem a mediação dos “fatos” – no caso, os peritos.

A dificuldade de produzir provas também surge quando as mulheres alegam que foram negligenciadas, insultadas ou mal atendidas por agentes da SES. Embora relatos desse tipo sejam abundantes, é improvável que episódios de omissão ou de violência moral sejam documentados em prontuário ou tenham qualquer outra materialidade física. Na esfera pública, as denúncias se fortalecem pelo volume, mas, no processo judicial, é a petição da autora contra a contestação do Distrito Federal (Dantas, 2023b).

Kelli se diz desesperançosa sobre os processos de indenização. Para além das derrotas, também contribui para isso o fato de que a relação da associação com os advogados piorou nos últimos anos.

[...] e eles eram tão ativos em relação aos nossos processos, sabe? E hoje eles não estão nem aí. Eles não nos respondem. Eles estão dando a entrada em processo que eles sabem que vão perder. Eles estão entrando em todas as instâncias que depois a gente não consegue mais dar a entrada, sabe? E eles simplesmente não nos respondem, sabe? [...]
Esses dias eu até falei pra eles: então, não dá a entrada no processo de mais ninguém. Sabe? Porque vocês estão dando a entrada, tão perdendo, e elas não vão conseguir dar a entrada, né, dar continuidade ao processo porque vocês já perderam em todas as instâncias. Vocês estão usando os mesmos argumentos dos processos e que vocês sabem que não vai dar em nada. E eles não nos respondem mais. A gente tinha um grupo, eles não respondem no grupo, sabe? [Kelli Luz]

Nem o MPDFT e nem a DPDF ingressaram com ações para reparação de danos. Em parte, isso se deve ao fato de que muitas mulheres já tinham advogados constituídos para lidar com a questão, o que levou as instituições a centrar esforços em outras frentes. Acredito, porém, que a questão probatória – demonstrar que os sintomas são decorrentes do dispositivo e que a SES agiu com negligência ou desídia – também pesa na decisão de apresentar ou não uma ação coletiva.

Hiza Carpina comenta o caso com comedimento. Para ela, a Secretaria de Saúde assumiu um risco ao distribuir um dispositivo novo, sobre o qual se sabia pouco. Justamente por isso, ela deveria ter dedicado mais atenção ao acompanhamento e ao acolhimento das mulheres.

A Secretaria precisava ter recebido, acolhido essas mulheres e buscado a construção, a reconstrução da política pública, porque, quando houve a descontinuidade da comercialização, por óbvio, houve uma quebra de confiança no dispositivo. Essa descontinuação e essa quebra de confiança, ela resvalou na confiança da política pública. E aí, recuperar a confiança da política pública era papel da Secretaria.

O que eu entendo, sabe, assim, é que há que haver um cuidado maior por parte do Estado, né, enfim, os órgãos que fazem o acompanhamento e das agências, mesmo, que autorizam, né, das agências reguladoras, mas aí eu penso que é de *lex ferenda* [lei futura, ainda a ser criada], mesmo, assim. Quando você introduz um dispositivo que é novo, que é uma nova tecnologia e que ela é maciçamente distribuída para o poder público, significa que você vai implantar, que você vai usar aquela tecnologia de uma forma mais ampla. Então, a nova tecnologia, ela não está totalmente pensada, segura, você não conhece de fato, né, assim, enfim... não em larga escala, né, e não o comportamento dessa nova tecnologia no corpo da mulher brasileira, por exemplo, enfim. Por conta das nossas peculiaridades, cada povo é um povo, né.

Então, eu acho que faltou essa necessidade desse acompanhamento, que talvez a gente precisasse construir algo nesse sentido, de que, quando um dispositivo, quando uma tecnologia, quando um insumo, quando um medicamento, ele é usado em larga escala para a função de uma política pública, é preciso que haja um acompanhamento mais de perto. O acompanhamento da ação do próprio órgão público, mas esse órgão público não pode ficar à mercê, também, porque quem dispõe do conhecimento acerca daquele dispositivo não era a secretaria, era a empresa. Então, resgatar a confiança da política pública é um papel da Secretaria e ela não fez, porque ela precisava ter dialogado com as mulheres desde o começo. Mas não era só um papel da secretaria também, essa é a minha perspectiva. [Hiza Carpina]

No capítulo passado, comentei sobre o processo de sopesamento e gestão de riscos envolvidos no registro de um dispositivo biomédico. Mencionei que o risco não é um fato *a priori*, mas um processo moral e político que nos faz enxergar a realidade e governar condutas de diferentes formas (Carvalho, Andrade e Oliveira, 2019). Neste sentido, uma atitude pode ser considerada arriscada ou não de acordo com o cenário ideológico na qual ela está inserida (Lupton, 1993).

No caso do Essure, é difícil alegar que a Anvisa, que registrou o produto em 2009, pudesse prever com clareza que grupos de mulheres acessariam o dispositivo⁸⁸. Quando o Distrito Federal adquiriu os kits do contraceptivo, porém, ele sabia que a política de esterilização estava desenhada para atingir mulheres periféricas e de baixa renda que aguardavam por uma laqueadura.

Não acho que essa intersecção de opressões (Collins e Chepp, 2013; Collins, 2015) – o machismo, o classicismo e o racismo estrutural – pode ser apagada da equação que levou as(os)

⁸⁸ O fato de que o público-alvo do dispositivo são mulheres já revela, claro, um viés. Em nossa entrevista, Cíntia Costa comentou que estudos de desenvolvimento de contraceptivos masculinos eram suspensos por chegarem a taxas muito altas de efeitos colaterais. “Mas as taxas, esses índices de efeitos colaterais eram o mesmo das mulheres. Então, assim, para o homem não pode disponibilizar, mas a mulher pode ser cobaia, entendeu?”. Sobre sexismo e contracepção masculina, vide Pissolito (2021) e Campelia, Adashi e Amory (2024). Sobre machismo, viés de gênero e exploração do corpo feminino no desenvolvimento das ciências, recomendo a temporada “Corpo Especulado”, do podcast de divulgação científica 37 Graus (<https://www.37grauspodcast.com/temporadas/corpo-especulado/>).

gestoras(es) a verem o Essure como um produto pouco arriscado, a ponto de ser distribuído amplamente sem uma perspectiva de acompanhamento a médio e longo prazo, sem um plano de gestão de riscos. É porque as usuárias têm um perfil associado a maternidades socialmente indesejáveis (Mattar e Diniz, 2012) que os efeitos colaterais podem ser relativizados em prol do benefício esterilização.

O grupo social ao qual pertencem as vítimas do Essure também influencia a percepção de que elas são postulantes legítimas de reparação. Kelli me diz que, quando as mulheres demandam indenização, elas costumam ser vistas como aproveitadoras, gananciosas.

Eles olham muito a gente como... “Ah, elas estão atrás de dinheiro”. De dinheiro? Se a gente dependesse do dinheiro do Estado, hoje, a gente tinha morrido há muito tempo. Tava morta há muito tempo. Porque o Estado... Ele só simplesmente fez... nos deu o que o Estado oferece. Nada mais do que o que nós precisamos. Entendeu? [Kelli Luz]

Além do claro teor pejorativo, a associação das vítimas a pessoas que “estão atrás de dinheiro” ofende porque apaga a dimensão moral da reparação desejada (Cardoso de Oliveira, 2011). A indenização financeira é parte do que se espera, mas está longe de ser o cerne da questão. Eliete me diz que ingressou com o processo de indenização porque espera *justiça* diante de tudo que sofreu. Pergunto o que ela acha que é essa justiça.

De valor, eu não sei te dizer um valor exato, né? Porque a saúde da gente, tudo que a gente viveu, não tem um preço, né? Mas eu acho que teria que ser um valor, assim, que a gente pudesse mudar a qualidade da nossa vida, que é o que a gente poderia ter feito se a gente tivesse saúde, né? E que pudesse realmente mudar, até porque, agora, a gente tá mais velha, né? E tudo mais... Quando aconteceu, eu era bem mais jovem, e tem outras que eram mais novas também. Então, eu acho que seria um valor justo pra que a gente pudesse mudar alguma coisa na vida da gente, que a gente pudesse ter conseguido com o nosso suor, né, cara? Eu acho isso, porque eu tô achando, assim, muito injusto. Acho que eles já colocaram... teve uma causa ganha, eu não sei muito bem, né? Mas eu sei que tem uma causa ganha e o valor foi bem pequeno, né? E aí eu acho que deveria ter mais consciência, porque eu já fiquei sabendo que nos Estados Unidos, eles foram justos, tipo, reconheceram. Foi como, eu acho que assim, essa reparação é como se fosse um pedido de desculpa. É como se eles tivessem pedido “ó, desculpa pelo que ocorreu com vocês”. [Eliete]

Processos judiciais certamente desempenham um papel fundamental na busca coletiva por justiça e reparação, em especial quando falamos de litígios estratégicos (Fanti, 2022; Dantas et al., 2023; Brito e Rondon, 2024). As ações individuais sobre o Essure, contudo, têm uma capacidade limitada de refletir sobre a justiça a que Eliete se refere. Como defende Luseni Aquino (2020), a transformação de um conflito em um litígio judicial promove uma juridificação do problema,

deslocando os sujeitos que procuram a justiça para as margens e apagando, por vezes, os reais sentidos de suas buscas.

Pensar na reparação como uma indenização – ou mesmo como um pedido formal de desculpas – é uma supersimplificação da demanda das vítimas do Essure. Retomando a fala de Kelli sobre as “vidas que ficaram apagadas”, é importante lembrar que sua visão de reparo passava não só pela compensação financeira, mas também pelo reconhecimento de suas dores e pelo cuidado continuado à saúde física, psicológica e social das mulheres.

A partir de minha experiência acompanhando as atividades da Amveb nos últimos anos, dentro e fora do sistema de justiça, gostaria de propor uma nova lente para as reivindicações das vítimas do Essure: a lente da justiça reprodutiva.

A justiça reprodutiva é um conceito criado por movimentos sociais de mulheres negras, asiáticas e latinas para lançar luz sobre as múltiplas formas de opressão que ameaçam suas vidas e sua integridade corporal (Ross e Solinger, 2017; Ross, 2017; Ross et al., 2017; Silliman et al., 2004). De acordo com Loretta Ross (2017), ela é baseada em três conjuntos interligados de direitos humanos: o direito de ser mãe ou pai nas condições desejadas; o direito de não ter filhos; e o direito de criar seus filhos em ambientes seguros, saudáveis e livres de violência por parte de indivíduos ou do Estado.

Unindo os conceitos de justiça social e de direitos sexuais e reprodutivos, a justiça reprodutiva se coloca como um alicerce teórico feminista para a construção de demandas pelos movimentos sociais e pelas comunidades marginalizadas, estabelecendo pontes entre o saber acadêmico e a prática ativista e filantrópica⁸⁹ (Ross, 2017). Ela trata de pessoas reais, que vivem e agem em comunidade e que têm seus corpos atravessados por dinâmicas de poder e por marcadores sociais (ACRJ, 2008; Ross et al., 2017; Góes, 2025).

Para Elaine Brandão, Laura Lowenkron e Rosamaria Carneiro (2025) a justiça reprodutiva evidencia as dinâmicas políticas que atravessam a reprodução social, desde a contracepção até o amparo à maternidade. Em um cenário em que a vida foi moralizada sob uma lógica econômica, a justiça reprodutiva aponta, ainda, para um paradoxo: “[...] se, por um lado, a reprodução passou a ser

⁸⁹ Ross (2017) indica alguns princípios para a ação civil em justiça reprodutiva, quais sejam: interseccionalidade; ligação entre local e global; estruturação a partir dos direitos humanos; relação entre indivíduos e comunidade; responsabilização governamental e empresarial; combate a todas as formas de controle populacional; compromisso com o desenvolvimento de lideranças individuais/comunitárias que resultem em mudanças no poder; protagonismo às comunidades marginalizadas; compreensão de que o poder político, a participação das pessoas impactadas e a política são necessários para alcançar a justiça reprodutiva; capacidade de articulação entre teoria, estratégia e prática; e uso de estratégias que permitam contemplar todos(as).

calculada e controlada pela medicina, epidemiologia e economia na sociedade capitalista; [...] por outro lado, foi deixada ao léu quando experienciada em corpos precários e periféricos” (p. 27).

Quando falamos da vida reprodutiva de mulheres negras, pobres e periféricas, estamos nos referindo a mulheres que precisam tomar decisões sobre ter ou não filhos inseridas em uma cadeia de descuido, desatenção e negligência estatal (Góes, 2025; Fernandes, 2025). Não por acaso, Sueli Carneiro (2019) aponta que a maternidade negra é, muitas vezes, um espaço de resistência e sobrevivência.

Ao olhar para o caso do Essure no Distrito Federal, saltam aos olhos as violações de direitos ligadas à autonomia reprodutiva: a espera impossível por uma laqueadura tradicional, a ausência de informações completas sobre o novo dispositivo, os Termos de Consentimento inadequados, a coerção contraceptiva. A demanda por reparação das vítimas é, claro, uma forma de compensação pelo erro a que foram induzidas na hora da escolha do método anticoncepcional. Basta mirar com um pouco mais de atenção, porém, para perceber que o que Kelli, Eliete e outras mulheres pedem, a partir da reparação, vai além. Elas demandam uma possibilidade de recompor *as vidas que ficaram apagadas*, interrompidas pelo adoecimento, o que implica cuidados em saúde, mas também cuidado social e amparo material às mulheres e às famílias vulnerabilizadas.

Nesse sentido, a Amveb tem procurado garantir o acesso das vítimas a exames, consultas e procedimentos em saúde, assim como à assistência financeira, seja através da oferta de cestas básicas, seja pela organização de cursos profissionalizantes. Recuperando as bases da justiça reprodutiva elencadas por Loretta Ross (2017), acredito que a associação atua não só pelo direito de ter ou não filhos de modo informado e amparado. Ela também luta para que as vítimas do Essure possam criar seus filhos de forma segura, saudável e livre de violências.

Refletindo sobre o trabalho da Amveb, Kelli me diz que muitos maridos e filhas(os) de vítimas são solidários ao movimento e participam das atividades, porque eles também foram, afinal, atingidos pelo Essure.

Mesmo as dores sendo nossas, hoje, elas estenderam para o nosso âmbito familiar, marido, filho, tudo sofre, tudo sofre, porque sofre quando você fica com a impossibilidade de cuidar, de tratar do seu filho, de não ter carinho pra dar pro marido, entendeu? Então, isso tudo gerou, assim... uma comunidade sofrida. [Kelli Luz]

A recomposição da vida é, também, uma recomposição da comunidade.



Publicação do perfil de Instagram @vítimas_do_essure_brasil, documentando manifestação de rua ocorrida no dia 27 de agosto de 2021.

A perspectiva da justiça reprodutiva nos permite enxergar a luta das vítimas do Essure como um movimento amplo, no qual os processos judiciais são apenas uma das vias para se recuperar a desejada e merecida dignidade. A mobilização das mulheres tem parte direta – com sua pressão incessante e suas demais estratégias coordenadas de ação – nos avanços obtidos no sistema de justiça, ainda que limitados. Alessandra Morato ressalta esse ponto.

Então, eu acho extremamente importante essa organização delas e acredito mesmo que, sem o movimento delas, talvez nós não tivéssemos tido tanta sorte... sorte, digamos assim, de conseguir convencer a fazer essa mudança no judiciário e essa sensibilização na Secretaria de Saúde. Por quê? Porque por mais que tenha ordem judicial, foi o movimento delas que fez com que o gestor da Secretaria de Saúde viesse a procurar o Ministério Público também. [...] Essas mulheres tiveram... elas fizeram barulho, elas se fizeram ouvidas, né? Então, é assim que eu vejo. Eu queria mais que a gente conseguisse expandir isso, né? Para além do Essure. [Alessandra Morato]

Rita Lima fala da admiração que sentiu pelas vítimas, quando as conheceu:

[...] elas começaram a identificar entre si, uma encontrava a outra no hospital, que puxava uma, que puxava a outra, quer dizer, elas tiveram que sozinhas construir um movimento de defesa do direito delas, porque os profissionais de saúde não foram, não cuidaram da saúde dessas mulheres. [Rita Lima]

Para Rita, esse movimento é “[...] o que as mulheres fazem há décadas e décadas, apesar de tudo. Elas se uniram em razão de uma violação comum para que a voz delas fosse ouvida, porque uma sozinha não conseguia. Então, eu vejo muita potência nessa união dessas mulheres”.

Muitas vezes, enquanto defensora de direitos sexuais e reprodutivos, me pego descrente nos progressos que podem vir do sistema de justiça. A atuação da Amveb e das profissionais que entrevistei, porém, me leva a acreditar que é preciso, como elas, seguir fazendo “[...] o que as mulheres fazem há décadas e décadas, apesar de tudo”: insistindo. Insistindo até que chegue – como na epígrafe de Cristina Rivera Garza – o dia no qual, com outras, graças à força de outras, pudermos pensar, até imaginar, que a justiça também nos pertence.

Se este capítulo fosse uma petição jurídica, ele terminaria com uma frase clássica, dessas que são tão protocolares que ninguém lê. “Nestes termos, pede deferimento”. Por sorte, não cabe a mim pedir deferimento de nada. Sigo, porém, olhando com atenção para as reivindicações (e para a potência) das mulheres vítimas do Essure. No próximo capítulo, explorarei melhor como se dá a interpelação – que envolve pedir, mas também cobrar, propor, aguardar, intervir – dessas mulheres diante da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Capítulo 5 – Fique firme: relações com o poder público e mobilização social de mulheres vítimas do Essure

Os corpos estão em movimento. Os gestos revelam o que está em jogo – a matéria da vida retorna como uma questão em aberto. O movimento coletivo aponta na direção daquilo que nos espera, do que ainda está por vir, daquilo que elas antecipam – um tempo e um espaço melhores que aqui; um vislumbre de uma terra que não pertence a ninguém. Então tudo depende delas, e não do herói que ocupa o centro do palco, envaidecido e soberano. Dentro do círculo fica claro que todas as canções são na verdade uma só, mas murmurada em variações infinitas, todas as histórias alteradas e imutáveis: Como posso viver assim? Quero ser livre. Fique firme.

Saidiya Hartman, em *Vidas rebeldes, belos experimentos*

As mulheres estão em movimento. Isso está nas entrelinhas⁹⁰ de tudo que escrevi até aqui: nas inovações científicas, nas políticas de saúde, no sistema de justiça. Em tudo, é o movimento que mais me interessa. E existe um espaço – não físico, mas institucional – em que essa força motora se concentra no Distrito Federal: a Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil (Amveb).

A partir de um trabalho insistente, a Amveb tem, desde 2018, oferecido acolhimento, auxílio material, orientação e intermediação para acessar serviços médicos e jurídicos a mais de 500 mulheres. Ela mobiliza gestores públicos, profissionais dos sistemas de saúde e de justiça, advogados particulares, organizações sociais, parceiros do setor privado e, no caso do Cravinas, projetos de extensão universitária. O ativismo sempre se faz nas relações.

No capítulo passado, olhamos para a relação entre a Associação e as promotoras, a defensora e os advogados que operam o caso Essure no sistema judicial. Aqui, volto a atenção para outras redes que colocam as coisas em movimento. Partindo de um registro em meu diário de campo, observo as interações entre a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES) e as mulheres vítimas – individualmente e enquanto sujeito coletivo –, para tentar entender o contexto que as levou a se articularem politicamente e a reivindicarem um lugar epistêmico no debate sobre o Essure. Por fim, procuro pensar a relação dessas mulheres entre si, entendendo como elas estruturam a Amveb enquanto um movimento social por justiça epistêmica e reprodutiva – e, com isso, reestruturam a própria vida.

5.1 Caderno de campo, 20/07/2022

Fiquei sabendo da manifestação através do Instagram da Associação. Estava marcada para hoje, 20 de julho de 2022, em frente ao Palácio do Buriti [sede do Governo do Distrito Federal]. Falei com Kelli e, com autorização dela, compartilhamos a chamada na página do Cravinas.

⁹⁰ Convenhamos, também está nas linhas. Não tenho sido muito sutil.

Hoje, cheguei ao Buriti por volta de 9h10. Ainda não havia sinal de manifestação organizada. Após rodar um pouco em volta do Palácio, vi um grupo de quatro mulheres. Fui me aproximando devagar e, ao notar que uma delas estava com a camiseta da Amveb – branca, com gola rosada e a logomarca da Associação na frente –, cumprimentei-as e me apresentei como integrante do Cravinas.

Enquanto esperávamos a chegada das demais, conversei rapidamente com C.⁹¹, que colocou o dispositivo em 2013, no HMIB [Hospital Materno Infantil de Brasília]. Hoje, ela tem uma filha de dois anos; engravidou enquanto usava o Essure. Além das dores, ela diz também ter desenvolvido um quadro de depressão. Ela foi a primeira a fazer o comentário que eu seguiria ouvindo ao longo do dia: “E você, também colocou [o Essure]? Tão novinha!”.

Perto de 9h30, notamos um grupo de cerca de dez mulheres do outro lado da avenida, na praça. Atravessamos. Kelli, presidente da Amveb, havia acabado de chegar. Após cumprimentar todo mundo e distribuir camisetas da Associação (que várias mulheres tinham encomendado), ela propôs que fizéssemos uma rodada de apresentações. C. me confirmou que muitas delas ainda não se conheciam pessoalmente, “só do grupo”.

Enquanto falavam seu nome, a Região Administrativa de onde vinham e o ano em que colocaram o Essure, outras mulheres foram chegando. M. chamou atenção de longe, balançando chocalhos feitos com latas de batatinha chips. Ao seu lado, vinha uma menina de cerca de dez anos, com xuxinhas no cabelo e uma camiseta onde se lia “filha de vítima do Essure”. Todas fizeram festa para a garota. M. explicou a presença da menina: “Eu tenho que cuidar dela, mas tem muitos dias em que é ela que cuida de mim”.

Alguns minutos depois, dois homens de terno e crachá chegaram à praça. Um deles se apresentou de forma simpática – sargento G., da Casa Militar – e perguntou sobre o que era a manifestação. Após ouvir a explicação de Kelli, ele informou que, pelos protocolos de segurança, apenas cinco mulheres poderiam entrar no Palácio. Rapidamente, juntaram-se Kelli, Gislaine, M. e Ivanise. Gislaine me chamou para entrar com elas. Eu disse que não precisava, que podiam levar outra mulher do grupo. “Não”, ela disse. “A gente quer que você entenda como a gente é atendida”.

Dentro do Buriti, o primeiro a ouvir o caso das mulheres foi o Sr. F., também da Casa Militar. Aparentemente sensibilizado, ele disse que levaria o assunto ao governador imediatamente. Seguimos para a salinha da Secretaria de Atendimento à Comunidade (SEAC), onde a Sra. S. H. nos atendeu. Quando Kelli disse que aquela já era a terceira manifestação que faziam no Palácio, S. H.

⁹¹ Optei por grafar apenas a inicial das pessoas que não participaram, posteriormente, das entrevistas. No caso de figuras públicas de grande exposição, como secretárias distritais, o nome completo foi mantido.

começou a procurar no sistema, para saber se já havia um processo administrativo referente ao caso. “Teu processo não é daqui”, ela disse. Existia, sim, um processo, mas ele estava no gabinete do deputado Fábio Félix [parlamentar que havia organizado uma audiência pública sobre o caso na Câmara Legislativa do DF (CLDF)]. Ela disse que não poderia abrir um novo protocolo e nem inserir novas informações no processo existente, mas imprimiu os vários documentos disponíveis.

Voltamos para a recepção, onde Kelli voltou a relatar o caso do Essure, desta vez para o Sr. A. F. (que logo sumiu) e para uma mulher que se apresentou como S., “Secretária de Mobilização”. Posso ter pesquisado mal, mas o cargo não existe no organograma do GDF. S. falava rápido e ocupava todo o espaço. Sem abrir brecha para que as mulheres respondessem, ela começou a fazer telefonemas para as Secretarias de Saúde e da Mulher. Emendando vários assuntos, ela mostrou uma pasta preta, abarrotada de papéis: “Aqui tem 8 mil nomes de pessoas que eu ajudei... Eu sou povo, eu sou povão”. Notei que as mulheres estavam irritadas com a situação – que se encaminhava para lugar nenhum – e falei para S. que, embora apreciássemos a boa vontade que ela estava mostrando, precisávamos protocolar as demandas da Associação e registrar a manifestação formalmente. Ela saiu, prometendo que tentaria marcar um horário com a Secretária de Saúde e com o governador.

Pedi desculpas às mulheres por intervir sem as consultar, mas é que eu também estava incomodada com a situação. “Pode intervir, a gente achou bom”. Cansadas e sem ter para onde ir, sentamos nos sofás que ficam no hall do Palácio. Gislaine, que havia passado a noite acompanhando a sogra no hospital, tirou um cochilo. Ivanise mandou uma mensagem no grupo de WhatsApp da Associação, pedindo que cada pessoa informasse se já tinha feito a retirada ou se estava com a cirurgia agendada. Queixou-se de alguém que, no momento de uma discussão importante, havia encaminhado uma “besteira” no grupo. Em seguida, começou a reclamar com M. sobre o número pequeno de pessoas que havia, de fato, ido à manifestação. “Fulana disse aqui que não veio porque acordou com muita dor e sangramento... e eu, que tô aqui de fralda!?””. A resposta para a fulana foi parar no grupo de WhatsApp na forma de um áudio irônico.

Aproveitei a pausa para perguntar melhor a Kelli porque a manifestação havia sido convocada. Ela disse que, há algumas semanas, o governador havia divulgado um edital para realização de cirurgias na rede privada [Mutirão de Cirurgias de Baixa Complexidade, publicado no Diário Oficial do DF em 05/07/2022], e a Associação quer que as histerectomias do Essure entrem no rol de procedimentos que serão encaminhados. Além disso, afirmou que o HMIB não está fazendo as retiradas com histerectomia total, mas com subtotal, procedimento no qual o colo do útero é mantido. Segundo ela, esse tipo de cirurgia não é a mais recomendada, porque as mulheres podem seguir com o risco de desenvolver alguma doença no colo do útero.

S. voltou e nos mostrou a tela de seu WhatsApp: reunião agendada com a Secretária de Saúde na segunda-feira, 25/07/2022, às 14h. Encaminhou as informações para o número de Ivanise e disse que precisava ir para uma reunião. Apesar do resultado aparentemente positivo (a reunião estava marcada!), as mulheres demonstraram insatisfação: queriam ser atendidas ainda naquele dia.

Diante da incerteza do que fazer em seguida, todas se voltaram para Kelli. Ela que decide. Depois de pensar um pouco, Kelli disse que achava que valia a pena insistir. Voltamos a falar com o Sr. A. F., que se mostrou um pouco contrariado em ter que encaminhar a demanda. Em dado momento, ele começou a falar com outro homem (não anotei o nome) como se as mulheres não estivessem ali ouvindo. O homem que o acompanhava disse que entendia o sofrimento das mulheres, ao que Kelli interveio, brusca: “Todo mundo sabe do nosso sofrimento, mas ninguém vive o nosso sofrimento!”.

A. F. disse que, naquele momento, a única coisa que poderia fazer era encaminhar as mulheres para a Secretaria de Estado da Mulher. Junto com ele, saímos da recepção do Palácio e nos encaminhamos para o prédio anexo. Era cerca de meio-dia, e várias mulheres já tinham ido embora. Aquelas que ainda estavam na praça, sob o sol, foram chamadas para aguardar na sombra. Com autorização delas, fiz algumas fotos.



M. Gislaine, Kelli e Ivanise no hall do Palácio do Buriti.



Mulheres que aguardavam fora do Palácio. O rosto da filha de M., menor de idade, foi desfocado para preservar sua identidade.

No elevador do prédio anexo, Ivanise e M. comentaram, em tom de reprovação, sobre a obrigatoriedade da vacina contra a Covid-19. M. queixou-se de que seu trabalho exigia a quarta dose e que, por isso, teve que tomar. Gislaine e Kelli ficaram caladas. Mentalmente, me perguntei se essa rejeição à vacina poderia ter relação com a experiência das mulheres com o Essure e com uma eventual desconfiança em relação à indústria farmacêutica e às instituições de saúde estatais. Externamente, fiquei quieta.

A Secretária da Mulher não estava presente. Falamos com Ca., funcionária do apoio ao gabinete, que nos disse que poderia ser feito um atendimento à tarde, às 15h. Dentre as mulheres da Associação, apenas Kelli poderia esperar até este horário. Eu disse que ficaria com ela. Debatemos um pouco sobre o que fazer para registrar formalmente que a manifestação ocorrera. Acabei fazendo uma declaração, escrita à mão mesmo, e assinada pelas mulheres. Ca. atestou o recebimento e disse que colocaria o documento no processo SEI sobre o caso Essure, ao qual ela tinha acesso.

DECLARAÇÃO

Nós, representantes da Associação de Mulheres Vítimas do Essure do Brasil - AMVEB, abaixo relacionadas, registramos que, no dia 20 de julho de 2022, das 9h às 12h, estivemos no Palácio do Buriti e na Secretaria de Estado da Mulher para apresentar as seguintes demandas:

1) Que as cirurgias de retirada do dispositivo Essure sejam de histerectomia total, ao contrário do que tem acontecido no Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB (realização de histerectomia subtotal);

2) Inclusão das cirurgias de retirada do Essure no rol de procedimentos a serem realizadas via Sistema Privado de Saúde, previstos em edital publicado no DOF no dia 5 de julho de 2022.

Registramos, ainda, que, no dia de hoje, cerca de 30 mulheres vítimas do Essure compareceram, em manifestação, para defender estas pautas.

Por fim, solicitamos uma reunião com a Secretária de Estado da Mulher para tratar destas questões o quanto antes.

Brasília, 20 de julho de 2022.

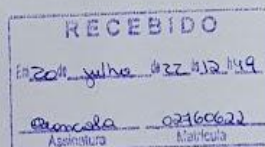
Kelli Patricia da Luz

Gislaine Medeiros

Ivanise Gomes de Lima

M.

Gislaine M. Medeiros
Ivanise Gomes de Lima



De saída, no elevador, Kelli resolveu aproveitar que já estávamos no prédio para tentar falar com o governador. Achei audaz. Em lugar de descer ao térreo, fomos para o segundo andar, onde ficam a Casa Militar e os gabinetes do chefe do executivo. Eram quase 13h, e o governador já não estava lá, mas conseguimos falar com a assessoria do vice-governador, Paco Brito. “Essure? Isso é o que, uma doença?”. Pela quinta ou sexta vez, Kelli explicou a situação para o assessor, que disse que levaria o caso ao vice. De todo modo, preveniu, seria muito difícil que ele as atendesse naquele momento. Esperamos cerca de quinze minutos pela confirmação de que não, não seria daquela vez.

Quando nos dirigimos para o hall, uma mulher de vestido e salto alto, roupas aparentemente caras, aguardava pelo elevador. Ao ver as representantes da Associação, de camiseta padronizada, tênis e calça leggings, ela fez uma cara de espanto e saiu por uma porta lateral. Todas interpretaram

isso como uma forma de discriminação, e comentaram o fato em voz alta, entre risos e expressões de indignação.

Cerca de dez mulheres ainda estavam aguardando nossa saída. Kelli repassou brevemente os fatos daquela manhã. Ivanise fez uma chamada para se certificar de quem realmente estivera presente e compartilhou as queixas sobre o número pequeno de manifestantes: “se tivesse duzentas mulheres aqui na frente, eles não iam deixar de nos receber”. Ela também chamou atenção para a questão do financiamento das atividades da Associação. Disse que Kelli faz quase todo o trabalho sozinha e, apesar de desempregada, resolve tudo com o próprio dinheiro. Ivanise, Gislaine e M. sugeriram que, se possível, as associadas fizessem uma contribuição mensal de poucos reais para ajudar no custeio da mobilização. Na hora, algumas mulheres estenderam notas de cinco, dez e vinte reais para Kelli, que demonstrou um pouco de vergonha ao receber o dinheiro.

Mudando rapidamente de assunto, Kelli voltou a falar sobre as cirurgias de retirada do Essure. Recomendou que, se possível, as mulheres que têm histerectomias agendadas no HMIB não aceitem fazer o procedimento a menos que seja agendada a histerectomia total. Os médicos contestam que o câncer de colo útero possa ser causado pelo Essure, mas duas mulheres da Associação já morreram e outras oito tiveram diagnóstico confirmado.

“Hoje é o dia em que a gente foi pior recebida”, Kelli disse. Segundo ela, porém, isso não era motivo para parar e, se fosse necessário, elas fariam manifestação até em frente à casa do [presidente Jair] Bolsonaro. “Só se for pra xingar ele”, alguém disse, rindo, ao que Ivanise respondeu, de bom humor: “Não fale assim do meu presidente!”. As mulheres se despediram.

Cansadas e com muita fome, Kelli e eu sentamos para comer em um trailer atrás do anexo do Palácio do Buriti. Aproveitei a oportunidade para perguntar sobre a experiência dela com o Essure e com a Associação. Kelli contou que colocou o dispositivo no HMIB, em um mutirão. Embora seu marido ainda quisesse ter filhos, ela não queria mais e pegou a assinatura [autorização para laqueadura prevista na Lei de Planejamento Familiar] de seu pai. “Hoje, eu acho que preferia ter mais uns três filhos do que passar por isso”.

Antes do Essure, ela trabalhava como auxiliar de serviços gerais na Caixa Econômica Federal. Pouco tempo depois do procedimento, porém, ela começou a ter problemas de saúde, razão pela qual precisava passar vários dias afastada para ir ao médico, fazer exames e, quando necessário, repousar. Por conta destas licenças, ela acabou demitida.

A compreensão de que os sintomas que sentia (dores, sangramento, inchaço) poderiam ter relação com o Essure veio após assistir uma reportagem do programa Bem Estar, na Rede Globo,

que falava do caso dos Estados Unidos. A partir disso, Kelli entrou em um grupo do Facebook que, apesar de sediado nos EUA, tinha muitas brasileiras. Lá, ela teve contato com mulheres de São Paulo e do Rio de Janeiro – juntas, elas criaram o grupo do Brasil (Vítimas do Essure BR), ao qual foram se juntando cada vez mais mulheres. Com o tempo, Kelli percebeu que não conseguiria “lutar pelos seus direitos” atuando no Rio ou em São Paulo, o que a levou a reunir as mulheres do DF em um grupo de WhatsApp próprio. A Amveb foi nascendo a partir daí.

Ela também falou que, na época dos mutirões, várias pessoas que não estavam na fila de laqueaduras acabaram colocando o Essure. Ivanise, por exemplo, convidou cinco mulheres de sua rua. Além disso, várias enfermeiras do sistema distrital de saúde também receberam o dispositivo. No início da mobilização, Kelli tinha algum contato com elas, mas todas “sumiram”, o que Kelli atribui a um “cala a boca” da Secretaria ou dos médicos envolvidos.

Atualmente, ela reúne praticamente todas as atribuições da Associação, o que parece um fardo – físico e mental – bastante pesado. Afirmou que muitas mulheres têm medo de aparecer e que outras, quando conseguem retirar o dispositivo, “desaparecem”. Segundo ela, a vice-presidente não acompanha as coisas de perto. Quem tem chegado junto, mesmo sem nenhuma obrigação, é Gislaine.

Por conta de todos os anos de atuação com a Amveb, Kelli disse ter percebido que “tudo é política”, o que, a seus olhos, parece ruim. Há alguns anos, ela teve uma boa interlocução com deputados de esquerda, como Erika Kokay (PT-DF) – que, segundo ela, foi quem conseguiu a primeira reunião com a Secretaria de Saúde – e Fábio Félix (PSOL-DF), que puxou a primeira audiência pública sobre o tema na CLDF. Os dois, porém, se afastaram da causa.

Uma de suas preocupações, no momento, é o futuro das mulheres após a retirada do Essure. Várias delas perderam o emprego e foram abandonadas pelos maridos por conta do dispositivo, sendo deixadas sozinhas para cuidar de si e dos filhos. A Associação recebe vários pedidos de cestas básicas, que Kelli não tem como atender. Ela disse que, durante um tempo, conseguiu oferecer cursos profissionalizantes (de manicure, maquiagem etc.) em um espaço no Riacho Fundo⁹². Com a chegada do período eleitoral, contudo, a Administração Regional do Riacho afirmou que o espaço não poderia mais ser utilizado.

Apesar dos temas indigestos, comemos bem. Meu prato tinha arroz, feijão, repolho, cenoura, batata e vinagrete, e Kelli rapidamente notou que eu não comia carne. Ela é atenta, vivaz. Quando

⁹² Região Administrativa periférica do Distrito Federal.

nos levantamos, ela insistiu em pagar meu almoço. Eu me dispus a pagar o dela. Cada uma pagou o seu.

Por volta de 14h45, voltamos para o anexo do Buriti e nos dirigimos à Secretaria da Mulher (SEM). A nova Secretária, Vandercy Camargos, já nos aguardava, junto a uma servidora chamada T. Kelli iniciou a reunião expondo as demandas da manifestação que ocorrera pela manhã, isto é, a inclusão das histerectomias ligadas ao Essure no edital de cirurgias direcionadas a hospitais privados e a realização de histerectomias totais no HMIB. A Secretária afirmou que, infelizmente, aquela era uma pauta da Saúde, mas que poderia dar apoio à causa, “como sempre foi feito”. Nesse momento, Kelli disse que nunca recebeu apoio adequado da Secretaria da Mulher, e um clima de forte animosidade se estabeleceu. Segundo Kelli, os ofícios e as demandas enviados pela Associação nunca tiveram resposta. T. afirmou ter respondido tudo pessoalmente, e Vandercy, de sua parte, disse que “tudo que vocês [as mulheres vítimas do Essure] conseguiram foi por intermédio da [ex-secretária] Ericka [Filippelli]”.

Kelli negou tudo e disse que estava cansada de fazer reuniões para as pessoas só “encherem linguiça”. Vandercy afirmou que elas poderiam esquecer o passado, mas que Kelli não deveria ser “injusta”. “Eu não estou sendo injusta, estou sendo sincera”. A Secretária se exaltou e, em voz alta e com tom bastante incisivo, disse: “Eu sou clara, objetiva, não estou enchendo linguiça. Vocês já têm uma reunião agendada com a Secretária de Saúde, que é quem pode resolver o seu problema. Se você quiser o nosso apoio, é isso que eu posso te dar, apoio! Se você quiser, eu mando uma pessoa da minha Secretaria para acompanhar a sua reunião, mas é isso.” Diante do silêncio de Kelli, T. falou, em tom irônico: “Pra gente, importa que vocês sejam atendidas... agora, se vocês não reconhecem o trabalho da Secretaria...”. Estava claro que a conversa tinha acabado.

Kelli saiu visivelmente contrariada e irritada. Falou-me que a Secretária havia mentido e insistiu que, se não fosse pela [deputada federal] Erika Kokay, a primeira reunião com a Secretaria de Saúde nunca teria acontecido. Já eram 15h40 e, como ela teria uma outra reunião no Sindicato dos Médicos, ofereci-me para pegar um Uber com ela até lá. Ela disse não ter esperança em resolver algo conversando com médicos ou com políticos, mas que estava indo porque a vice-presidente da Associação achava que poderia ser bom.

Kelli estava certa, ao menos sobre esse encontro específico. Estávamos presentes eu, Kelli, Mi. (vice-presidente da Amveb), Dr. G. (presidente do Sindicato dos médicos e pré-candidato a deputado distrital), Ma. (advogado da campanha) e um outro homem, que não se apresentou. G. foi direto ao ponto: gostaria de apresentar sua candidatura e pedir o apoio e os votos da Associação. Mencionou que, na condição de ginecologista, já havia atendido mulheres com o Essure em seu

consultório – inclusive, chegou a fazer laudos judiciais para pacientes, mas eles foram impugnados por G. fazer parte do quadro do HMIB.

Na visão do doutor candidato, o problema do Essure era uma reverberação da situação da saúde no DF. “O sistema está falido. Tem hospital, mas não tem médico, porque ninguém quer trabalhar nas condições que o GDF oferece. E, quando tem médico, não tem material.” Segundo ele, no período eleitoral, o governo faz mutirões para tentar dar conta do problema acumulado... “e aí acontece isso aí [Essure]”.

Quando Kelli mencionou que teria uma reunião com a nova Secretária de Saúde na semana seguinte, ele sugeriu que o problema deveria ser resolvido com um TAC [Termo de Ajustamento de Conduta] e com um ambulatório exclusivo para o Essure. “É simples [a questão do dispositivo], só falta querer resolver.” Ressaltou, ainda, que ele próprio havia sugerido à Secretária a inclusão de histerectomias no novo edital de cirurgias eletivas.

Embora tenha se afastado do HMIB para assumir a presidência do Sindicato, G. preferiu não se manifestar sobre as condutas abusivas pelas quais algumas pacientes passaram, e que Kelli relatou. Em sua concepção, “o que tem que fazer é o que a literatura recomenda, o que é mais benéfico para o paciente; não é o que o paciente quer, é o que é recomendação do melhor ponto de vista clínico”. Também disse que não se manifestaria “sem consultar a área técnica” a respeito da realização de histerectomias subtotais e da associação entre câncer de colo de útero e Essure.

Ao final, Kelli perguntou de que forma ele poderia ajudar a Associação de Mulheres Vítimas. Ele lembrou que era apenas pré-candidato, “preciso do mandato”, mas que sua pauta era a saúde (de forma genérica). Mencionou que, apesar de ter apoiado Ibaneis [atual governador] na eleição passada, tornou-se oposição no primeiro dia de seu exercício. A situação, agora, era outra: “[Se] Reguffe [for] governador, o Secretário [de Saúde] sou eu”.

Ma., o advogado da campanha, nos acompanhou na saída. Quando Kelli disse que estava em busca de alguém que apoiasse a Associação (e não apenas “a saúde”), ele disse que nenhum candidato iria oferecer cestas básicas para elas, que era necessário ter visão e pensar em outras coisas. Ele mesmo, por exemplo, estava trabalhando na campanha com a perspectiva de receber um cargo público caso G. fosse eleito. Mi. concordou com ele. Kelli seguiu tentando explicar os trabalhos da Associação, frisando que quaisquer benefícios deveriam ser coletivos, e não pessoais, mas Ma. continuou rebatendo. Enquanto via a frustração e o cansaço de Kelli aumentarem visivelmente, lembrei de sua fala sobre desacreditar de médicos e políticos. No final do dia, exausta como estava, pareciam palavras de uma sábia (mas sei que não acredito nisso, não totalmente).

Tentando encerrar o assunto, Kelli perguntou se Mi. poderia lhe dar carona até uma parada de ônibus mais perto de sua casa. Aproveitei para anunciar que precisava, eu também, pegar meu ônibus. Me despedi de Kelli com um abraço e fui embora às 17h45.

Quando penso naquele dia 20 de julho, mais de três anos atrás, ainda lembro da sensação de cansaço. Era provável que eu estivesse desidratada; havia passado o dia de máscara PFF2 (estávamos na terceira onda da Covid-19, só se falava na variante Ômicron), e não tive coragem de tirá-la em locais fechados, mesmo que só para beber água. Mas o pior era a cabeça. Estava a mil. Eu passara o dia anotando observações no celular, no caderninho, na memória – tentando repetir sem parar, para não esquecer. Para completar, uma sensação de incerteza me acompanhava: será que fiz a coisa certa ao intervir na manifestação das mulheres? Passei dos limites de uma “observadora participante”?

Olhando agora, em retrospecto, talvez tenha sido essa postura ativa – interromper S., elaborar uma declaração, me dispor a estar junto para as agendas da tarde – que tenham criado, entre mim e as mulheres que estavam ali, uma relação de confiança que, anos depois, permitiria que eu seguisse com as entrevistas para a tese.

Mas tem uma outra coisa. Essa, não preciso olhar em retrospecto, porque estava clara antes, desde o primeiro espanto do dia: as coisas que estavam se desenrolando na minha frente *me interessavam*. Parece bobo dizer isso; a gente se interessa por tanta coisa e não faz nada. Mas tem interesses que ficam martelando, aparecem em todas as conversas, nos visitam ao longo do dia, nos perseguem. E, para se livrar do assombro, só os perseguindo de volta.

Os tópicos que compõem este capítulo começaram a ser germinados, de alguma forma, naquele dia. Seguir perseguindo-os, junto das mulheres vítimas do Essure, foi o que nos trouxe até aqui.

5.2 Ser atendida: injustiça epistêmica e gaslighting médico contra mulheres vítimas do Essure

Gislaine me convida para entrar com elas no Palácio. A frase poderia estar perdida no meio de um conto de fadas, mas não. Ela é o prenúncio de um problema muito real. “*A gente quer que você entenda como a gente é atendida*”.

Já faz tempo que penso em nosso périplo pelo Palácio do Buriti, naquele dia de julho, como uma metonímia para a relação das mulheres vítimas com o Governo do Distrito Federal (GDF) e, em especial, com a Secretaria de Saúde (SES): espera, idas e vindas, tratamento ríspido, promessas que não se concretizam, pequenos avanços.

Gostaria de pensar nesse “ser atendida” – isto é, nas relações entre as mulheres e o Poder Executivo distrital – como um elemento central para a construção das disputas políticas e epistêmicas que moldam o caso Essure no DF. É certo que essas relações não se dão da mesma forma para todas as mulheres, mas muitas experiências são similares. Quando compartilhadas, elas ecoam e ganham uma dimensão coletiva, essencial para a consolidação da Amveb.

Mas começemos do começo. Para uma mulher com sintomas associados ao Essure, “ser atendida” é algo que acontece, em um primeiro momento, em uma unidade da rede pública da saúde. Como vimos nos testemunhos do capítulo 2, a procura por hospitais e postos de saúde é parte da rotina das mulheres vítimas. Nesta rotina, está presente não só o atendimento em si, mas também a espera. Kelly Cristina exemplifica.

Deixa eu te falar. Eu estou tentando encaixe. Eu estou tentando que eles me... Eu já fui lá, só que, assim, a rede SUS, o SUS está... Aqui na estrutural, diz que está sem ginecologista, entendeu? [...] Aí que eu tenho que marcar o ginecologista. Porém, não tem ginecologista. Aí eu comecei a trabalhar agora, aí eu fiquei até de atestado esse dia. E eu não tenho dinheiro pra pagar particular, por enquanto. [Kelly Cristina]

Javier Auyero (2016), em seu estudo sobre a espera nas instituições públicas, observa algo que, depois de ser dito, parece óbvio: “Aqueles que menos têm recursos materiais e simbólicos mais têm que esperar” (p. 11). Para as mulheres vítimas do Essure, a quem esses recursos dificilmente estão disponíveis, a espera se fez muito presente, seja antes, na fila da laqueadura, ou depois da inserção do dispositivo⁹³.

O caminho que leva à identificação do problema e à retirada das molas é marcado pelos prazos alongados, pelas tentativas frustradas, pelas incontáveis buscas. Para Caira, a necessidade e a frustração da espera vieram logo após a inserção.

Eu já saí do dia da cirurgia lá com encaminhamento para fazer o raio-x. Aí, realmente, eu fui na policlínica e eles fizeram o raio-x. Eu tenho o raio-x até hoje. E, realmente, o Essure estava no lugar. Só que eu tinha que levar esse raio-x no retorno com o médico. Que foi onde eu fui,

⁹³ É preciso pontuar, porém, que o processo para a inserção do dispositivo, em si, foi rápido: todas as mulheres falam sobre quão curtos foram os intervalos para explicar o método, para marcar o mutirão e para colocar as molas. Anos depois, instalado o conflito em torno do Essure, essa rapidez passou a ser vista com desconfiança pelas mulheres, que atribuem uma suposta má-fé à “pressa” da SES em distribuir o contraceptivo.

no HMIB, não consegui esse retorno, aí fui no posto de saúde. Fui falar com o médico, consegui uma consulta com o médico, o médico falou que nem sabia o que era aquilo. Que ele não tinha conhecimento. Que era para eu voltar no HMIB. Voltei no HMIB mais três vezes e não consegui. E assim, quando foi ano passado, eu abri até uma reclamação no Ministério Público. Aí, os agentes desse posto de saúde vieram aqui em casa, me chamaram lá para ter uma conversa. Passei tudo para eles. As enfermeiras, o médico que me atendeu... era outro médico, que foi ano passado. Eles falaram que realmente eles não tinham conhecimento do Essure e que, diante de tanta reclamação, eles foram pesquisar, aí que eles estavam entendendo o que estava acontecendo. [Caira]

Além da espera e das idas e vindas entre serviços – policlínica, HMIB, posto de saúde, HMIB de novo (três vezes), Ministério Público –, Caira também registra outra experiência muito comum na trajetória das mulheres vítimas: a ignorância de profissionais de saúde sobre o Essure⁹⁴. Emanuele Simone e Simony reforçam esse ponto.

Então, a maioria das pessoas nem conhecia sobre o dispositivo. Até hoje, a parte do posto de saúde, você comenta sobre, hoje já estão ouvindo falar, mas a maioria nem conhece sobre esse dispositivo implantado. Eu cheguei a procurar, logo que eu engravidei, eu procurei o HMIB, que foi o local que nós fizemos esse implante. Eles falaram que iam colocar o meu nome novamente no caderno de espera, esperar a minha filha nascer, porque, enquanto eu estava grávida, eu não tinha o que fazer. Eu coloquei esse nome nesse caderno de espera, voltei logo em seguida que ela nasceu, para ver se eles tomavam providência de fazer um outro processo [de esterilização], e a questão do processo da fila de espera, que eles me colocaram, durou mais sete anos. [Emanuele Simone]

[Eu me sentia] Maltratada. O tempo todo. A gente chegava lá e eles falavam assim: “O que é que você tem?”. Aí a gente falava: [estou] com dor... [A resposta era] “Ah... Buscopan”. “Doutor, eu tenho Essure”. “O que é isso? Isso existe?”. De todas as vezes que eu fui atendida, dois médicos sabiam o que era isso. [...] [Eu passei por,] no mínimo, 70 atendimentos. Dois médicos sabiam o que é isso. Que foi [...] o do laboratório Exame, e outra vez que foi um no HMIB. Que teve um médico que, realmente, ele, como ele era do HMIB, ele teve mais um ato acolhedor. Porque os outros não tinham ato acolhedor, não. Os outros... “Ah, Buscopan, pronto, vai para casa”. Não se preocupava em pedir um exame de sangue para saber se você estava com a infecção, não se preocupava nada para saber o que você tinha. Acham que Buscopan era o santo remédio e pronto. [Simony]

A ausência de conhecimento sobre o dispositivo não é só um problema das(os) profissionais “da ponta”, as(os) burocratas do nível de rua do sistema de saúde⁹⁵. Ela demonstra uma falha grave na política pública concebida pela SES, que não previu fluxos de atendimento ou acompanhamento médico especializado para as usuárias do dispositivo, nem tampouco informou adequadamente as(os)

⁹⁴ O que estou chamando de “ignorância” pode ser fruto de diferentes fatores: indisponibilidade de formação e/ou informação por parte da SES, sobrecarga de tarefas, precarização do trabalho, dentre outros elementos que costumam afetar, de forma mais grave, profissionais não-médicos.

⁹⁵ Segundo Kelli Luz e Shely, que fizeram parte de suas consultas no sistema particular de saúde, as(os) médicas(os) da rede privada tampouco conheciam o dispositivo. Kelli relata: “É difícil você encontrar um médico que saiba [o que é o Essure]. Hoje, não mais, eu acho que isso está muito divulgado, o caso, [...] mas, quando você chegava, ninguém falava. O médico particular mesmo falava: “o que é isso?”. Eu falava: “uma laqueadura”, aí tinha que explicar. Então, todo lugar que você chegava, você tinha que explicar o que era, o que que você tinha, entendeu? Eles confundiam muito com o DIU, “é o DIU?”. Eu falava não, “não é o DIU”. A gente tinha que explicar, a gente tinha que explicar o que que realmente é, porque ninguém sabia”.

profissionais acerca do método. Segundo Atena Zatarin (2022) – ela mesma, médica de família e comunidade da SES – o GDF se omitiu em seu dever de prestar amparo e cuidado continuados, estabelecendo um vazio assistencial sobre as usuárias do Essure.

O desconhecimento sobre o dispositivo teve, como nos mostram as mulheres, consequências muito concretas e danosas. A primeira e mais óbvia delas foi a incapacidade, por parte dos serviços, de acessar adequadamente o quadro de saúde das mulheres e, assim, estabelecer os cuidados mínimos esperados: exames, diagnósticos, encaminhamentos, tratamentos, retornos. A segunda é menos evidente, mas igualmente nociva aos cuidados em saúde: a desqualificação do depoimento das mulheres vítimas acerca do que sentiam e do que acontecia em seus próprios corpos. Para Rejane, o nome disso é descaso.

Eu avalio assim que... [foi] um pouco de descaso, porque eles não se preocupam muito e quando você fala o que você tem, eles não se preocupam muito em passar exames, ainda mais depois que a gente fala que é sobre o Essure, eles nem se preocupam em pesquisar pra saber o que é isso, porque tem médicos que não sabem o que é essa laqueadura e eles também nem pesquisam pra poder... não têm interesse em descobrir o que é. [Rejane]

Tenho pensado nesses episódios, antes de tudo, como casos de injustiça epistêmica testemunhal e hermenêutica (Dantas, 2023a)⁹⁶. A ideia de injustiça epistêmica, desenvolvida por Miranda Fricker (2024 [2007]), faz referência ao desrespeito a uma pessoa em sua condição de *conhecedora*. O conceito vai além da desigualdade na distribuição de “bens epistêmicos”, como acesso à educação e à informação. Ele se refere a uma violência que afeta as falantes enquanto sujeitos de conhecimento e, portanto, coloca em questão seu valor humano.

A autora classifica os atos injustos em duas categorias: a injustiça testemunhal e a injustiça hermenêutica. A primeira ocorre quando o preconceito faz com que o ouvinte atribua um nível reduzido de credibilidade à palavra da falante. É o caso, por exemplo, de um policial que não acredita no depoimento de uma pessoa negra. A segunda, por sua vez, se dá em um estágio anterior, quando uma lacuna nos recursos interpretativos coletivos – como a ausência de termos específicos para expressar uma determinada experiência – coloca uma pessoa numa situação de desvantagem na hora de descrever ou de compreender fenômenos sociais. Para falar sobre isso, Fricker (2024) costuma acionar o exemplo de vítimas de assédio sexual que sofreram a violência antes do termo “assédio sexual” ser cunhado e popularizado.

⁹⁶ Publiquei parte das ideias que compõem este capítulo em um artigo de 2023. Embora minhas preocupações ainda sejam as mesmas – o silenciamento das mulheres e as consequências dele para todo o caso Essure no DF – acho que, desde então, pude aprofundar e complexificar os argumentos. Contribuíram para isso os diálogos com Elaine Brandão, pesquisadora do caso Essure no Rio de Janeiro e interlocutora generosa.

A injustiça testemunhal costuma ser mais fácil de compreender e identificar, uma vez que é perpetrada por indivíduos. Ela reflete uma relação de poder⁹⁷; particularmente, de uma subespécie de poder, chamada de poder identitário. O poder identitário deriva das concepções socioimaginativas que compartilhamos sobre as identidades sociais e que costumam estar ancoradas em preconceitos (p. ex.: mulheres são pouco racionais, adolescentes mentem muito, pessoas pobres não têm educação, etc.). É por isso que, para Fricker (2017; 2024), quando um ouvinte atribui menos credibilidade a um falante, ele parte de um *preconceito de identidade*, um estereótipo que não necessariamente é acionado de forma proposital ou condizente com seus valores pessoais. Isto é, a injustiça epistêmica testemunhal pode ser cometida mesmo sem intenção de ignorar ou desmerecer o outro.

No caso da injustiça hermenêutica, a violência não parte de uma ação individual. O problema deriva de uma lacuna social, estrutural, nos recursos hermenêuticos coletivos. Isso não significa, contudo, que todos sofrem igualmente. Para Fricker (2024), existem grupos *hermeneuticamente marginalizados*, que participam de forma desigual nas práticas de criação de significados sociais. Neste sentido, “[...] as experiências sociais de membros de grupos hermenêuticamente marginalizados são mantidas inadequadamente conceitualizadas e, por isso, mal compreendidas, talvez até pelo próprio sujeito” (p. 24). Por conta disso, é possível que os falantes destes grupos não sejam ouvidos ou lidos como pessoas racionais⁹⁸.

O ambiente biomédico é particularmente suscetível a episódios de injustiça epistêmica, como argumentam Havi Carel e Ian James Kidd (2017a; 2017b). Para além das estruturas sociais que privilegiam o saber médico, os autores chamam atenção para a forma diferenciada como pessoas adoecidas experimentam e falam sobre o mundo social. Pacientes com doenças crônicas, em particular, vivenciam sua doença não como uma disfunção biológica localizada, mas como algo contínuo, generalizado; um “modo de ser” ou, mesmo, uma identidade. As(os) profissionais da saúde, por sua vez, têm contato com as doenças a partir de uma perspectiva distanciada e conseguem se desvincular do mundo do adoecimento uma vez que saem das clínicas e hospitais (Carel, Kidd, 2017b).

Além disso, pacientes crônicos podem estar vulneráveis e fragilizados em suas capacidades epistêmicas, que dependem de habilidades físicas, emocionais e sociais. Neste contexto, Kidd e Carel (2017a, 2017b) apontam que, para pessoas acometidas por doenças e enfermidades, a injustiça

⁹⁷ Fricker (2024) entende poder como “uma capacidade socialmente situada para controlar as ações dos outros” (p. 21).

⁹⁸ Para Fricker (2024), a injustiça hermenêutica pode surgir por meio de dois tipos de práticas sociais e epistêmicas: a *exclusão* de grupos hermenêuticamente marginalizados das práticas e dos espaços onde os significados sociais são construídos (como comitês profissionais ou órgãos legislativos); e a *expressão*, na qual um grupo é socialmente ignorado/excluído porque seu estilo expressivo não é reconhecido como racional ou contextualmente apropriado.

epistêmica costuma assumir a forma de uma dupla injúria: os desafios para expressar claramente aquilo que se sente ou que se deseja são exacerbados pela marginalização de seus recursos e estilos expressivos, como a linguagem pouco técnica ou marcada por vícios de expressão. Esse cenário tende a produzir assimetrias de conhecimento abissais, nos quais uma importante forma de saber, o conhecimento da(o) paciente, é quase sempre ignorado. Retomarei isso em breve.

No caso das mulheres vítimas do Essure, os preconceitos associados a pacientes crônicos – pessoas instáveis, ansiosas, exaustas, mórbidas, cognitivamente comprometidas (Carel, Kidd, 2017b) ou, ainda, poliqueixosas⁹⁹ – somam-se a outros marcadores sociais que impactam, e muito, na forma como elas costumam ser lidas socialmente. Refiro-me ao fato de que a maior parte delas são mulheres periféricas, de baixa renda, com baixa escolaridade e negras (pretas e pardas).

Patricia Hill Collins (2017) chama atenção para como a noção de interseccionalidade¹⁰⁰, enquanto estratégia analítica e movimento por justiça social, busca responder a injustiças epistêmicas sofridas por mulheres negras. Segundo a autora, em um contexto em que a igualdade jurídica, formal, já está garantida, “[...] descreditar mulheres negras [...] enquanto agentes epistêmicos acontece menos por meio de confrontos diretos e cada vez mais pela erosão de sua autoridade epistêmica, atacando indiretamente sua credibilidade” (p. 119, tradução própria)¹⁰¹.

Não ouvir, não acreditar ou não tomar como importantes os testemunhos de pacientes que se queixavam de sintomas associados ao Essure são, portanto, exemplos de injustiças epistêmicas testemunhais que podem partir de diversos preconceitos de identidade. Seja por padecerem de dores difíceis de explicar ou por serem negras, periféricas e pouco escolarizadas, aquelas mulheres eram, para as(os) profissionais de saúde, incapazes de contribuir para o saber médico – a troca epistêmica – que deveria ser construído no consultório.

Para além da injustiça testemunhal, acredito que a injustiça hermenêutica também se faz presente no caso do Essure. As mulheres vítimas parecem não dispor dos recursos epistêmicos necessários para se referir às falhas ligadas ao dispositivo (Erro médico? Mau funcionamento?) e nem

⁹⁹ Sobre pacientes poliqueixosas, vide os trabalhos de Rodrigo Toniol (2014, 2015) e Renata Liboni, Luiz Souza e Luziane Avellar (2015). Sobre a (des)legitimação do sofrimento de pacientes crônicos, vide Pols (2023b) e Canesqui (2018).

¹⁰⁰ De acordo com Patricia Hill Collins (2015), a ideia de interseccionalidade está relacionada à percepção crítica de que raça, classe, sexo, sexualidade, etnia, nação, capacidade e idade operam não como entidades unitárias e excludentes, mas sim como fenômenos imbricados, que se constroem mutuamente e que se refletem em diferentes experiências de desigualdade e opressão. Seu surgimento expõe, a partir de diferentes reflexões teóricas e práticas, como o uso de um eixo único para compreender as relações sociais mina o pensamento, a produção de conhecimento e as lutas por justiça social (Cho, Crenshaw e McCall, 2013; Collins e Chepp, 2013).

¹⁰¹ Curiosa, mas não surpreendentemente, Collins (2017) afirma que injustiças epistêmicas se refletem no próprio campo dos estudos sobre interseccionalidade, na medida em que acadêmicos deixam de considerar elementos estruturantes (porém incômodos) da teoria interseccional, como a articulação política e a luta por justiça social, optando por absorver e reproduzir apenas parte da proposta crítica feita pelas mulheres negras.

para expressar o sofrimento que advém da descridibilização de suas experiências. É difícil sintetizar aquilo que Rejane chamou de “descaso” – e que foi identificado de formas diferentes por cada mulher com quem conversei – em um conceito coeso, que permita uma compreensão compartilhada sobre o fenômeno. As mulheres parecem se encontrar justamente no estágio de que fala Fricker (2024), quando faltam ao vocabulário recursos apropriados para descrever adequadamente uma experiência.

Mais do que isso, a injustiça hermenêutica também se mostra quando os recursos necessários para a compreensão das experiências das vítimas do Essure, sempre expressas em termos não especializados, não são aceitos como parte dos arcabouços hermenêuticos dominantes (Carel, Kidd, 2017b). Como apontam Alistair Wardrope (2015) e Alice Gabriel e Breno Santos (2020), a injustiça hermenêutica se imbrica aos processos de medicalização, nos quais a autoridade epistêmica do discurso médico “[...] eclipsa todas as demais formas de se abordar um problema, tornando aquilo que não é confirmado pela leitura médica inexprimível” (Gabriel e Santos, 2020, p. 5)¹⁰². São muitas, portanto, as camadas de silenciamento¹⁰³.

Mas essa é só uma parte daquilo que, para as mulheres vítimas do Essure, é “ser atendida”. Durante as consultas médicas, além do “descaso”, do desinteresse diante dos sintomas, muitas mulheres mencionaram outro tipo de conduta por parte das(os) profissionais de saúde: a descridibilização da associação entre o seu adoecimento e o dispositivo Essure. Jane Naiva me conta que, quando afirmava às/aos médicas(os) da Unidade Básica de Saúde (UBS) que seus sintomas poderiam estar ligados ao dispositivo: “Aí eles falavam que não, né? Que foi comprovado que as mulheres não sentiam nada e que eles acreditavam que não era por causa do Essure, não. Entendeu? Mas assim, eles nunca me deram um atendimento específico, entendeu? Assim, eles não chegavam a investigar tudo certinho”.

Onze das treze mulheres que entrevistei viveram uma experiência deste tipo. Elas me falam sobre a sensação de que nenhum profissional as ouvia de verdade ou procurava entender melhor o quadro que elas apresentavam. As idas recorrentes às UBSs e o esforço de explicar às/aos médicas(os) não só o que percebiam fisicamente, mas o que era o dispositivo que carregavam em seus corpos, não era suficiente para conferir credibilidade às suas palavras. Quase sempre, elas saíam das unidades de saúde com prescrições de analgésicos ou com orientações para investigar outras condições: artrite,

¹⁰² Relembro da fala do presidente do Sindicato dos Médicos a Kelli, quando ela lhe falou sobre a necessidade de, durante a remoção do Essure, retirar o colo do útero: “o que tem que fazer é o que a literatura recomenda, o que é mais benéfico para o paciente; não é o que o paciente quer, é o que é recomendação do melhor ponto de vista clínico”.

¹⁰³ Para além do preconceito identitário de que fala Fricker (2024), Elaine Brandão (2026) aponta que as práticas de silenciamento das pacientes também podem advir de condições ligadas à precariedade das condições do trabalho médico, às rotinas e temporalidades que atravessam os atendimentos; à qualidade da formação médica recebida; e à transformação do ofício à luz dos interesses de mercado.

menopausa, endometriose, adenomiose e até transtorno de ansiedade. Para muitas, era frustrante e desanimador não conseguir, sequer, encontrar um diagnóstico que explicasse o que sentiam.

Em alguns casos, a reação das(os) médicas(os) ia além da descredibilização silenciosa e cordial. Ela assumia um tom acusatório, que culpabilizava as pacientes pelos sintomas que relatavam ou, pior, chamava-as abertamente de “loucas”¹⁰⁴.

E aí, quando eu fiquei sabendo, que eu fui correr atrás e tudo, que aí eu fui para o CESMU [Centro Especializado em Saúde da Mulher], aí lá a ginecologista me falou que eu estava louca, falou com essas palavras, que eu estava louca e que isso não era problema do Essure. É porque eu tô velha [segundo a médica]. [...] Ela dizia que não era isso que a gente tinha, que a gente estava se vitimizando, que isso [Essure] não dava problema, que... [Ela] me ofereceu botar um DIU! Eu já com o aparelho, eu menstruando muito, eu passava metade do meu mês... 80% dos dias do mês, eu passava menstruada. E aí ela falou pra mim que isso era “por causa da idade”, com essas palavras, que eu já estava velha, que eu precisava cuidar da minha menopausa. E que o que ela podia fazer por mim era colocar um DIU de Mirena. Eu falei, “mas eu já estou querendo tirar uma coisa de dentro de mim, você vem colocar outra?” Aí ela falou que o DIU não me atrapalharia em nada, só ia interromper a minha menstruação. [Ivanise]

Situações como essas têm sido descritas por alguns autores como *gaslighting* médico (Bailey, 2020; Sebring, 2021; Barnes, 2023; Brandão, 2023a; Fuss, Jagielski e Taft, 2024; Khan, Tariq e Majeed, 2024). O termo inglês *gaslighting* faz referência a uma forma de violência psicológica em que um interlocutor tenta manipular a percepção do outro, fazendo-o acreditar que está equivocado ou... louco. Inicialmente, ele era empregado para descrever dinâmicas abusivas entre parceiros íntimos, nas quais geralmente um homem levava sua parceira a duvidar de suas experiências, memórias, de suas capacidades cognitivas e de seus argumentos (Spear, 2023). Recentemente, o seu uso foi ampliado para outras relações – e, uma vez que as interações médico-paciente costumam envolver uma grande disparidade de poder, não surpreende que elas tenham se tornado espaço fértil para o estudo de uma forma específica de *gaslighting*¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Sobre a possibilidade de responsabilização das(os) profissionais de saúde que praticaram violências verbais, Alessandra Morato, promotora da Pró-Vida do MPDFT, me disse que: “O problema é que a violência verbal no direito penal, ela entra como injúria, sabe? Assim, por exemplo, ‘você que é mole, você que tá sentindo essa dor’, então era mais nesse sentido, como xingamentos, né? E aí, no nosso direito, isso é de ação privada, o Ministério Público só pode agir se a mulher, através da Defensoria Pública, entrar com uma ação penal privada contra o médico. E apesar da gente falar isso para elas, imagina, elas já estavam sofrendo porque elas tinham que lutar na justiça para fazer uma cirurgia. Elas não iam ficar na fila da Defensoria Pública para conseguir um defensor para entrar com a ação de reparação e de ação penal privada, e o prazo é muito curto, é seis meses. Então, entre o dia do xingamento e ela ter que entrar com a ação, são seis meses. Então, por isso que essa sensação de impunidade delas em relação a isso. E a lei não permite que o Ministério Público processe esses médicos por isso, sabe?”

¹⁰⁵ Em 06 de abril de 2026, foi sancionada a Lei nº 15.378/2026, conhecida como Estatuto dos Direitos do Paciente. A norma prevê, dentre outras coisas, o direito das pacientes de: não ser tratadas com distinção, exclusão, restrição ou preferência de atendimento “[...] baseados em sexo, raça, cor, religião, enfermidade, deficiência, origem nacional ou étnica, renda ou qualquer outra forma de discriminação que provoque restrições de seus direitos”; de se envolver

Embora Miranda Fricker (2017) admita que o *gaslighting* é uma violência epistêmica, ela não o entende como uma forma de injustiça testemunhal, defendendo que a categoria que cunhou abarque apenas atos não intencionais. Outras autoras, como Rachel McKinnon (2017), porém, propõem um uso fluido e intercambiável dos conceitos. Independentemente do termo que optemos por usar, os efeitos para as pacientes são potencialmente os mesmos. Shely fala sobre sua experiência de, após ser diagnosticada com TPM severa e disforia, encontrar um profissional que realmente a ouviu.

A não ser por esse médico que saiu da curva e falou pra mim “você tem uma coisa que é assim, assim, assim, é muito sério, corre atrás, tira isso”. Sabe? E foi o que me deu força. Apesar de estar num processo de muita dor e de me sentir, de fato, definhando fisicamente, foi o que me deu força pra falar assim “eu vou atrás”. Porque houve um que acreditou naquilo que eu falei e não falou “não, toma, sei lá, toma uma fluoxetina da vida que você vai melhorar”, sabe? Então, quantas mulheres não estão passando por isso, sendo atendidas pelo SUS, falando “você não tem nada, isso é coisa da sua cabeça”. “Ah, que nada, isso é frescura”. Quantas mulheres não estão assim, sabe? E correndo o risco de morrer. Correndo o risco de não voltar pra sua casa, sabe? Correndo o risco de ter um processo hemorrágico e ser mais uma na estatística. Mais uma na estatística. Então, não sei nem se faz sentido isso que eu tô falando aqui, mas... [Shely]

Sim, claro que faz sentido. Foi o que disse para Shely naquele momento e repito agora. Dentre as consequências associadas ao *gaslighting* médico, estão o silenciamento, a negação ou desconsideração de sintomas, o atraso no diagnóstico, a quebra da confiança entre médica(o) e paciente, o reforço de estigmas e o dano/trauma psicológico, só para elencar alguns dos achados da literatura (Au et al., 2022; Khan, Tariq e Majeed, 2024). Então, sim, faz sentido imaginar que outras mulheres estariam em risco.

Mas, ainda que a injustiça epistêmica e o *gaslighting* não tenham levado à morte nenhuma das mulheres vítimas do Essure, a postura de parte das(os) profissionais de saúde contribuiu para revitimizá-las, agravando o cenário de vulnerabilidade física, psíquica e social em que elas se encontravam. Ela foi, para todos os efeitos, uma má prática de cuidado em saúde (Mol, Moser e Pols, 2023; Pols, 2023a).

Foi só quando conheceram outras mulheres que compartilhavam de trajetórias semelhantes de adoecimento e de violência que as vítimas do Essure se deram conta de que não estavam sozinhas em seu sofrimento. Não é por acaso que, ao me falar sobre sua história, Gislaine usa a primeira pessoa do plural.

ativamente em seus cuidados de saúde e de participar das decisões sobre seus cuidados; e de obter informações, de forma acessível, sobre “[...] sua condição de saúde, sobre o tratamento e eventuais alternativas, sobre os riscos e os benefícios dos procedimentos e sobre os efeitos adversos dos medicamentos prescritos”.

Em 2017, encontrei no Facebook uma página de uma mulher que procurava outras mulheres que, assim como ela, tinham passado pelo procedimento do Essure. Entrei no grupo e compartilhei meu relato. Naquele momento, éramos apenas cerca de seis mulheres, unidas pela dor, pela incerteza e pela necessidade urgente de sermos ouvidas. Aos poucos, começamos a dar visibilidade às nossas histórias e o movimento foi crescendo. Mas, junto com isso, vieram também os obstáculos. Não tínhamos espaço, não tínhamos escuta e, nas unidades de saúde, éramos constantemente ignoradas. Muitos médicos sequer conheciam o procedimento, e éramos nós, pacientes, que precisávamos explicar o que estava acontecendo com nossos próprios corpos. Isso gerava ainda mais dor, insegurança e sensação de abandono. Fomos desacreditadas inúmeras vezes. Fomos tratadas como se estivéssemos exagerando, como se fôssemos “loucas”, como se nossas dores fossem invenção ou fruto de outros problemas — nunca do Essure. Ainda assim, seguimos. Mesmo cansadas, machucadas e desacreditadas, não desistimos. Foi nesse contexto que nasceu a ideia de criarmos uma associação. Precisávamos nos fortalecer, criar caminhos de acolhimento, escuta e luta. [Gislaine]

Para além de encontrarem um espaço de acolhimento coletivo, como coloca Gislaine, foi estando juntas que elas perceberam que sua situação não iria mudar se elas não acionassem os gestores públicos. Então, elas acionaram. Mas nem tudo mudou.

5.3 Ter uma atitude: disputas político-epistêmicas com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal

“A gente quer que você entenda como a gente é atendida”. É, pois é, de novo. Mas é que deixei de explicar algo importante sobre essa frase. No tópico anterior, falei sobre como as mulheres eram atendidas por médicas(os) e outras(os) profissionais de saúde. Nessas situações, elas estavam em um consultório, sozinhas. Mas, como Gislaine quis me mostrar, no contexto original da frase, ser atendida também é uma atividade coletiva.

Ela e Kelli Luz foram algumas das primeiras mulheres no Distrito Federal a tomar a iniciativa de procurar autoridades públicas para expor os problemas das vítimas do Essure. Desde que se reuniram em grupos de Facebook e WhatsApp, elas começaram a pensar em formas de “lutar pelos seus direitos”. E isso teria que acontecer, como Kelli frisou durante o almoço do dia 20 de julho de 2022, no nível local, no DF.

Além de apostar nas demandas judiciais, apresentadas no capítulo 4, as integrantes do grupo de WhatsApp decidiram fazer uma manifestação de rua, a primeira sobre o Essure no Distrito Federal, com a expectativa de chamar a atenção do governador. Na manhã do dia 05 de agosto de 2020¹⁰⁶, elas se reuniram diante do Palácio do Buriti. Kelli não me deu muitos detalhes sobre o que aconteceu

¹⁰⁶ A data da manifestação foi determinada em acordo com mulheres de outros estados, de modo que ocorressem manifestações em vários locais ao mesmo tempo. No Rio de Janeiro, as mulheres vítimas se encontraram em frente ao Hospital Municipal da Mulher Mariska Ribeiro e, em São Paulo, diante do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Brandão, 2023a).

nesse dia, mas afirmou que a então Secretária da Mulher, Ericka Filippelli, as recebeu em seu gabinete e assegurou que intercederia para marcar reuniões com a Secretaria de Saúde e com o governador do Distrito Federal. O retorno prometido, porém, não veio.

Diante disso, Kelli e suas companheiras entraram em contato com as assessorias de vários parlamentares do DF. Naquele momento, a resposta mais importante veio da deputada federal Erika Kokay (PT-DF), que intermediou a primeira reunião entre as mulheres e o então Secretário de Saúde, em outubro de 2020.



Publicação do perfil @vítimas_do_essure_brasil no Instagram, sobre a manifestação realizada no dia 05 de agosto de 2020.

Quando começaram, nenhuma das mulheres tinha experiência em interagir com autoridades públicas. Kelli relembra dessa primeira reunião com o Secretário de Saúde. Para além de estarem ansiosas com o encontro, todas estavam, naquele dia, sensibilizadas com o estado de saúde de outra colega, também vítima do dispositivo, que havia acabado de ser diagnosticada com um câncer de colo do útero. Elas esperavam não só que essa situação fosse encarada com a gravidade devida, mas que a SES estabelecesse encaminhamentos e protocolos de atendimento para todas as usuárias do dispositivo. O que marcou esse encontro, porém, para indignação de Kelli, foi a postura indiferente do Secretário, em um momento em que elas precisavam de acolhimento.

Ele cagou e andou pra gente dentro da reunião. A gente conversando, falando, e ele no celular, assim... e aí as médicas cagando na gente, falando um monte de coisa, e a gente, ó... só eu e a Gislaine, a gente rebatendo tudo isso. [...] Gente, nessa reunião... E eles trataram a gente

super mal, muito mal, ele nem olhava pra nossa cara, esse Secretário nem pra nossa cara ele olhava¹⁰⁷. [Kelli Luz]

Quando o movimento de mulheres vítimas ganhou tração, e Kelli e outras mulheres passaram a interpelar a SES com recorrência, a indiferença e o desdém no tratamento começaram a dividir espaço com novos episódios de *gaslighting* e violência verbal. Kelli e Ivanise relatam que a Associação passou a ser chamada, por alguns profissionais do HMIB, de “grupinho de WhatsApp de mulher que não tem o que fazer”, e as mulheres vítimas foram apelidadas de “as loucas do Essure”.

Há outra cena, ocorrida naquela primeira reunião com a Secretaria de Saúde, que considero paradigmática para compreender a relação das mulheres vítimas do Essure com a SES.

Eu lembro que, numa das primeiras vezes que a gente teve uma reunião na Secretaria de Saúde, uma das médicas que estavam fazendo... estavam participando dessa reunião, ela falou algo que ela achou que estava falando baixo, mas ela falou alto. A Gislaine, na hora, olhou assim, para mim, e eu fiquei envergonhada. Eu não tive nem reação para o que ela me falou. Ela falou: “o que é essa neguinha de rasta [cabelo trançado] pensa que ela é?”. Então, eu fiquei assim... em certo ponto, ela está certa. Quem sou eu? Diante deles, da posição que eles têm ali, porque eles falavam, assim, para mim e para a Gislaine: “os estudos falam isso, os estudos não sei o que”. E eu falei: “não, os estudos podem relatar isso, mas e hoje, o que nós estamos passando? Vocês não vão fazer um estudo para ver se é real ou não?”. A gente sempre rebatia, e ela saiu muito indignada, e ela [falou]: “o que é essa neguinha de rasta pensa que ela é?”. E eu fiquei sem reação. [Kelli Luz]

Esse episódio não só escancara a discriminação racial que estrutura a sociedade brasileira e que permeia instituições e crenças individuais (Campos, 2017; Kalckmann et al., 2007). Ele estabelece uma fronteira entre aqueles que podem ocupar o espaço de poder institucional representado pela Secretaria e aquelas – mulheres negras periféricas – que não podem. Ele traça a linha da exclusão, da destituição de dignidade e cidadania.

Esta fronteira é reforçada através da reafirmação, por parte de gestoras(es) da SES, de seu status de autoridade técnico-científica, de conhecedoras(es) “dos estudos”. O último episódio que gostaria de relatar também está diretamente ligado a essa dimensão. Ele aconteceu durante a audiência pública na Câmara Legislativa do Distrito Federal, de abril de 2021 (Audiência..., 2021).

Após as falas do deputado distrital Fábio Félix (PSOL), de Kelli e Gislaine, de representantes do Ministério Público do Distrito Federal e dos Territórios (MPDFT), da Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) e do Secretário-Adjunto da SES, assumiu a palavra Marta de Betânia, médica e representante da Coordenação de Referência Técnica em Ginecologia e Obstetrícia e da Câmara

¹⁰⁷ Curiosamente, em notícia publicada no portal da SES a respeito dessa reunião, consta que Osnei Okumoto, então Secretário de Saúde, “[...] ouviu os relatos das representantes das pacientes e se sensibilizou com a luta das mulheres” (Saúde..., 2020).

Técnica da Secretaria. Ela afirmou que, depois de realizar um levantamento sobre o caso Essure, a Câmara Técnica da Secretaria não encontrou “[...] nenhuma problemática no processo de inserção, nem na parte técnica, nem na parte documental, nem na parte de aquisição”. Frisou, ainda, que sua equipe realizou um trabalho “eminentemente técnico” e “bastante exaustivo” do ponto de vista de pesquisa bibliográfica – que compreendeu a análise de 2 mil prontuários e de “mais de 226 fontes bibliográficas, inclusive internacionais” –, e chegou à conclusão de que não há relação de causa e efeito entre os sintomas relatados pelas pacientes e o dispositivo.

Tão logo Marta falou isso, Gislaine pediu a palavra. Ela rebateu a médica, afirmando enfaticamente que o estudo da SES “[...] não foi feito com dignidade e com respeito às mulheres”. Para ela e para Kelli, a postura dos gestores da SES insinua – não só naquele momento, mas em diversas ocasiões – que as mulheres não conseguem compreender seu próprio processo de adoecimento, sendo influenciadas pelas redes sociais a associar seus sintomas ao dispositivo¹⁰⁸ (Audiência..., 2021).

Este argumento não é exclusivo da SES, nem sequer do Brasil. Ele foi evocado em dois artigos de opinião na *Fertility and Sterility*, publicação internacional na área de saúde reprodutiva, que atribuíam as controvérsias em torno do Essure a falsas crenças e a vieses de confirmação estimulados pelas redes sociais (Lindheim et al., 2019; Lindheim; Madeira; Petrozza, 2019). Em um dos textos, Steven Lindheim, Jody Madeira e John C. Petrozza (2019) alegam que o conteúdo sobre Essure difundido nas redes sociais fez com que as mulheres caíssem no “lado errado da ciência”.

É possível que a experiência com o Essure, atrelada à desinformação política difundida nos anos da pandemia, tenha levado várias das mulheres vítimas a desconfiar da indústria farmacêutica e de inovações biomédicas – vide a conversa de Ivanise e Marilene sobre a vacina contra a Covid-19. Contudo, tenho argumentado que associar a Amveb a posturas anticientíficas é um erro (Dantas, 2023a). Ao se contrapor ao levantamento técnico da SES, Kelli e Gislaine não estão ignorando a existência ou a validade dos artigos científicos que atestam a eficácia do Essure, mas demandando o reconhecimento de outras evidências, como o depoimento das próprias mulheres, e a produção de novos estudos que se debrucem sobre usuárias brasileiras “com dignidade e com respeito” (Audiência..., 2021). Elas estão reivindicando um lugar na construção do conhecimento sobre o dispositivo.

¹⁰⁸ Ao analisar uma audiência pública sobre a fosfoetanolamina sintética, Rosana Castro e Rafael Antunes Almeida (2017) observam que, para que as narrativas dos usuários sejam percebidas como “fatos científicos” ou “provas” da eficácia e segurança da droga, “estes devem ser constituídos exclusivamente nos marcos e procedimentos consensuais da experimentação contemporânea” (p. 52). Para isso, as experiências individuais e íntimas dos pacientes precisam ser desqualificadas em prol da construção das condições para a realização de pesquisas clínicas.

De forma similar às representações observadas por Soraya Fleischer (2022b) entre as famílias com Síndrome Congênita dos Vírus Zika em Recife, a ciência aparece para as mulheres vítimas do Essure como uma prática respeitada e desejada, porém alheia, produzida por outras pessoas. Já presenciei Kelli falar sobre isso em inúmeras ocasiões. Em nossa última entrevista, sem que eu tocasse no assunto, ela voltou a trazer o tema à tona.

A gente queria muito, a gente fala muito dessa pesquisa do dispositivo, né. Mas e aí? Ninguém se prontifica para essa pesquisa, né. Para saber realmente até aonde ele fez mal ou não. Eu já procurei... Aqui em Brasília, eu fui na faculdade de medicina ali da W3 Norte [Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS]. Eles não se interessaram na pesquisa. Eu falei, gente, o que eu faço, sabe? A gente vai atrás de tudo, de pessoas. E eles... É sempre a mesma. Eu falei assim, realmente, a gente não sabe por onde recomendar, né. Porque tudo tem que ser um começo. [Kelli Luz]

Kelli parece ter expectativa de que, se as investigações científicas se dedicarem a estudar as mulheres com sintomas associados ao Essure, será possível revelar os mecanismos que estão por trás das realidades inscritas em seus corpos (Pols, 2023b). Ao lembrar o episódio de racismo que sofreu, após perguntar a profissionais da SES se elas fariam um estudo para verificar se o que elas sofriam era “real ou não”, Kelli acrescenta.

Eu não soube responder para essa mulher [a médica racista], porque, realmente, eu me senti muito menor, muito menor, e é assim que eles nos veem, entendeu? [Nós somos] Um bando de mulher que está brigando por algo que elas estão sofrendo, por algo que é justo, que é verdadeiro, mesmo eles dizendo que não é. É verdadeiro, sim, né, porque os estudos podem dizer alguma coisa, mas o nosso corpo está dizendo outra. As nossas dores, elas não são mentiras, elas são reais. Nosso sofrimento, ele não é mentiroso, ele é real. [...] E eu falo, cara, por que não fazer uma pesquisa? Se já tivesse essa pesquisa, a gente já tinha a resposta para muitas perguntas. Mas eu vejo que o que eles não querem é que tenha uma resposta. Porque vai ter uma responsabilização, e eles não querem. [Kelli Luz]

Para Kelli, fazer essa “ciência não-feita”¹⁰⁹ (Hess, 2015; Paula, 2023) é o caminho para preencher as lacunas – em especial, a da relação causal entre o dispositivo e os sintomas das mulheres – que existem no caso Essure. Em sua visão, preenchê-las levaria à responsabilização do GDF e da Bayer e legitimaria a batalha que elas têm travado, atestando o equívoco daqueles que as chamaram de loucas. Mais do que isso, daria a elas uma oportunidade de, como ela mesmo disse, recomençar suas vidas.

¹⁰⁹ A ideia de “ciência não-feita”, desenvolvida inicialmente por David Hess, faz referência a estudos que, apesar de seu potencial para explicar ou oferecer contribuições a problemas de interesse público, não são realizados, deixando grupos marginalizados e movimentos sociais sem as informações e os recursos científicos necessários para levar seus pleitos adiante (Hess, 2015; Paula, 2023).

São expectativas grandes demais para um estudo científico? Provavelmente. É impossível prever os achados e os impactos de uma pesquisa não realizada, em especial quando a posição da Secretaria de Saúde parece tão determinada. Mas vale lembrar os relatórios da FDA que indicam altas taxas de efeitos adversos e os artigos recentes que apontam possíveis liames causais entre o Essure e os sintomas relatados pelas mulheres, apresentados no capítulo 3. Eles nos sinalizam que o levantamento feito pela SES, ainda que rigoroso, pode estar ancorado em um solo movediço, incerto, no qual as convicções científicas estão longe de se consolidar.

Nesse sentido, a criação de uma cisão entre um campo “eminente técnico”, para usar as palavras de Marta de Betânia, e um campo leigo, supostamente orientado por interesses pessoais e contaminado por falsas crenças, é também uma forma de violência epistêmica. Junto da indiferença do secretário, do racismo da médica e do “apelido” da equipe do HMIB, ela compõe um panorama – em que, infelizmente, estes são apenas exemplos – de momentos em que a interação entre as representantes da Amvib e da Secretaria de Saúde foi marcada por insensibilidade, violência e exclusão discursiva¹¹⁰.

Diferente do que acontecia nos consultórios – em que a injustiça epistêmica e o *gaslighting* eram direcionados a uma só mulher –, as ofensas às lideranças da Associação passaram a ser entendidas como uma afronta a todas as vítimas. Elas seguiram se sentindo invisibilizadas, maltratadas ou insultadas, mas, agora, como coletivo.

Ao passo que fortaleceram os laços de identidade entre as mulheres vítimas, essas experiências contribuíram para que se estabelecesse um *gap* de credibilidade (Wynne, 1992) entre elas e a SES (Dantas, 2023a). Uma vez quebrada a confiança na capacidade dos profissionais da Secretaria de compreender e encaminhar adequadamente o problema, qualquer informação vinda do órgão passou a ser colocada sob suspeição.

Em uma de nossas conversas, perguntei a Kelli se ela e as demais mulheres vítimas acreditavam na capacidade dos serviços públicos de responderem aos problemas que elas têm.

Não. Não acreditam. Não acreditam. Na verdade, até eu mesma estou dessa forma. Como é que você acredita em algo que era pra te ajudar, te trouxe mal, e mesmo assim eles não assumem e nem te ajudam? Porque está sendo assim. Se você chega na Secretaria de Saúde, a gente é vista como um problema que nós causamos. Que não tem importância. Que nós

¹¹⁰ Luís Roberto Cardoso de Oliveira (2020) caracteriza como exclusão discursiva a incapacidade de entes e instituições de, por meio de seus agentes, ouvir adequadamente os cidadãos. Essa incapacidade estaria ligada à percepção de que alguns grupos sociais – notadamente, os hipossuficientes – não seriam dignos de escuta “por não ter o que dizer”. Dentre os efeitos da exclusão discursiva, estão a sujeição civil (que levaria as pessoas a se identificarem com o estigma atribuído pelos agentes públicos) e a destituição da cidadania dos indivíduos que compõem os grupos sociais estigmatizados (Cardoso de Oliveira, 2011; 2020; Lemos e Cardoso, 2022; Cardoso e Lemos, 2025).

estamos ocasionando, e não tem nada a ver com eles, que eles não têm, por obrigação, de atender, de tratar, de cuidar¹¹¹. [Kelli Luz]

Como Kelli aponta, a descredibilização é uma via de mão dupla. A SES não acredita nas mulheres; elas não confiam na SES. Os processos, porém, não se confundem. Se a Secretaria foi perdendo sua credibilidade ao longo do tempo, em razão de episódios reiterados de injustiça epistêmica, acredito que as mulheres vítimas nunca foram vistas pelas(os) profissionais da SES como sujeitos de conhecimento (Dantas, 2023a).

Esse *gap* de credibilidade traz problemas práticos. Por um lado, ele afasta as mulheres de cuidados que poderiam ser benéficos e, até, necessários. Durante as entrevistas, ouvi sobre mulheres que têm medo de buscar auxílio psicológico ou psiquiátrico na rede pública de saúde por conta de episódios negativos vividos por companheiras da Associação. Outro exemplo é a orientação, feita por Kelli no dia 20 de julho de 2022, de que as mulheres não aceitem as decisões médicas sobre a retirada do Essure via histerectomia parcial – o que pode levar ao atraso ou à não realização da cirurgia.

Do outro lado, não ouvir as mulheres significa, para a SES, não incorporar *feedbacks* importantes para o aprimoramento da política de saúde e ignorar uma fonte privilegiada de informações sobre o dispositivo, a partir da qual, inclusive, outras evidências poderiam ser produzidas e sistematizadas.

Se, como argumentam Volona Rabeharisoa, Tiago Moreira e Madeleine Akrich (2014), políticas de conhecimento são políticas de saúde, ao interpelar o Estado, as mulheres vítimas estão produzindo e oferecendo ao poder público informações sobre como a política de esterilização baseada no Essure foi efetivamente implementada. Quando protocolam reclamações na Ouvidoria do Distrito Federal, oferecem denúncias ao Ministério Público ou queixam-se diante de gestores, elas apontam falhas no funcionamento da política de saúde (Brigagão e Rodrigues, 2011) e produzem dados empíricos, que permitem visualizar o sucesso (ou o fracasso) da ação pública para além do número de procedimentos realizados ou do tamanho da fila de espera. Essas informações são evidências (Koga et al., 2022; Pinheiro, 2022; Fonseca et al., 2022) que deveriam orientar os tomadores de decisão a, durante o processo de monitoramento ou de planejamento de novas políticas, repensar as estratégias adotadas.

¹¹¹ Ao reler essa fala de Kelli, lembro das denúncias de Barbara Ehrenreich (2018) acerca do processo neoliberal de moralização das doenças e de consequente responsabilização dos indivíduos pelo adoecimento. Não tenho condições de levar adiante, neste momento da tese, a discussão sobre biopolítica, mas recomendo as reflexões iniciadas por Miriam Carvalho (2023).

Para além da dimensão da política pública, porém, acredito que, ao falar sobre suas experiências com o dispositivo, as mulheres vítimas estão produzindo conhecimento sobre o próprio Essure, sobre *o que ele é* (Dantas, 2023a). Elas ocupam uma posição epistêmica privilegiada, que não pode ser acessada no laboratório: a de quem vive com o dispositivo. Só elas são capazes de informar sobre o Essure corporificado e sobre as formas de viver com ele. Elas estão construindo, cotidianamente, aquilo que Kidd e Carel (2017) chamaram de experiência vivida da doença ou que Jeannette Pols (2023b) denominou de conhecimento da paciente.

Alinhada a uma tradição de estudos feministas sobre ciência, tecnologia e sociedade (Haraway, 1995, 2018; Prior, 2003; Oudshoorn, 2004; Harding, 2019; Sedeño et al., 2019; Santana, 2019; Fonseca, 2020; Fleischer, 2022a, 2022b; Rohden, 2025; Brandão, 2026), defendo que os saberes médicos e científicos são situados. Eles se constroem em contexto e em relação¹¹². Nesse sentido, mobilizá-los para eclipsar outras evidências legítimas não é uma postura tecnicamente rigorosa; é fazer mau uso da ciência (além de violência epistêmica, mas isso você, leitora, já sabe.)

Não quero, ao dizer isso, colocar sob suspeita o resultado dos estudos feitos conforme as metodologias consagradas no campo das ciências da saúde, nem mesmo os que dizem respeito ao Essure. O que desejo contestar é o modelo binário que coloca o conhecimento das pacientes em oposição ao rigor científico. Nesse sentido, produzir conhecimento “[...] com dignidade e com respeito às mulheres” não implica abandonar a ciência experimental ou os ensaios clínicos duplo-cego randomizados. Ao contrário. Significa insistir na construção ética e criteriosa desses estudos, sabendo que eles são vislumbres parciais, imperfeitos, situados – e, por isso mesmo, preciosos – sobre os problemas com que nos defrontamos (Haraway, 1995).

Sei que essa visão está longe de ser a predominante, apesar dos esforços e dos tensionamentos de grupos epistemicamente marginalizados. Ao escrever sobre o que tem chamado de “evidências paralelas”¹¹³ em saúde, Fabíola Rohden (2025) observa que, embora parte da comunidade médica

¹¹² Como nos alerta Hess (2015), nem sempre as relações que motivam e promovem o desenvolvimento do conhecimento científico servem a propósitos éticos ou interessados no bem-estar da população. Pesquisas no campo da inovação tecnológica, por exemplo, costumam ser financiadas por Estados ou por grandes indústrias, e movimentos da sociedade civil têm pouco ou nenhum poder de agenda sobre a produção de novos estudos.

¹¹³ “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. Consolidam-se a partir de testemunhos ou exposição pública, especialmente nas redes sociais, de trajetórias acerca de sofrimento com alguma condição física ou psíquica ou de sua melhora; uso de medicamentos (autorizados ou *off-label*) e outras substâncias e seus efeitos (esperados, inesperados, benéficos ou adversos); intervenções cirúrgicas e uso de próteses; novos tratamentos e práticas terapêuticas; e mesmo mudanças de estilo de vida (envolvendo dietas, exercícios, uso de suplementos, etc.); dentre outros processos. Evidenciam a busca pela troca de experiências, compartilhamento de informações, apoio e solidariedade, além de possivelmente, o desejo de contar, valorizar e dar sentido ao seu próprio percurso” (Rohden, 2025, p. 154). Rohden chama atenção, ainda, para o fato de que muitos movimentos de contestação à indústria farmacêutica ou favoráveis à produção de “evidências paralelas” são encabeçados por mulheres. Uma vez que o corpo tido como padrão para os estudos médico-científicos é o corpo masculino, é possível

esteja ligeiramente mais disposta a levar em consideração as evidências clínicas e as manifestações de pacientes em consultórios e nas redes sociais, seus posicionamentos institucionais não seguem esta tendência. Na concepção da autora, mesmo que possa haver supostos equívocos nas informações ou exageros nas narrativas de saúde que circulam nas redes sociais, a multiplicação de grupos de pacientes indica a existência de um fenômeno mais amplo.

Trata-se da conformação de novas maneiras de se relacionar com a administração de processos envolvendo saúde e doença que remetem a uma possível falta de consideração no campo dos cuidados em saúde, do que é percebido como um problema ou sofrimento comum e que passa a ter sentido por meio do reconhecimento e legitimação desta experiência via os encontros proporcionados nas redes sociais. Deixar de levar isso a sério pode, inclusive, implicar em uma perda de oportunidade de oferecer acesso a informações importantes e de intervenção na direção de promover um cuidado mais adequado e uma relação médico/a-paciente mais atenta e cautelosa (p. 160).

Deixar de levá-las a sério é precisamente o que as mulheres vítimas do Essure acusam a SES de fazer. Ao insistir nessa postura, as(os) profissionais da Secretaria se afastam de contribuições legítimas aos processos de oferta pública de dispositivos biomédicos e de cuidados em saúde reprodutiva. Elas(es) perdem a oportunidade de construir *com* as mulheres.

Enquanto isso, as vítimas do dispositivo seguem produzindo conhecimentos e tecendo redes de confiança, cuidados e dignidade entre si e com parceiros. Juntas, elas aprendem a ser pessoas mais vigilantes, vocais e questionadoras – como Kelli costuma falar, elas aprendem a “colocar a cara para bater”. Ela me diz que, se o episódio de racismo que sofreu acontecesse hoje, ela não ficaria mais calada. “Hoje, eu teria atitude. Naquele dia, eu não tive atitude, mas hoje eu teria atitude. Hoje, eu ia ligar assim um alerta na hora. [Diria] ‘Opa, peraí, 190 tá aqui pra ser usado, bora’”. Ela acrescenta que

[...] passei muito tempo lendo sobre o dispositivo. Buscando pessoas que tinham mais conhecimento sobre o dispositivo, sabe, pra que, quando eu entrasse de novo dentro de uma sala de reunião, as pessoas não me vissem da forma que ela [a médica racista] me viu. Nunca mais. Nunca mais. [...] Na busca por justiça, a gente buscou conhecimento. Mesmo sem formação, sem diploma, né. A gente buscou ter um conhecimento pra que a gente não... Pra que nunca mais as pessoas me olhassem com esse olhar de discriminação. [Kelli Luz]

Entender-se enquanto coletividade e construir, pouco a pouco, os caminhos do conhecimento ativista fazem com que “ser atendida” perca sua qualidade de verbo passivo. Ele se torna outras coisas: interpelar o Estado; enunciar os sofrimentos compartilhados; transmitir o conhecimento das

supor que vem daí “[...] o investimento de mulheres em dinâmicas associativas, especialmente nas redes sociais, que tentam chamar a atenção para condições pouco consideradas pela medicina ou para os efeitos negativos de processos de intervenção clínica” (2025, p. 149).

pacientes; reivindicar responsabilização; convidar outros atores a agir. Esses verbos de ação nos convidam a pensar sobre a Amveb enquanto movimento social. E é isso que vamos fazer.

5.4 Se erguer de outra forma: mobilização de mulheres vítimas do Essure, justiça epistêmica e justiça reprodutiva

Olho para a foto. Nela, uma mulher segura uma folha de papel onde se lê, em caixa alta, a sigla da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil, AMVEB. A letra V foi substituída por uma representação do sistema reprodutor feminino; um dos ovários, porém, está em uma posição atípica, virado para cima, como um punho erguido. Abaixo, a frase “SOU MAIS UMA VÍTIMA DO ESSURE!”, acompanhada de um *emoji* pesaroso.



Não lembro o nome da mulher que ocupa o centro da cena. Infelizmente, não o anotei. Ao revisitar as fotografias que tirei no dia 20 de julho de 2022, contudo, parei em sua expressão séria atrás do papel. Ela me lembra algumas das primeiras imagens que vi quando tive contato com o caso do Essure, e que são marca registrada do movimento de mulheres vítimas, no Distrito Federal, no Brasil e no mundo.

Me refiro às centenas de fotos de mulheres, geralmente deitadas em macas, recém-operadas, segurando papéis em que se lê “Livre Essure” ou “#EssureFree”. São retratos fortes, impactantes, e que costumam ser acompanhados de um relato em primeira pessoa; histórias, como as que vimos aqui, de como uma solução reprodutiva virou adoecimento físico e psíquico.

No DF, essas fotos e relatos estão concentrados na página do Instagram @vitimas_do_essure_brasil e no grupo de Facebook “vítimas do essure Brasília.(AMVEB)”¹¹⁴, os canais públicos e oficiais da Amveb. Como eles, há outros, fundados por mulheres vítimas do Essure de diferentes estados do Brasil. A criação dessas comunidades virtuais possibilitou o encontro e o acolhimento entre as mulheres, bem como a circulação de informações e o desenho de estratégias de ação. Elaine Brandão (2023a) sintetiza as ações de ativismo digital adotadas nos grupos do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Brasília.

A realização de lives pelas administradoras dos grupos no decorrer da pandemia pelo Instagram, a publicação de fotos das manifestações públicas organizadas nas principais capitais do país, a repercussão dos programas de televisão que abordaram o tema, os depoimentos pessoais que se multiplicavam nas páginas do Facebook e a publicação das fotos dos momentos da internação hospitalar após a retirada do dispositivo (com cartazes *E-free*), deitadas no leito, com trajes hospitalares (avental cirúrgico), como um troféu que se obtém após árdua luta, são um compósito/mosaico do que se veiculou nesses espaços de interação e de mobilização social. Os grupos foram mediadores de emoções, conhecimentos, apoio moral e estímulo às companheiras na perseguição tenaz do seu objetivo, ou seja, a recuperação de sua saúde. (p. 9)

As mobilizações nas redes sociais são inspiradas, em parte, pelas dinâmicas compartilhadas em grupos internacionais, nos quais se iniciaram, por exemplo, os testemunhos #EssureFree. Mas, ao reproduzir formas de se comunicar e de exibir suas próprias imagens e histórias, as mulheres brasileiras não estão apenas apostando em caminhos “seguros”, que se mostraram bem-sucedidos em outros contextos. Elas estão se somando a um movimento internacional comum, que desafia a invisibilidade à medida que agrega mais mulheres em um mesmo coro – ou em uma mesma *hashtag*¹¹⁵.

Junto a essas estratégias digitais, os grupos de brasileiras também apostam em repertórios de ação mais tradicionais, como a intermediação para que as mulheres vítimas acessem serviços de saúde¹¹⁶, a organização de manifestações de rua, o contato com parlamentares, a realização de

¹¹⁴ Ambas as páginas foram fundadas em meados de 2019. Antes disso, as mulheres do DF se comunicavam via WhatsApp ou em grupos de Facebook de outros estados. Em janeiro de 2026, a página do Instagram contava com pouco mais de 3.100 seguidoras. O grupo de Facebook, por sua vez, tinha cerca de 1.400 membros.

¹¹⁵ Em sua tese, desenvolvida na área de comunicação e semiótica, Miriam Kênia Carvalho (2023) procura explorar a simbologia e a intenção das imagens mobilizadas por mulheres vítimas do Essure nas redes sociais. Em sua visão, ao publicarem imagens com os cartazes, as mulheres “[...] deixam de ser vítimas do Essure e passam a produzir o conceito de Livre do Essure, trajetória de desenvolvimento, da resistência e libertação, que segue sem afirmação de identidades, mas com foco no comum” (p. 114). Sobre o uso de imagens sobre o Essure nas redes, ver também Carvalho e Katz (2020) e Sarmento (2022).

¹¹⁶ A intermediação acontece de várias formas. Em alguns casos, a Amveb faz parcerias com outras associações, maiores e mais estruturadas, que fornecem atendimentos médicos e exames gratuitos a pessoas que não podem pagar. Outra parte do trabalho se concentra na conversa com gestores públicos e equipes hospitalares para garantir que as mulheres recebam as consultas e o encaminhamento cirúrgico. Sobre a centralidade das práticas de intermediação para o acesso a serviços públicos, vide Roberto Pires e Juliana Miranda (2025).

reuniões com gestores públicos e a incidência no sistema de justiça, seja por meio de processos individuais e coletivos, seja via negociações mediadas pelo Ministério Público. Vimos exemplos dessa atuação neste capítulo e no anterior, e autoras como Elaine Brandão (2023a; 2023b) e Miriam Kênia Carvalho (2023) apresentam bons panoramas dessa mobilização no Rio de Janeiro e em São Paulo¹¹⁷.

Nem todas as estratégias, porém, são similares. Ao contrário do que aconteceu em outros estados, as mulheres vítimas do Distrito Federal decidiram formalizar seu trabalho por meio de uma associação. A ideia surgiu em diálogo com os advogados particulares, que sugeriram que a criação de uma organização social traria legitimidade ao movimento e permitiria que elas firmassem parcerias com entidades públicas e privadas.

Foi assim que, no dia 19 de novembro de 2020, um domingo de céu claro, dezenas de mulheres se reuniram no Parque da Cidade de Brasília para a assembleia geral de fundação da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil. Elas leram e assinaram o estatuto social (elaborado com a ajuda dos advogados), elegeram a diretoria e firmaram a ata de fundação. Tudo certinho.



Mulheres vítimas do Essure reunidas no Parque da Cidade, em novembro de 2020, para criação da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil. Imagem publicada no grupo público de Facebook “vítimas do essure Brasília.(AMVEB)”.

¹¹⁷ Sobre os movimentos internacionais, vide Sheffield (2019); Bauer e Maurette (2021); Gastel et al. (2023); Hintz e Applequist (2023); Rogan (2024).

De acordo com Kelli Luz, dentre os objetivos da Amveb, pactuados e inscritos no estatuto social, estão “acolher e orientar as mulheres quanto aos efeitos colaterais do dispositivo Essure e garantir a retirada e o acompanhamento mais humanizado para todas”.

Shely, que atualmente compõe a diretoria da associação, me explica que, para organizar melhor o trabalho, existem três grupos de WhatsApp administrados pela Amveb: um para mulheres que aguardam a retirada do dispositivo; um para as que já foram operadas; e outro exclusivo para a diretoria.

Do ano passado pra cá, a Kelli me convidou para estar mais perto, né? Assim, eu tô no grupo agora da diretoria da associação e, basicamente, o que a Amveb faz é o quê? É tentar auxiliar essas mulheres, tanto as que não retiraram ainda o dispositivo, quanto aquelas que já retiraram, no sentido de levar a informação de qualidade. Então, exemplo, pras mulheres que não retiraram, né? Eu fiquei, enquanto eu não tinha retirado ainda, eu fiquei no grupo dessas mulheres que ainda estavam com o dispositivo. Então, o que é feito? Ali, a gente, no grupo, você compartilha locais, redes de atendimento particular que tem um valor que é mais simbólico, né, mais acessível, onde você pode fazer uma ressonância, onde você pode fazer um raio-x, os exames, que são preventivos e exames necessários pra você fazer a cirurgia, de fato. Existem informações que são replicadas ali para, “ah, o que é que você precisa procurar para entrar na fila pra fazer a cirurgia?”. Então, ali você compartilha o tempo inteiro informação. Então, você compartilha a informação, “olha, eu tô sentindo tal coisa, meninas, vocês entendem isso também?” “Olha, eu comecei a perder cabelo, comecei a sentir que meus dentes estão moles”... Então, assim, o grupo, antes da cirurgia, é um grupo mesmo de ajuda, mesmo que seja online, onde você compartilha a sua dor, você às vezes fala assim: “fulana, olha, tô sem trabalhar, não tô conseguindo trabalhar porque tô sentindo muita dor”, então vamos juntar aqui, fazer uma vaquinha, vamos entregar a cesta [básica]. É um grupo de ajuda, é como se fosse uma rede de apoio de mulheres que estão na mesma situação e que, às vezes, não sabem pra quem recorrer. [...] E, no grupo pras mulheres que já fizeram a cirurgia, é ali, pra saber, “ô, como é que você tá? Como é que tá a sua procura de recuperação? Você tá bem? Olha, faz isso, faz aquilo. Vai ter reunião dia tal, a gente vai ter uma entrevista que fala a respeito do Essure, a gente assiste, olha, comenta, meninas, ô, você que já operou, traz o seu relato, vamos alimentar o Instagram, o Facebook do grupo, porque as pessoas precisam nos ouvir”... [...] é uma grande rede de apoio. E, mais especificamente na diretoria, no grupo da diretoria, o que a gente faz? A gente tenta agendar reuniões com entes do governo, do Estado, pra que a gente possa levar essa demanda, pra que eles entendam essa demanda, pra que eles possam nos ouvir e tentar, de alguma forma, fazer alguma coisa para que a gente tenha uma devolutiva do Estado a respeito dessa pequena parcela de mulheres que colocaram o dispositivo e que hoje estão com uma situação que precisa resolver, seja porque precisam retirar com urgência, seja porque retiraram, mas que precisam dar continuidade na vida e, às vezes, perderam tudo nesse processo. [...] Então, é isso que a gente tenta fazer. [Shely]

Dentre as mulheres com quem conversei, três fazem parte da atual diretoria da Amveb – Kelli, Shely e Gislaine – e dez não. Para aquelas que não integram o núcleo decisório do movimento, a associação e suas lideranças costumam ser descritas como figuras que as *ajudam* (intermediando o acesso a consultas e exames, oferecendo acolhimento, repassando informações, fornecendo auxílio material, etc.) e as *representam* politicamente (lutando, correndo atrás, buscando respostas).

A Kelli ajuda demais a gente em relação a tudo mesmo. Ela já até chegou a me doar cesta básica, porque, como meu esposo é autônomo... E ela ajuda não é só eu, é muitas pessoas. [...] Ela busca atendimento psicológico, atendimento ginecológico, nutricionista. É, um apoio

mesmo, né? Como eu te falei, quando uma família está necessitando de algo, ela está correndo atrás, ela já se junta, né? E nesse sentido aí, ajuda muito, né? [...] [Ela também está] Colocando a cara a tapa, indo na TV e tudo mais, ela já fez entrevistas... e correndo atrás aí pela gente, ela que está sendo, né, indo à frente pra gente, porque muitos são leigos, assim como eu, né? [Eliete]

Ah, elas lutam por nós, né? Assim, eu vejo na Kelli, né? Eu vou falar mais da Kelli, porque é quem eu mais converso, mas tem [também] a... acho que é Poliana. Mas, assim, elas têm lutado incansavelmente pela nossa causa, né? Mesmo pelas que já fizeram a retirada, elas têm lutado, elas têm buscado resposta, porque mesmo depois da retirada, tem meninas que ficou com sequela, né? Porque eu acho que o correto, assim... mesmo com a retirada, ainda fica resquícios do níquel dentro da gente. Teria que fazer um período de desintoxicação, tudo direitinho, mas elas têm lutado por isso, e eu me sinto bem representada por elas. [Rejane]

Eleita naquele dia, no Parque da Cidade, como presidente da Amveb, Kelli Luz segue à frente do movimento. Embora ela tome decisões junto às outras integrantes da diretoria, é fato que seu nome é a maior referência quando se fala da associação. Durante as entrevistas, me deparei com uma situação que se repetia. Mais para o final da conversa, eu sempre pedia para que as mulheres me falassem sobre o trabalho da Amveb. Elas me respondiam dizendo o que achavam de Kelli, o que Kelli fazia, como conheceram Kelli.

Quando falam sobre Kelli ou sobre alguma das outras diretoras da associação, as mulheres demonstram, claro, reconhecimento e gratidão pelo trabalho. Mas, ao descrever a Amveb na terceira pessoa, elas também expressam uma dificuldade de se reconhecer como parte ativa do movimento. “*Ela* está correndo atrás”, não nós.

É compreensível. Para muitas, engajar-se nas atividades mais “visíveis”, que acontecem fora das redes sociais, é impraticável. Participar de manifestações e reuniões demanda, no mínimo, disposição física, dinheiro para o deslocamento, rede de apoio e horários flexíveis.

Admiro o trabalho das mulheres vítimas, mas não posso romantizá-lo. No dia 20 de julho de 2022, ficou claro que as manifestantes presentes se dedicavam ao ativismo em condições precárias: Ivanise foi de fralda para conter os sangramentos; M. levou a filha pequena, que não podia ficar desacompanhada; Gislaine cochilou de exaustão, porque passara a noite no hospital com a sogra. Elas se desdobram para operar um milagre: conciliar emprego, estudos, cuidados com terceiros e, no meio de tudo isso, as demandas e os limites do próprio corpo adoecido¹¹⁸.

¹¹⁸ Miriam Carvalho (2023) nota que a maioria das mulheres vítimas que acompanhou têm renda familiar per capita inferior a um salário-mínimo. Para elas, “[...] ir para as ruas nunca foi uma missão fácil. Observamos nos grupos que sobrava energia e disposição entre as participantes, mas faltava dinheiro para o transporte, dispensa do dia de serviço, apoio para deixar os filhos, e outros empecilhos que escancaram a interseccionalidade que atravessa os corpos com útero” (p. 131).

O movimento é formado por mulheres levadas à exaustão. Para além dos encargos excessivos e das violências de gênero que habitualmente afetam ativistas mulheres – e, em especial, mulheres negras (Morais, 2020; Castro, 2021; Santos, 2023) –, as vítimas do Essure estruturam seu trabalho *a partir e apesar* de seus sintomas, de seu corpo. Pergunto para Kelli o que a inspirou a iniciar a mobilização.

Dentro dessa nossa busca, eu acho que a maior inspiração mesmo foi as nossas dores. Eu acho que não tem inspiração maior do que você querer ficar livre de algo que está te fazendo muito mal. Porque todos os dias eu levantava, aquela dor, e eu falava assim... Cara, eu vou dar fim a isso. Eu tenho que dar fim a isso. Então, eu acho que as dores me levavam a querer... Querer buscar ajuda, querer ajudar, querer, sabe? Eu acho que a maior inspiração nossa foi as dores. [...] Não teve pessoas, não teve indivíduo de inspiração. Teve as nossas dores. A vontade de ficar livre, de você conseguir dormir uma noite sem sentir dor. De você conseguir ter relação sexual sem doer. De você voltar a ter uma vida ativa, sexual, boa. De você conseguir parar de sangrar. [...]

Então, assim, hoje, o interesse foi justamente por isso. Eu tive o interesse. É uma inspiração pra mim, né? A dor nos fez ter inspirações que você nunca nem imaginava que teria. Nunca imaginei que eu ia voltar a estudar, né. De querer correr atrás de algo assim. Que, aos olhos de muitas, é assim “ah, muito desgastante, não quero isso não”. Então, assim, um sentimento que eu tenho é de que a minha dor me fez ter inspiração. E outras meninas que estão dentro da diretoria têm também, né? Ainda bem. Ainda bem que elas têm. Porque se a gente tivesse todo o sentimento dos outros de “ah, não vai dar em nada”, “ah, deixa pra lá”, a gente não estaria mais aqui. Não teria esse movimento. Então, eu vejo a importância disso. Até mesmo que a dor nos fez... se erguer de uma outra forma. [Kelli Luz]

Bruno de Paula e Igor Santana (2021) apontam que corpos portadores de enfermidades costumam ser vistos como incapazes e passivos. Isso está longe de ser verdade, porém, para pessoas que fazem parte do que se tem chamado, de forma genérica, de organizações ou grupos de pacientes (Epstein, 1995; Brown et al., 2004; Lupton, 2013; Rabeharisoa, Moreira e Akrich, 2014; Romero-Bachiller, García-Dauder e Santoro, 2018). De modo geral, grupos de pacientes são coletivos ativistas voltados ao auxílio e/ou à defesa de direitos e interesses de pessoas que compartilham de uma mesma condição física¹¹⁹. Paula e Santana (2021) apontam que um traço distintivo destes grupos é a centralidade do corpo e de suas condições biológicas. Nesse sentido, o ativismo ocorre não tanto por afinidades político-ideológicas¹²⁰, mas por condições corpóreas particulares, dolorosas, urgentes – e

¹¹⁹ Inspirados no trabalho de Nikolas Rose (2007), Paula e Santana (2021) mobilizam uma categoria similar, a de biossociabilidade. Embora prefira me ater, neste momento, à categoria mais difundida (grupos de pacientes), acredito que a biossociabilidade também poderia ser acionada para discutir o caso das mulheres vítimas do Essure: “As relações sociotécnicas analisadas a partir do conceito de ‘biossociabilidade’ decorrem precisamente da ação coletiva de indivíduos somáticos, bem como de suas famílias, que articulam uma rede mais abrangente capaz de envolver especialistas como médicos, geneticistas, bioquímicos, além de laboratórios, indústrias farmacêuticas, instituições políticas etc. Indivíduos que consumam sua presença na esfera pública através de suas experiências corporais associadas às suas doenças, que não poderiam distinguir suas condições físico-biológicas das suas atuações políticas, jurídicas, econômicas e sociais” (Paula e Santana, 2021, p. 6). Na mesma linha, também pode ser interessante explorar, no futuro, as interseções entre a ação das vítimas do Essure e a noção de bioativismo científico (Castro, 2018).

¹²⁰ A manifestação de 2022 permitiu notar que, dentro da associação, as mulheres se alinham a diferentes espectros políticos. Vários episódios me levam a achar, porém, que a maioria delas – ou, pelo menos, a maior parte da diretoria da Amveb – se consideram mulheres conservadoras, mais alinhadas à direita. Sinal disso é a rejeição diante de minha

que, como os sintomas decorrentes do Essure, podem ser invisíveis. Por conta disso, as mobilizações de pacientes costumam alinhar a luta pelo reconhecimento de suas excepcionalidades a reivindicações de acesso a serviços de saúde, renda ou assistência social, em uma dinâmica que une demandas por redistribuição e por reconhecimento (Fraser e Honneth, 2004).

Os autores acrescentam que, na busca de garantir sua cidadania, os grupos de pacientes dedicam grande parte de seus esforços à dimensão da informação.

Se para um cidadão convencional abster-se do engajamento político ou da busca por conhecimento sobre o mundo que o rodeia é uma ocorrência comum, para o indivíduo somático essa alienação pode se apresentar como uma ameaça. Isso porque sua própria vida biológica depende das suas constantes buscas de informações, do acompanhamento de projetos científicos que de alguma forma dizem respeito às suas condições, da atenção às legislações, políticas e órgãos que controlam e influenciam a aprovação ou alterações de medicamentos referentes às suas doenças, entre outras atividades já mencionadas. (Paula e Santana, 2021, p. 13)

Esse constante monitorar, reunir, produzir e processar informações a respeito de sua própria condição de saúde leva vários grupos de pacientes a mudar sua relação com o campo científico biomédico. Em alguns casos, como apontam Volona Rabeharisoa, Tiago Moreira e Madeleine Akrich (2014), as(os) pacientes especializam-se a tal ponto em suas condições que se tornam “experts leigas(os)” com grande credibilidade pública. Em outros, há uma aproximação entre pacientes e pesquisadoras(es), de forma que aquelas colaborem com a produção dos estudos – fornecendo material genético, respondendo a formulários e entrevistas, convocando outras(os) doentes para participar, etc. Pesquisadores como Carmen Romero-Bachiller, S. García-Dauder e Pablo Santoro (2018) têm falado, inclusive, sobre cenários em que a receptividade de profissionais da saúde à incorporação dos conhecimentos experienciais e leigos das(os) pacientes está transformando as ciências biomédicas e produzindo uma “pluralização epistêmica”.

Dispensável dizer que isso não tem acontecido com o caso Essure. Ao menos no Distrito Federal, estamos mais próximos de um contexto político e biomédico impermeável aos conhecimentos das pacientes, a ponto de elas estabelecerem um tensionamento epistêmico com as autoridades médico-científicas e investirem na produção de “evidências paralelas” (Rohden, 2025) para fazer frente às injustiças sofridas.

pergunta sobre o trabalho da associação poder ser considerado feminista. Uma das coisas que mais me mobilizou, ao longo dos últimos anos da pesquisa, foi, sem dúvidas, pensar sobre a relação dessas mulheres com o feminismo. Lamento muito não ter encontrado o tempo, a energia e o espaço para trazer essa discussão para a tese, mas espero me dedicar a ela em outras publicações, em breve.

Existem muitas formas de descrever o movimento social¹²¹ de vítimas do Essure. Uma delas é mais ou menos assim: ele é um grupo de pacientes engajado na defesa de direitos e interesses das mulheres vítimas do Essure; na produção de conhecimento sobre as condições de saúde e de vida dessas mulheres; e na busca por justiça epistêmica.

Parece bom, mas ainda há algo faltando, algo que preciso resgatar do (capítulo) passado. Me refiro à classificação da Amveb enquanto um movimento por justiça reprodutiva. Como discuti no capítulo 4, para além das demandas apresentadas na esfera judicial, a Amveb tem procurado garantir acesso a outros serviços de saúde, como atendimento psicológico e odontológico, e amparo financeiro para as mulheres vítimas, tanto pela oferta direta (de dinheiro, cestas básicas, passagens de ônibus, etc.) quanto pela organização de cursos profissionalizantes. A preocupação de Kelli e de suas companheiras ultrapassa a dimensão da saúde física; ela também atinge a esfera da vulnerabilidade social.

Como vimos, a justiça reprodutiva associa teoria social crítica a práticas de cuidado e resistência de grupos sociais vulnerabilizados, sobretudo mulheres negras, latinas e asiáticas. Ela também funciona, como indica Loretta Ross (2017), como uma categoria-chave para aliar a interseccionalidade a demandas por direitos sociais.

Quando comecei meu doutorado, em 2022, eu suspeitava fortemente que a justiça reprodutiva seria um caminho profícuo para entender o trabalho das mulheres vítimas do Essure. Hoje, já não tenho dúvidas. Mas, enquanto trabalhava na pesquisa e explorava mais a fundo as dimensões epistêmicas do conflito em torno do Essure (algo que, inicialmente, não estava no radar), uma constatação específica me surpreendeu: os trabalhos sobre justiça reprodutiva raramente abordam explicitamente as dimensões da justiça epistêmica e vice-versa.

Não estou dizendo que esses campos de conhecimento estejam alheios às discussões um do outro. A dimensão epistêmica sempre esteve presente na justiça reprodutiva, desde a valorização do conhecimento desenvolvido por mulheres negras em sua práxis social até o empenho na construção de um corpo teórico próprio (Ross, 2017). Também são vários os exemplos em que as categorias de injustiça epistêmica foram usadas para falar sobre fenômenos ligados à sexualidade e à reprodução (Bell, 2014; Narruhn e Clark, 2019; Davis, 2019; Gabriel e Santos, 2020; Rekers, 2022; Ferrer, 2023).

¹²¹ A descrição já começa, na verdade, pelo enquadramento enquanto movimento social. Estou partindo, para isso, do conceito de David Snow e colegas (2019), para quem movimentos sociais são “[...] coletividades atuando com algum grau de organização e continuidade, fora dos canais institucionais ou organizacionais, com o propósito de desafiar ou defender autoridades existentes, institucionais ou culturais, no grupo, organização, sociedade, cultura ou ordem mundial da qual fazem parte” (p. 10, tradução própria).

Minha surpresa vem, talvez, do fato de que a justiça epistêmica e a justiça reprodutiva não sejam tratadas, mais comumente, como lutas entrelaçadas, como noções-irmãs. Isso não é um erro ou uma lacuna nos trabalhos, claro, mas gostaria de propor que, enquanto defensoras dos princípios da justiça reprodutiva, podemos nos beneficiar da incorporação da justiça epistêmica com maior frequência.

Esse movimento faria sentido, primeiramente, porque as duas categorias explicitam, de forma similar, relações de poder e dinâmicas de opressão que afetam desproporcionalmente mulheres, pessoas negras, pessoas LGBTQIAPN+, populações periféricas, de baixa renda e de baixa escolaridade.

Em segundo lugar, creio que as reflexões próprias ao campo da (in)justiça epistêmica ajudam a explicar, em parte, a perpetuação de injustiças reprodutivas. Mulheres que têm suas vidas reprodutivas mais controladas são as que possuem menos poder epistêmico¹²². A negação de credibilidade impõe limitações a suas vidas reprodutivas antes mesmo que elas cheguem às unidades de saúde: as impede de explicitar seus desejos (por ter ou não filhos, e como, e quando), de negociar esquemas de cuidado, de receber o método de contracepção que elas consideram mais adequado, de questionar profissionais de saúde sobre o tratamento recomendado, de solicitar a interrupção de medicamentos ou a remoção de dispositivos de seus corpos, e daí por diante. O Essure é só um dos vários exemplos que poderíamos acionar para falar sobre como essas dinâmicas se cruzam¹²³.

Por fim, acredito que, ao fortalecer as redes de resistência e cuidados entre pessoas subalternizadas, a justiça reprodutiva oferece caminhos para enfrentar injustiças epistêmicas e para reivindicar credibilidade pública. Nessa compreensão, me somo a Loretta Ross.

Ativistas por justiça reprodutiva desafiam os obstáculos que desvalorizam os saberes que emanam de nossas esferas silenciadas e desprivilegiadas. Para responder à pergunta de [Gayatri] Spivak sobre se o subalterno pode falar, como uma ativista por justiça reprodutiva, sugiro começar por outro ponto: por que permanecer na posição subalterna em primeiro lugar? É, por definição, um lugar de desempoderamento a partir do qual se pode reivindicar voz e conhecimento. Embora não neguemos as forças objetivas da subordinação, podemos escolher se aceitamos os limites epistemológicos de um espaço subalterno. Temos opções

¹²² Romina Rekers (2022) argumenta que, se as mulheres dispõem de menor credibilidade em sociedades patriarcais, a injustiça epistêmica testemunhal pode ter um caráter estrutural. Nesse sentido, ela constituiria uma ameaça aos direitos reprodutivos em praticamente qualquer situação, já que as mulheres estariam em posição de vulnerabilidade independentemente da probabilidade de sofrerem uma violação real da autonomia sexual, simplesmente por serem menos críveis.

¹²³ Estou me referindo a atendimentos em unidades de saúde, mas acho que as correlações vão muito além. A título de exemplo, a desconsideração de saberes tradicionais, uma clara forma de injustiça epistêmica, afeta como mulheres indígenas, ribeirinhas, ciganas e de terreiro podem usufruir de seus territórios e criar seus filhos em segurança.

sobre como acumular e usar nosso poder para desafiar a desvalorização e a objetificação. (Ross, 2017, p. 305, tradução própria)

Foi a partir desse lugar de subalternidade que as mulheres vítimas do Essure resolveram fazer frente ao silenciamento e rejeitar os limites epistêmicos de um espaço subalterno. É uma força que está na coletividade. Kelli me fala sobre seu processo de transformação pessoal, da compreensão de si enquanto sujeito coletivo.

Não é somente eu ficar bem e esquecer quem ainda está mal. Isso me tirou de uma caixinha de um individualismo, sabe? De que é a minha saúde, eu estou correndo atrás da minha saúde, do meu e o meu e pronto, acabou. E não, quando eu comecei, o meu passou a ser nosso. Não estava mais só o meu. Estava o nosso. Estavam as nossas dores. Minhas dores se tornaram as nossas dores. Minhas buscas se tornaram as nossas buscas. A minha justiça se tornou a nossa justiça. Então, quando eu me vi nessa situação, eu falei: não tem como eu ficar bem e ir embora, e deixar quem não tinha instrução. Eu tinha o meu segundo grau, mas eu não tinha a instrução. Mas eu tinha um pouco de conhecimento que muitas não tinham. [...]
Então, hoje, a minha formação [graduação em serviço social], hoje, é justamente por isso, sabe? Por lutar por... Que haja essa conscientização de que a classe menos favorecida não é uma classe desqualificada de tudo, não. Porque é assim que eles nos veem, né? Então, o que é de menos, o que é pouco, fica para essa classe. E não é assim, sabe? Não é assim. Acho que a gente tem muito que mudar em políticas públicas. Tem muito que ser refeito, que ser pensado, que ser mudado, que as pessoas comecem a ver as pessoas de uma forma diferente. [Kelli Luz]

Diante disso, vou fazer uma segunda (e última) tentativa de descrever o movimento encabeçado pela Amveb: ele é um grupo de pacientes engajado na luta por justiça reprodutiva e epistêmica, a partir da defesa de direitos e interesses das mulheres vítimas do Essure; da produção de conhecimento sobre as condições de saúde e de vida dessas mulheres; e da criação de uma comunidade de acolhimento e cuidados.

Essa é apenas uma forma possível de descrever o movimento de vítimas do Essure¹²⁴. Existem várias outras. As próprias mulheres oferecem seus enquadramentos e definições. Na visão de Kelli, a Amveb é uma mobilização no campo da saúde pública. Segundo Shely, o trabalho da associação é de “acolhimento e de cunho social”. Já para Rejane, a disputa que elas levam adiante está “[...] no direito das mulheres. No direito da saúde. No direito de obter respostas. No direito de ser vistas”.

As classificações estão sempre em aberto. Com ou sem elas, o movimento segue. No dia 28 de setembro de 2022, poucos meses depois da manifestação que abre este capítulo, Kelli me mandou uma mensagem no WhatsApp para informar que alguns hospitais particulares entraram em contato

¹²⁴ Não tenho certeza de para que serve uma classificação como essa. Talvez seja um conforto analítico para a pesquisadora – ela precisa. Há outra hipótese, porém, que gostaria de explorar com mais atenção em outra oportunidade. Usar essa classificação, tão longa e cheia de elementos, talvez possa ser um caminho para complexificar as categorias clássicas sobre movimentos políticos/sociais, chamando atenção para elementos que costumam ser negligenciados nessa literatura, como os corpos (sobretudo femininos) e as comunidades de cuidado (sobretudo as famílias).

com mulheres vítimas para agendar cirurgias de retirada do Essure. Essa demanda havia sido apresentada à secretária de saúde por ela e suas colegas em uma reunião – que só foi marcada por conta da manifestação. É um pequeno avanço, elas sabem. Mas Gislaine me diz.

Mesmo assim, nossa luta está longe de acabar. Ainda hoje, não recebemos a atenção que deveríamos. O descaso da Secretaria de Saúde persiste, e muitas de nós continuam sofrendo, física e emocionalmente. O que nos mantém de pé é a força coletiva, a certeza de que não estamos sozinhas e de que nossa dor é real.

Seguimos lutando por respeito, por cuidado, por dignidade e, acima de tudo, pelo direito de sermos acreditadas. [Gislaine]

Kelli, Gislaine, Shely, todas seguem exaustas. Elas ainda estão, como as outras mulheres vítimas do Essure, buscando reestabelecer a saúde física e a vida social que lhes foram tomadas pelo dispositivo. As mulheres que tentam se reerguer, porém, já não são mais as mesmas. A atuação na associação deu a elas uma nova comunidade à qual pertencer e uma inesperada força para incidir na esfera pública. Como o coro¹²⁵ de Saidiya Hartman, na epígrafe deste capítulo, elas repetem: “*Como posso viver assim? Quero ser livre. Fique firme.*”

¹²⁵ Hartman (2022) nos lembra que “[...] a etimologia grega da palavra coro remete ao ato de dançar dentro de um espaço cercado. O que articula melhor a longa história de luta, a prática incessante do radicalismo negro e da recusa, o tumulto e a revolta da franca rebelião do que os atos de colaboração e improvisado que se desdobram dentro de um espaço cercado? [...] O coro impulsiona a mudança. É uma incubadora de possibilidade, um conjunto que sustenta os sonhos de algo diferente” (p. 364).

Considerações finais

No primeiro capítulo desta tese, eu disse que escreveria inspirada (humilde e livremente) por algumas autoras, em particular Svetlana Aleksievitch, Cristina Rivera Garza e Saidyia Hartman. Todas elas têm, em comum, a capacidade de descrever literariamente a vida real, de ancorar sua arte naquilo que existiu. Gostaria de terminar, porém, referenciando um gênero inteiramente diferente.

Em um texto clássico, Ursula K. Le Guin (1986), escritora e brilhante ensaísta, nos propõe um exercício de reflexão sobre a ficção científica. Tentemos pensar neste gênero, ela diz, não como uma “mitologia da tecnologia moderna”, uma história de Heróis com H maiúsculo, mas como uma tentativa de descrever o que realmente está acontecendo, de entender o que as pessoas fazem e sentem, como se relacionam. Se nos afastarmos do heroísmo e olharmos para aquilo que se move sem estrondos – Ursula alerta –, descobriremos, no meio de tantas coisas, a ação corriqueira e fundamental das mulheres.

É fácil transformarmos inovações biomédicas em promessas. Quando o Essure surgiu, entre histeroscópios e coelhas dissecadas, deve ter sido tentador imaginá-lo como um triunfo. Talvez os cientistas que criaram o dispositivo sonhassem com sua circulação por hospitais, consultórios médicos, universidades, arrancando louvores e boas palavras por onde passasse. Pode ser que imaginassem as mulheres submetidas à técnica revolucionária dando depoimentos comoventes sobre como o contraceptivo permitiu que elas tivessem uma vida mais livre e despreocupada.

Divago, mas sei que esse devaneio não está tão longe da realidade. Até que as mulheres vítimas comessem a divulgar massivamente suas histórias, a trajetória do Essure era notável, ascendente – uma promessa com ar de heroísmo. Somos, afinal, apegados aos mitos da tecnologia moderna.

Ao longo deste trabalho, tentei fazer um trabalho acadêmico como Ursula K. Le Guin faz suas histórias de ficção científica: observando, descrevendo, procurando entender as relações entre as pessoas – produzindo um texto menos mitológico do que realista. O que surge desse esforço é “um estranho realismo”, Ursula diz, “mas é uma estranha realidade”.

Iniciei este texto apresentando os métodos e os primeiros passos da pesquisa. De lá para cá, passamos pela trama de histórias que mantêm unidas as mulheres vítimas do Essure; pela trajetória social do dispositivo; e pelas relações que movimentam processos judiciais e tensionam a esfera pública para conseguir avanços administrativos.

Algumas reflexões se destacam nesse caminho e nos ajudam a responder as perguntas de pesquisa que abrem a tese. A primeira delas é que as mulheres são agentes centrais em toda a história do dispositivo. Elas participaram do processo de testagem, aprovação e circulação do Essure e, quando começaram a apresentar sintomas, provocaram as instituições de vigilância sanitária e mobilizaram a opinião pública, levando ao fim da comercialização do produto.

No Distrito Federal, vimos que essas mulheres têm um perfil específico: elas são mães, periféricas, de baixa renda e, em grande parte, negras. Porque a maternidade delas é estruturalmente considerada indesejável, os riscos da inserção do Essure foram negligenciados e o acompanhamento continuado não foi previsto pela Secretaria de Saúde.

O grupo social ao qual pertencem as vítimas também é determinante para o (baixo) grau de credibilidade que elas recebem na esfera pública. Expus vários episódios de *gaslighting* médico e de injustiça epistêmica testemunhal cometidos contra as mulheres por profissionais de saúde e gestoras(es) da SES. Indo além, afirmei que elas são afetadas pela injustiça epistêmica hermenêutica, uma vez que os saberes biomédicos detêm a hegemonia dos debates públicos sobre o Essure, associando a percepção das mulheres a uma postura “anticientífica”.

Como notamos, essa descridibilização afeta diretamente o resultado das ações que demandam a retirada cirúrgica do dispositivo e a indenização dos danos causados. Embora as profissionais do MPDFT e da DPDF tenham sido aliadas importantes das mulheres, tanto para legitimar a identidade de *vítimas* quanto para obter avanços judiciais e administrativos, a maior parte das magistradas(os) do TJDF se alinham à posição, sustentada pela Bayer e pela SES, de que o Essure é um método eficaz e seguro.

A injustiça epistêmica tem efeitos perversos, ainda, para as políticas de saúde. Ao desconsiderar os relatos produzidos pelas usuárias do dispositivo, observamos que a SES deixa de incorporar *feedbacks* importantes para o aprimoramento das políticas de contracepção e ignora o conhecimento sobre o dispositivo corporificado – que não é propriamente científico, mas que pode e deve informar a ciência sobre artefatos biomédicos.

Diante disso, acompanhamos a criação da Amveb, organização que tem nutrido uma comunidade de acolhimento e cuidados, defendido os direitos e interesses das vítimas do Essure e tensionado a credibilidade epistêmica da SES. Propus descrever esse movimento – dentre as tantas formas possíveis – como um grupo de pacientes engajado na luta por justiça reprodutiva e epistêmica. A partir disso, refleti que, enquanto defensoras da justiça reprodutiva, podemos nos beneficiar, com mais frequência, da incorporação da justiça epistêmica em nossas análises.

Uma palavra me acompanhou ao longo de todo este trabalho e, embora a ache essencial para contar a história que estamos terminando de ler, receio que não consegui dar uma dimensão clara para tudo que ela representa. “Incerteza”. A acionei para falar sobre o conhecimento médico-científico a respeito dos efeitos produzidos pelo Essure no corpo, mas a verdade é que ela se espalha por todos os lugares para onde olhamos, das UBSs aos tribunais de justiça. Ela também anda comigo enquanto escrevo; me balança diante de afirmações categóricas, apaga meus parágrafos, provoca outras perguntas.

Diante de tudo que não sabemos – e da perspectiva de que as convicções podem nunca se firmar –, como pensar políticas atentas e cuidadosas com as mulheres? Como ouvi-las melhor? Como incorporar seu conhecimento vivido àquilo que entendemos como ciência, medicina e direito?

Das poucas certezas que tenho, uma é a de que devemos seguir com essas questões. A outra é a de que nossos contextos de pesquisa são sempre maiores, mais complexos e mais interessantes que nossas teses. Se queremos avançar na reflexão, ainda há muito a dialogar, e muito a aprender, com as mulheres vítimas do Essure.

Também podemos aprender olhando para outros atores. Optei por não me aprofundar nisso neste momento, mas gostaria de, adiante, conversar com profissionais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, tanto gestoras(es) que acompanharam o caso Essure como médicas(os), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem que atenderam vítimas do dispositivo. Acabei focando em experiências violentas narradas pelas mulheres, mas há registros de bom cuidado que merecem mais atenção.

Outra parte que merece atenção é a Bayer. Por conta das entrevistas, sei que a empresa acompanha os processos judiciais ligados ao Essure, e é fato que ela tem grande influência econômica – o que pode afetar decisões públicas. Os rastros deixados pela companhia são, contudo, difíceis de seguir.

Futuras pesquisas podem se dedicar a essa exploração ou, ainda, investigar a ação das vítimas do Essure em outras unidades da federação. Pouco foi descrito, por exemplo, sobre a mobilização de mulheres em Pernambuco, no Paraná, no Pará, em Tocantins e em São Paulo, estados que adquiriram entre 42 e 2.479 kits do dispositivo.

As investigações sobre o Essure e sobre os corpos que vivem com ele estão só começando. Em breve, Kelli Luz, presidente da Associação de Mulheres Vítimas do Essure Brasil, vai apresentar seu TCC em serviço social, falando sobre sua experiência com o dispositivo. Nós, cientistas, vamos aprender muito com seu trabalho.

A despeito de sua imensa capacidade de imaginar mundos melhores que os nossos – coisa de que andamos sempre precisando –, Ursula K. Le Guin não era uma pessoa teísta. Eu também não sou, mas fiquei muito feliz com algo que Kelli, que é uma mulher evangélica, me disse em nossa última entrevista. “Que sua tese seja um canal de bênçãos sobre as nossas vidas, sobre a nossa luta. Que você tenha bastante sabedoria para escrever e levar isso à frente. E que as pessoas leiam e tenham interesse em saber sobre essa luta, sobre essa história, sobre essa guerra”.

Que seja uma guerra sem heróis.

Amém.

Referências bibliográficas

AKRICH, Madeleine. Como descrever os objetos técnicos? *Boletim Campineiro de Geografia*, v.4, n.1, p. 161-182, 2014.

_____. *A guerra não tem rosto de mulher*. Tradução de Cecília Rosas. São Paulo: Companhia das Letras, 2016b.

_____. *As últimas testemunhas*. Tradução de Cecília Rosas. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

_____. *Meninos de zinco*. Tradução de Cecília Rosas. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

_____. *O fim do homem soviético*. Tradução: Lucas Simone. São Paulo: Companhia das Letras, 2016c.

_____. *Vozes de Tchernóbil*: a história oral do desastre nuclear. Tradução: Sônia Branco. São Paulo: Companhia das Letras, 2016a.

ANJOS, Anna Beatriz. Dispositivo da Bayer que prometia esterilizar mulheres sem cirurgia fez dezenas de vítimas no Brasil. *Agência Pública*. São Paulo, 2018. Publicado em: 26 nov. 2018. Disponível em: <https://apublica.org/2018/11/dispositivo-da-bayer-que-prometia-esterilizar-mulheres-sem-cirurgia-fez-dezenas-de-vitimas-no-brasil/>. Acesso em 19 out. 2025.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Alerta 1869*. 2016a. Disponível em: https://antigo.anvisa.gov.br/pt_BR/informacoes-tecnicas13?p_p_id=101_INSTANCE_R6VaZWsQDDzS&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_INSTANCE_R6VaZWsQDDzS_groupId=33868&_101_INSTANCE_R6VaZWsQDDzS_urlTitle=alerta-1869&_101_INSTANCE_R6VaZWsQDDzS_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_R6VaZWsQDDzS_assetEntryId=2744198&_101_INSTANCE_R6VaZWsQDDzS_type=content. Acesso em 07 nov. 2025.

_____. *Alerta 1908*. 2016b. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/sistec/Alerta/RelatorioAlerta.asp?NomeColuna=CO_SEQ_ALERTA&Parametro=1908. Acesso em 07 nov. 2025.

_____. *Alerta 2208*. 2017d. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/sistec/alerta/RelatorioAlerta.asp?NomeColuna=CO_SEQ_ALERTA&Parametro=2208. Acesso em 07 nov. 2025.

_____. *Gerenciamento de risco de produtos para saúde na regulação sanitária*. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.leb.usp.br/PTC3570/Gerenciamento%20de%20Risco-ANVISA.pdf>. Acesso em 02 out. 2025.

_____. *Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa, 2017a.

_____. *Nota técnica – Suspensão da importação, comercialização, distribuição e divulgação do dispositivo de contracepção permanente Essure®*. 2017c. Disponível em: <https://antigo.anvisa.gov.br/documents/219201/2782895/Nota+Tecnica+Anvisa+ESSURE/aaaa72db-ddc3-412e-b7ce-2fb4d35e7957>. Acesso em 07 nov. 2025.

_____. *Portaria – PRT nº 53, de 27 de janeiro de 2021*. Define o procedimento para o fornecimento de cópia de documentos e vista de autos no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária -

Anvisa, incluindo algumas definições, o procedimento para requerimento de cópia de documentos ou autos de processo administrativo, os recursos, os prazos e anexo do modelo de recibo de entrega de cópia de documentos. Disponível em: <https://bibliotecadigital.anvisa.gov.br/jspui/handle/anvisa/415>. Acesso em 02 out. 2025.

_____. *Regulamentação Anvisa/MS em produtos para saúde aplicada a equipamentos terapêuticos e de diagnóstico a laser*. Brasília, sem data (sd). Disponível em: <http://www.sitedoconsumidor.gov.br/painelsetorial/palestras/RegulAnvisa.pdf>. Acesso em 02 out. 2025.

_____. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001*. Aprova o Regulamento Técnico que consta no anexo desta Resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0185_22_10_2001.pdf. Acesso em 02 out. 2025.

_____. *Resolução nº 305, de 30 de janeiro de 2009*. Dispõe sobre requisitos para fabricação, comercialização, importação e exposição ao uso de dispositivos médicos personalizados. Diário Oficial da União -- Suplemento ANVISA, 2 fev. 2009, ed. 22, p. 67. Brasília, 2009.

_____. *Resolução-RE nº 457, de 17 de fevereiro de 2017*. 2017b. Disponível em: <https://antigo.anvisa.gov.br/documents/33868/3280506/RE/67cc2b2a-30aa-4632-9fb1-5092b9879826>. Acesso em 07 nov. 2025.

AQUINO, Luseni Maria Cordeiro de. Do conflito ao litígio: em busca de justiça no Sistema Interamericano de Direitos Humanos. 2020. 346f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

ASIAN COMMUNITIES FOR REPRODUCTIVE JUSTICE – ACRJ. *Winning reproductive justice: contributions to policy change from the reproductive justice movement*. California, 2008. Disponível em: <https://wearefre.org/docman/rj-toolkit-documents-1/7-winning-reproductive-justice-contributions-to-policy-change-from-the-reproductive-justice-movement/file>. Acesso em 04 mar. 2026.

AU, Larry; CAPOTESCU, Cristian; EYAL, Gil; FINESTONE, Gabrielle. Long covid and medical gaslighting: Dismissal, delayed diagnosis, and deferred treatment. *SSM – Qualitative Research in Health*, v. 2, 2022.

AUDIÊNCIA Pública Remota – Vítimas do Essure – 26/04/2021. YouTube. Publicado por TV Câmara Distrital, Brasília, 26 abr. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jMtBBGHY3xE>. Acesso em 07 jan. 2026.

BAILEY, Alison. On Gaslighting and Epistemic Injustice: Editor's Introduction. *Hypatia*, v. 35, p. 667–673, 2020.

BALTUS, Tanja; BROWN, James; MAHMOUD, Imad. *Delayed systemic allergic dermatitis following Essure insert: a case report*. Case Rep Womens Health, v. 20, 2018.

BARNES, Elizabeth. Trust, Distrust, and 'Medical Gaslighting'. *The Philosophical Quarterly*, v. 73, n. 3, p. 649–676, 2023.

BATISTA, Sandro Rodrigues; VILARINS, Geisa Cristina Modesto; LIMA, Mirlene Guedes de; SILVEIRA, Talita Braga. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, 2019.

BAUER, Delphine; MAURETTE, Jacqueline. *Au mépris du corps des femmes: le scandale des implants Essure*. Paris: Éditions de l'Atelier, 2021.

BAYER CONCORDA em comprar Conceptus por US\$ 1,1 bi. *Estadão*, 2013. Publicado em: 29 abr. 2013. Disponível em: https://www.estadao.com.br/economia/negocios/bayer-concorda-em-comprar-conceptus-por-us-1-1-bi/?srsltid=AfmBOoqoxicjRfDdVH6x4XKWntYNo5gmD8Pjc-xDIw3z0_4qMzIBfplA. Acesso em 27 out. 2025.

BAYER TO BUY contraceptive firm Conceptus. *BBC*, 2013. Publicado em: 29 abr. 2013. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/business-22336625>. Acesso em 27 out. 2025.

BAYER TO END non-US sales of Essure, a contested sterilisation implant. *France 24*. Publicado em 18 set. 2017. Disponível em: <https://www.france24.com/en/20170918-bayer-end-non-us-sales-essure-contested-sterilisation-implant>. Acesso em 09 nov. 2025.

BAYER. *Bayer Fact Checks Netflix's The Bleeding Edge*. Publicado em 27 jul. 2018. 2018d. Disponível em: <https://www.bayer.com/en/us/essure-information>. Acesso em 06 nov. 2025.

_____. *Essure Confirmation Test*. A guideline for healthcare professionals. 2018a. Disponível em: https://www.essuremedicalresources.com/sites/g/files/vrxlpx9621/files/2020-10/08-Essure_Confirmation_Test_Guide.pdf. Acesso em 27 out. 2025.

_____. *Essure Variance E2020002 Final Analysis Report (01-JUN-2020 to 31-MAR-2021)*. Washington: Bayer, 2021. Disponível em: <https://www.bayer.com/en/us/essure-information>. Acesso em 02 nov. 2025.

_____. *News Release – Bayer to voluntarily discontinue U.S. sales of Essure at end of 2018 for business reasons*. 2018b. Disponível em: <https://www.bayer.com/en/us/essure-information>. Acesso em 06 nov. 2025.

_____. *Your Complete Guide to the Essure Procedure™*. 2018b. Disponível em: https://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/essure_pib_en.pdf. Acesso em 06 nov. 2025.

BECK, Ulrich. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Editora 34, 2011.

BELL, Karen. Exploring Epistemic Injustice Through Feminist Social Work Research. *Journal of Women and Social Work*, v. 29, n. 2, p. 165-177, 2014.

BELLE ISLE, Jay W. Essure Loses Commercial License in European Union. *Legal Reader*. 2017. Publicado em 17 ago. 2017. Disponível em: <https://www.legalreader.com/essure-loses-commercial-license-in-european-union/>. Acesso em 09 nov. 2025.

BERMUDEZ-GONZALEZ, Mónica; SANTA-MARIA-ORTIZ, Johana Karín; GARCIA-LAVANDEIRA, Sandra ; VARILLAS-DEL RIO, Carmen. Surgical removal of the Essure device as a response to pelvic pain: case series. *Ginecol. obstet. Méx.*, vol. 87, n. 6, p. 362-367, 2019.

BHAKUNI, Himani. Reproductive justice: non-interference or non-domination?. *Developing World Bioethics*, v. 23, p. 93-99, 2023.

BIDEAU, Mathilde; RATHAT, Gauthier; FRANCINI, Sarah; RANISAVLJEVIC, Noemie; CROCHET, Patrice; COMPAN, Clara; DUFLOS, Claire; DURAES, Martha. Long-term quality of life after surgical Essure removal for device-attributed symptoms. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Amsterdam, v. 280, p. 138-143, 2023.

BLOCK, Jennifer. The battle over Essure. *Washington Post*. 2017. Publicado em: 26 jul. 2017. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/sf/style/2017/07/26/essure/>. Acesso em 29 set. 2025.

BORGES, Lanna. Comissão debate o atendimento às vítimas do contraceptivo Essure no Brasil. Câmara dos Deputados. Brasília, 17 ago. 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cmulher/noticias/comissao-debate-o-atendimento-as-vitimas-do-contraceptivo-essure-no-brasil>. Acesso em 13 jan. 2026.

BRADY, Kate. Bayer responde a processo por pílula Yasminelle. *DW*. 2015. Publicado em: 17 dez. 2015. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/bayer-responde-a-processo-por-p%C3%ADlula-yasminelle/a-18925383>. Acesso em 27 out. 2025.

BRANDÃO, Elaine Reis. E-sisters: irmandade digital entre corpos-sujeitos para retirada do dispositivo de esterilização Essure®. *Antropolítica*, v. 55, n. 3, e56526, 2023a.

_____. Indignação, impotência e engajamento. Notas sobre desafios à pesquisa antropológica feminista. *Saúde Soc. São Paulo*, v.32, n.4, e230465pt, 2023b.

_____. 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*, n. 42, e19121401, 2026.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. *Horizontes antropológicos*, ano 27, n. 61, p. 47-84, 2021.

BRANDÃO, Elaine Reis; PIMENTEL, Ana Cristina de Lima Pimentel. Essure no Brasil: desvendando sentidos e usos sociais de um dispositivo biomédico que prometia esterilizar mulheres. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 29, n. 1, e200016, 2020.

BRANDÃO, Elaine; LOWENKRON, Laura; CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Apresentação. In: BRANDÃO, Elaine; LOWENKRON, Laura; CARNEIRO, Rosamaria Giatti (Orgs.) *Justiça reprodutiva: desafios interseccionais na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2025. p. 18-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica nº 7/2021 – DAPES/SAPS/MS. Recomendações em virtude dos possíveis efeitos adversos relacionados ao Sistema Essure para o cuidado, acompanhamento e monitoramento das Mulheres usuárias desse sistema contraceptivo permanente*. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-7-2021.pdf/view>. Acesso em 28 fev. 2026

BRIGAGÃO, Jaqueline; RODRIGUES, Marlene Teixeira. A mulher como sujeito: direitos sexuais, reprodutivos e políticas na área de saúde. In: ABREU, Maria Aparecida (Org.). *Redistribuição, reconhecimento e representação: diálogos sobre igualdade de gênero*. Brasília: Ipea, 2011. p. 57-82.

BRITO, Luciana; RONDON, Gabriela. Lições de Justiça Reprodutiva para catalisar estratégias de incidência durante a crise do Zika no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 34, supl. 1, e34SP107, 2024.

BRITO, Luiz Gustavo; COHEN, Sarah; GOGGINS, Emily; WANG, Karen; EINARSSON, Jon. Essure Surgical Removal and Subsequent Symptom Resolution: Case Series and Follow-Up Survey. *J Minim Invasive Gynecol*, v. 22, n. 5, p. 910-913, 2015.

BROWN, Phil; ZAVESTOSKI, Stephen; MCCORMICK, Sabrina; MAYER, Brian; MORELLO-FROSCHE, Rachel; ALTMAN, Rebecca Gasior. Embodied health movements: new approaches to social movements in health. *Sociology of Health & Illness*, v. 26, n. 1, p. 50-80, 2004.

CÂMARA debate atendimento a vítimas do Essure – 27/11/20. YouTube. Publicado por Câmara dos Deputados, Brasília, 27 nov. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=StCYq-QdsaA>. Acesso em 13 jan. 2026.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei 2978/2021*. Dispõe sobre o atendimento das mulheres que utilizaram implantes do sistema “Essure” no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2296385>. Acesso em 28 fev. 2026.

CAMPELIA, Georgina D.; ADASHI, Eli Y.; AMORY, John K. Shared Risk and Shared Responsibility: The Ethics of Male Contraceptives. *Andrology*, v. 12, n. 7, p. 1605-1609, 2024.

CAMPOS, Carmen Hein de; SEVERI, Fabiana Cristina; CASTILHO, Ela Wiecko Wolkmer de. Críticas feministas ao direito: uma análise sobre a produção acadêmica no Brasil. In: SEVERI, Fabiana Cristina; MATOS, Myllena Calasans de (Rev. téc.). *Tecendo Fios das Críticas Feministas ao Direito no Brasil*. Ribeirão Preto: FDRP/USP, 2019. p. 20-43.

CAMPOS, Luiz Augusto. Racismo em três dimensões: uma abordagem realista-crítica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 32, n. 95, 2017.

CANESQUI, Ana Maria. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 409-416, 2018.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luís Roberto. *Direito legal e insulto moral: dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA*. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

_____. Exclusão discursiva e sujeição civil em tempos de pandemia no Brasil. O Globo. Rio de Janeiro, 8 jun. 2020. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/ciencia-matematica/post/exclusao-discursiva-e-sujeicao-civil-em-tempos-de-pandemia-no-brasil.html>. Acesso em 08 jan. 2026.

CARDOSO, Marcus; LEMOS, Carolina Barreto. “Perfeitas idiotas”: sentidos de justiça, insultos morais e exclusão discursiva da perspectiva de três moradoras de uma favela carioca. *Anuário Antropológico*, v. 50, 2025.

CARNEIRO, Sueli. *Escritos de Uma Vida*. São Paulo: Pólen, 2019.

CARVALHO, Miriam Kênia. *O útero biopolítico: a resistência das vítimas do Essure, da Bayer*. 2023. 202f. Tese (Doutorado em Comunicação e Semiótica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Comunicação e Semiótica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

CARVALHO, Miriam Kênia.; KATZ, Helena Tania. Essure da Bayer: símbolo da farmacopornografia do útero frente à resistência da multidão. *Acta Semiotica et Lingvistica*, v. 25, n. 2, 2020.

CARVALHO, Sergio Resende; ANDRADE, Henrique Sater de; OLIVEIRA, Cathana Freitas de. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. *Interface*, n. 23, e190208, 2019.

CASASSUS, Barbara. Contraception implant removed from global market. *The Lancet*, v. 390, p. 1576, 2017.

CASTRO, Cosette. *Cuidado e Autocuidado entre mulheres ativistas no mundo online: estimulando (novas) subjetividades em tempos de pandemia e violência*. Aveiro: Ria Editorial, 2021.

CASTRO, Rosana. *Precariedades oportunas, terapias insulares: economias políticas da doença e da saúde na experimentação farmacêutica*. 2018. 506f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Brasília, 2018.

_____. Pesquisa clínica, ética e direito à saúde: práticas emergentes de bioativismo científico no Brasil. *Vivência: revista de antropologia*, n. 51, p. 50-72, 2018.

CASTRO, Rosana; ALMEIDA, Rafael Antunes. Testemunho, evidência e risco: reflexões sobre o caso da fosfoetanolamina sintética. *Anuário Antropológico*, v. 42, n. 1, p. 37-60, 2017.

CATINON, Mickaël; ROUX, Elisabeth; AUROUX, Aline; BALTER, Vincent; FELLAH, Clémentine; TRUNFIO-SFARGHIU, Ana-Maria; SOURNIES, Gilles; VINCENT, Michel. Identification of inorganic particles resulting from degradation of ESSURE® implants: study of 10 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Amsterdam, v. 250, p. 162-170, 2020.

CHAVKIN, Sasha. Essure injury complaints buried by Bayer, lawsuits claim. *International Consortium of Investigative Journalists*. Washington, 04 ago. 2020. Disponível em: <https://www.icij.org/investigations/implant-files/essure-injury-complaints-buried-by-bayer-lawsuit-claims/>. Acesso em 01 out. 2025.

CHO, Sumi; CRENSHAW, Kimberlé Williams; MCCALL, Leslie. Toward a field of intersectionality studies: theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, v. 38, n. 4, p. 785-810, 2013.

CHRIST, Léna; BOISRAM, Thomas; NEUMANN, Nicole; GERINGER, Jean; AKLADIOS, Chérif; PASQUINELLI, Gianandrea; LEJAY, Anne; TABOURET, Juliette; CHAKF, Nabil. Analysis of explanted Essure® devices. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 314, 114666, 2025.

CLARK, Nisse; RADEMAKER, Doortj; MUSHINSKI, Avery; AJAO, Mobolaji; COHEN Sarah; EINARSSON, Jon. Essure Removal for the Treatment of Device Attributed Symptoms: An Expanded Case Series and Followup Survey. *J Minim Invasive Gynecol.*, v. 24, n. 6, p. 971-976, 2017.

CLARK, Nisse; ROSS, Whitney T.; ARVIZO, Cynthia et al. Quality of life and symptoms following laparoscopic Essure removal: a prospective multicenter study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, New York, v. 226, n. 3, p. S1272-S1273, 2022.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. *Mapa de Justiça Reprodutiva: Laqueadura tubária – Informações do Município de São Paulo*. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://mapajusticareprodutiva.org.br/metodo-contraceptivo/laqueadura/>. Acesso em 18 out. 2025.

COLLINS, Patricia Hill. Intersectionality and epistemic injustice. In: KIDD, Ian James; MEDINA, José; POHLHAUS JUNIOR, Gaile. *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. New York: Routledge, 2017. p. 115-124.

_____. Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*, v. 41, n. 1, p. 3.1-3.20, 2015.

COLLINS, Patricia Hill; CHEPP, Valerie. Intersectionality. In: WAYLEN, Georgina et al (Eds). *The Oxford Handbook of Gender and Politics*. New York: Oxford University Press, 2013.

COLLUCCI, Cláudia. Brasileiras tentam acordo de 30 milhões de euros por danos atribuídos a contraceptivo. *Folha de São Paulo*, 02 ago. 2021. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/08/brasileiras-tentam-acordo-de-30-milhoes-de-euros-por-danos-atribuidos-a-contraceptivo.shtml>. Acesso em 03 mar. 2026.

CONCEPTUS INCORPORATED. *Essure™ Permanent Birth Control System* – Instructions for use. 2002b. Disponível em: https://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf2/P020014C.pdf. Acesso em 27 out. 2025.

_____. *Now there's a new approach to permanent birth control: introducing the Essure™ Procedure*. 2002a. Disponível em: https://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf2/P020014d.pdf. Acesso em 17 out. 2025.

CONTAIFER, Juliana. Vítimas do Essure: solução contraceptiva virou problema de saúde. *Metrópoles*, Brasília, 20 out. 2019. Disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/vitimas-do-essure-solucao-contraceptiva-virou-problema-de-saude>. Acesso em 16 fev. 2026.

DA SILVA, Wagner Guilherme Alves. A pessoa das fichas: o lugar da burocracia nos processos de saúde-doença. *Cadernos de Campo*, v. 29, n.1, p. 38-52, 2020.

DAMASCENO. Mesmo com decisão judicial, mulheres com implante anticoncepcional da Bayer não conseguem retirá-lo pelo SUS. *Folha de São Paulo*, 11 out. 2021. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/amp/equilibrioesaude/2021/10/mesmo-com-decisao-judicial-mulheres-com-implante-anticoncepcional-da-bayer-nao-conseguem-retira-lo-pelo-sus.shtml>. Acesso em 20 fev. 2026.

DANTAS, Ana Carolina Lessa. Credibilidade pública, saberes localizados: disputa epistêmica sobre o dispositivo Essure no Distrito Federal. *Mediações: Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 28, n. 3, 2023a.

_____. Desarmar a bomba-relógio: compreensões jurídicas sobre a prova em pedidos para a retirada cirúrgica do contraceptivo Essure. *Feminismos*, Salvador, v. 11, n. 2, 2023b.

DANTAS, Ana Carolina Lessa; PARIS, Mariana Silvino; CAVALCANTI, Clarissa Lemos; LOUZADA, Gabriela Rondon Rossi; LIMA, Maria Eduarda Batalha. Atuação da clínica jurídica Cravinas no enfrentamento às violações de direitos sexuais e reprodutivos durante a pandemia de COVID-19. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 12 n. 4, p. 161-174, 2023.

DAS, Veena. La antropología del dolor. In: ORTEGA, Francisco A. (Org.). *Veena Das: sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: UNAL, 2008, p. 409-436.

DAVIS, Dána-Ain. *Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth*. New York: New York University Press, 2019.

DEPES, Daniella de Batista; PEREIRA, Ana Maria Gomes; LIPPI, Umberto Gazi; MARTINS, João Alfredo; LOPES, Reginaldo Guedes Coelho. Experiência inicial com a oclusão tubária por via histeroscópica (Essure). *Einstein*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 130-134, 2016.

DEPES, Daniella de Batista; PEREIRA, Ana Maria Gomes; YATABE, Salete; LOPES, Reginaldo Guedes Coelho. Essure: a revolution in female definitive contraception. *Einstein*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 392-393, 2009.

DHRUVA, Sanket S.; BERO, Lisa A.; REDBERG, Rita F. Strength of study evidence examined by the FDA in premarket approval of cardiovascular devices. *JAMA*, v. 302, n. 24, p. 2679-2685, 2009.

DHRUVA, Sanket S.; ROSS, Joseph S.; GARIEPY, Aileen M. Revisiting Essure: toward safe and effective sterilization. *The New England Journal of Medicine*, v. 373, n. 15, p. 1-3, 2015.

DINIZ, Debora. Testemunho e palavra verdadeira em Paulo Freire. In: FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 1ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

DINIZ, Debora; GEBARA, Ivone. *Esperança Feminista*. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaína. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 02, p. 591-598, 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Nota Técnica nº 5/2020 – SES/SAIS/CATES/DUAEC*, de 27 de julho de 2020. 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 – SES/DF. Brasília, 2020. Disponível em: https://sip.df.gov.br/sip/login.php?sigla_orgao_sistema=GDF&sigla_sistema=SEI&infra_url=L3NlaS9jb250cm9sYWRvcj5waHA/YWNhbz1kb2N1bWVudG9faW1wcm1taXJfd2ViJmFjYW9fb3JpZ2VtPWYdm9yZV92aXN1YWxpemFyJmlkX2RvY3VtZW50bz01MTE2NTU5MSZpbmZyYV9zaXN0ZS4uLg==. Acesso em 18 fev. 2026.

_____. Secretaria de Saúde. Secretaria de Saúde. *Nota Técnica nº 1/2022 – SES/SAIS/CATES/DUAEC*, de 16 de fevereiro de 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 - SES/DF. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota_T%C3%A9cnica_N.1_2022_DUAEC_GUIA+ESSURE.pdf/26a2d402-09f0-809d-5d1e-45828d15c49d?t=1706908046087. Acesso em 18 fev. 2026.

_____. Secretaria de Saúde. Secretaria de Saúde. *Nota Técnica nº 6/2021 – SES/SAIS/COASIS*, de 25 de agosto de 2021. Encaminhamento ao Centro Especializado de Saúde da Mulher (CESMU). Brasília, 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/Nota_Tecnica_68639906.pdf. Acesso em 18 fev. 2026.

DOHERTY, Bridget. Bayer Blues: *A History of the Essure Device*. Medical Product Outsourcing – MPO. 01 out. 2019. Disponível em: <https://www.mpo-mag.com/exclusives/bayer-blues-a-history-of-the-essure-device/>. Acesso em 01 nov. 2025.

EHRENREICH, Barbara. *Natural causes: an epidemic of wellness, the certainty of dying, and killing ourselves to live longer*. New York: Twelve, 2018.

EM CINCO DIAS, mais de 200 laqueaduras são realizadas. *Jornal de Brasília*, Brasília, 06 mar. 2013. Disponível em: <https://jornaldebrasil.com.br/brasil/em-cinco-dias-mais-de-200-cirurgias-de-laqueadura-sao-realizadas/>. Acesso em 20 out. 2025.

EPSTEIN, Steven. The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. *Science, Technology, & Human Values*, v. 20, n. 4, p. 408-437, 1995.

FANTI, Fabíola. Mobilização do direito pelo Movimento Feminista: um estudo sobre o uso de estratégias jurídicas pelos movimentos sociais. In: MADEIRA, Lígia Mori; MARONA, Marjorie Corrêa; RIO, Andrés del (Eds). *Democracia e justiça na América Latina: para onde vamos?*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2022, p. 111-138.

FÉLIX, Nisa; CARVALHO, Carolina; AMARAL, Patrícia Isidro; SOUSA, Filomena; DELGADO, Elsa; MACHADO, Ana Isabel; MIRA, Ricardo. Essure®: efetividade, complicações e satisfação em 13 anos de experiência. *Acta Obstet Ginecol Port*, v. 13, n. 1, p. 20-26, 2019.

FERNANDES, Camila. Mães em Disputa: diálogos entre os estudos sobre maternidades, justiça reprodutiva e o campo dos cuidados. In: BRANDÃO, Elaine; LOWENKRON, Laura; CARNEIRO, Rosamaria Giatti (Orgs.) *Justiça reprodutiva: desafios interseccionais na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2025. p. 72-98.

FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura. *Etnografia de documentos: Pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*. Rio de Janeiro: E-Papers, 2020.

FERRER, Rebeca Granero. La judicialización del parto. Un ejercicio de injusticia epistémica testimonial. *Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad*, v. 24, p. 163-183, 2023.

FIRMALINO, Angie. *Essure Problems Founder Angie Firmalino: Why I Advocate for Others*. DrugWatch, 12 jul. 2018. Disponível em: <https://www.drugwatch.com/news/2018/07/12/essure-problems-founder-angie-firmalino-why-i-advocate-for-others/>. Acesso em 30 out. 2025.

FLEISCHER, Soraya. ‘Tudo Bonitinho’: Pensando ética na prática e pelo avesso nas pesquisas sobre o Vírus Zika no Recife/PE. *Antropológicas*, v. 33, n. 1, p. 1-35, 2022a.

_____. Cenas de microcefalia, de cuidado, de antropologia (Recife, setembro de 2017). *Cadernos de campo*, v. 27, n.1, 2018.

_____. Fé na ciência? Como as famílias de micro viram a ciência do vírus Zika acontecer em suas crianças no Recife/PE. *Anuário Antropológico*, v. 47, n. 1, p. 170-188, 2022b.

FONSECA, Claudia. As novas tecnologias legais na produção da vida familiar: Antropologia, direito e subjetividades. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 11, n. 1, p. 8-23, 2011.

_____. Evidências, experiências e endemias: fatos científicos nas políticas de combate à hanseníase. *Anuário Antropológico*, v. 45, n. 2, p. 164-187, 2020.

FONSECA, Igor Ferraz da; KOGA, Natália Massaco; POMPEU, João Cláudio Basso; AVELINO, Daniel Pitangueira de. Instituições participativas e evidências híbridas: deliberação, relações fecundas e ecologia de saberes. In: KOGA, Natalia Massaco; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura; MELLO, Janine; PINHEIRO, Maurício Mota Saboya (Org.). *Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas*. Brasília: Ipea, 2022. p. 223-250.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION – FDA. *Classify Your Medical Device*. Última atualização em 07 fev. 2020. 2020. Disponível em: <https://www.fda.gov/medical-devices/overview-device-regulation/classify-your-medical-device>. Acesso em 29 set. 2025.

_____. *Design considerations for pivotal clinical investigations for medical devices guidance for industry, clinical investigators, institutional review boards and food and drug administration staff*. 07 nov. 2013. Disponível em: <https://www.fda.gov/media/87363/download>. Acesso em 29 set. 2025.

_____. *FDA Activities Related to Essure*. Última atualização em 26 mar. 2025. 2025b. Disponível em: <https://www.fda.gov/medical-devices/essure-permanent-birth-control/fda-activities-related-essure>. Acesso em 31 out. 2025.

_____. *FDA takes additional action to better understand safety of Essure, inform patients of potential risks*. 29 fev. 2016. 2016a. Disponível em: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-takes-additional-action-better-understand-safety-essure-inform-patients-potential-risks>. Acesso em 01 nov. 2025.

_____. *Labeling for Permanent Hysteroscopically-Placed Tubal Implants Intended for Sterilization*. Atualizado em 28 ago. 2018. 2016b. Disponível em: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/labeling-permanent-hysteroscopically-placed-tubal-implants-intended-sterilization>. Acesso em 02 nov. 2025.

_____. *Post-Approval Studies (PAS) Database – 5 year follow up (P020014/PAS002)*. 2008. Disponível em: https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfPMA/pma_pas.cfm?t_id=90320&c_id=260. Acesso em 30 set. 2025.

_____. *Postmarket Surveillance Study (522 Number/Requirement Number PS160001/PSS001)*. Sem data [sd]. Disponível em: https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfPMA/pss.cfm?t_id=356&c_id=3854. Acesso em 02 nov. 2025.

_____. *Premarket Approval (PMA)*. Última atualização em 26 maio 2019. 2019. Disponível em: https://www-fda-gov.translate.google.com/medical-devices/premarket-submissions-selecting-and-preparing-correct-submission/premarket-approval-pma?x_tr_sl=en&x_tr_tl=pt&x_tr_hl=pt&x_tr_pto=tc. Acesso em 29 set. 2025.

_____. *Problems Reported with Essure*. Última atualização em 26 mar. 2025. 2025a. Disponível em: <https://www.fda.gov/medical-devices/essure-permanent-birth-control/problems-reported-essure>. Acesso em 31 out. 2025.

_____. *Summary of Safety and Effectiveness – Essure System P020014*. 2002. Disponível em: https://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf2/P020014B.pdf. Acesso em 29 set. 2025.

FRANCINI, Sarah; DURAES, Martha; CHARAVIL, Axelle; MANNA, Federico; DUFLOS, Claire; COMPAN, Clara; PEREZ, Thomas; AGOSTINI, Aubert; CROCHET, Patrice. Essure removal for device-attributed symptoms: quality of life evaluation before and after surgical removal. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, Paris, v. 50, n. 2, s/p., 2021.

FRASER, Nancy; HONNETH, Axel. *Redistribution or Recognition?: a political-philosophical exchange*. London, New York: Verso, 2004.

FRICKER, Miranda. Evolving concepts of epistemic injustice. In: KIDD, Ian James; MEDINA, José; POHLHAUS JUNIOR, Gaile. *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. New York: Routledge, 2017. p. 53-60.

_____. *Injustiça epistêmica: o poder e a ética do conhecimento*. São Paulo: Edusp, 2024.

FUSS, Alexandra; JAGIELSKI, Christina H.; TAFT, Tiffany. We didn't start the fire...or did we?— a narrative review of medical gaslighting and introduction to medical invalidation. *Transl Gastroenterol Hepatol*, v. 9, n. 73, p. 1-12, 2024.

GABRIEL, Alice de Barros; SANTOS, Breno Ricardo Guimarães. A Injustiça Epistêmica na violência obstétrica. *Revista Estudos Feministas*, v. 28, n. 2, p. 1-12, 2020.

GARCIA, Marília. *Pensar com as mãos*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2025.

GARZA, Cristina Rivera. O invencível verão de Liliana. Tradução: Silvia Massimini Felix. Belo Horizonte: Autêntica Contemporânea, 2022.

GASTEL, Daniëlle van; ANTHEUNIS, Marjolijn; TENFELDE, Kim; GRAAF, Daniëlle L. van de; GEERTS, Marieke; NIEBOER, Theodoor E.; BONGERS, Marlies. Social support among women with potential Essure-related complaints: analysis of Facebook group content. *JMIR Form Res*, v. 7, e32592, 2023.

GÓES, Emanuelle Freitas. Política dos Corpos, (In)Justiça Reprodutiva e o Sistema Moderno Colonial de Gênero. In: BRANDÃO, Elaine; LOWENKRON, Laura; CARNEIRO, Rosamaria Giatti (Orgs.) *Justiça reprodutiva: desafios interseccionais na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2025. p. 49-71.

GRACE, Karen Trister; ANDERSON, Jocelyn. Reproductive Coercion: *A Systematic Review*. w. *Trauma, Violence & Abuse*, v. 19, n. 4, p. 1-20, 2016.

GRANCHI, Giulia. 'Nos venderam uma falsa ilusão': o sofrimento de mulheres com o método contraceptivo Essure anos após a proibição. *BBC News Brasil*. 28 set. 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cgelj7xwd8po>. Acesso em 06 nov. 2025.

HAN, Hee. FDA Puts New Restrictions on Permanent Birth Control Implant Essure. *Medical Professionals Reference*, 09 abr. 2018. Disponível em: <https://www.empr.com/home/news/fda-puts-new-restrictions-on-permanent-birth-control-implant-essure/> Acesso em 06 nov. 2025.

HARAWAY, Donna. *Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan_Meets_OncoMouse: feminism and technoscience*. 2. ed. New York: Routledge, 2018.

_____. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, São Paulo, n. 5, p. 7-41, 1995.

HARDING, Sandra. Objetividade mais forte para ciências exercidas a partir de baixo. *Em construção: arquivos de epistemologia histórica e filosofia da ciência*, n. 5, p. 143-162, 2019.

HARTMAN, Saidiya. *Vidas rebeldes, belos experimentos: histórias íntimas de meninas negras desordeiras, mulheres encrenqueiras e queers radicais*. Tradução: Floresta. São Paulo: Fósforo, 2022.

HEALTH CANADA. *Summary Safety Review – ESSURE Permanent Birth Control System – Assessing the Risk of Complications and the Potential Need for Device Removal*. 25 maio 2016. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/medeffect->

[canada/safety-reviews/summary-safety-review-essure-permanent-birth-control-system-assessing-risk.html](#). Acesso em 09 nov. 2025.

HESS, David J. Undone science and social movements: a review and typology. In: GROSS, Matthias; MCGOEY, Linsey (Ed.). *The Routledge International Handbook of Ignorance Studies*. 2. ed. Abingdon and New York: Routledge, 2023. p. 167-177.

HINTZ, Elizabeth; APPLEQUIST, Janelle. E-sisters and the case of the Essure coil: power, representation, and voice in women's public docket accounts to the FDA of medical device adverse events. *Journal of Applied Communication Research*, v. 51, n. 5, p. 500-518, 2023.

HMIB REALIZA o 2º Mutirão de Laqueadura Tubária. Agência Brasília. Brasília, 2012. Publicado em: 17 out. 2012. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/w/hmib-realiza-o-2o-mutirao-de-laqueadura-tubaria/>. Acesso em 20 out. 2025.

HOPKINS, Matthew; CREEDON, Douglas; WAGIE, Amy; WILLIAMS, Arthur; ABIMBOLA, Famuyide. Retrospective cost analysis comparing Essure hysteroscopic sterilization and laparoscopic bilateral tubal coagulation. *J Minim Invasive Gynecol*, v. 14, n. 1, p. 97-102, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *PNS 2019: país tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência*. Rio de Janeiro, 26 ago. 2021. Publicado em: Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-de-deficiencia>. Acesso em 18 out. 2025.

INTERNATIONAL CONSORTIUM OF INVESTIGATIVE JOURNALISTS – ICIJ. *Medical devices harm patients worldwide as governments fail on safety*. Washington, 25 nov. 2018.. Publicado em: Disponível em: <https://www.icij.org/investigations/implant-files/medical-devices-harm-patients-worldwide-as-governments-fail-on-safety/>. Acesso em 01 out. 2025.

JASANOFF, Sheila; SIMMET, Hilton. No funeral bells: Public reason in a 'post-truth' age. *Social Studies of Science*, v. 47, n. 5, p. 751-770, 2017.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. *Saúde Soc. São Paulo*, v.16, n.2, p. 146-155, 2007.

KERIN, J. F.; CARIGNAN, J. S.; CHER, D. The safety and effectiveness of a new hysteroscopic method for permanent birth control results of the first Essure pbc clinical study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 41, n. 4, p. 364-370, 2001.

KHAN, Kianaat; TARIQ, Noor ul Saba; MAJEED, Saima. Psychological Impact of Medical Gaslighting on Women: A Systematic Review. *Journal of Professional & Applied Psychology*, v. 5, n. 1, p. 110–125, 2024.

KIDD, Ian James; CAREL, Havi. Epistemic injustice and illness. *Journal of Applied Philosophy*, Oxford, v. 34, v. 2, p. 172-190, 2017a.

_____. Epistemic injustice in medicine and healthcare. In: KIDD, Ian James; MEDINA, José; POHLHAUS JUNIOR, Gaile (Ed.). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. New York: Routledge, 2017b. p. 336-344.

KOCH PARAFINCZUK & WOLF. *Citizen Petition*. Fort Lauderdale, 20 fev. 2015. Disponível em: https://downloads.regulations.gov/FDA-2015-P-0569-0001/attachment_1.pdf. Acesso em 11 nov. 2025.

KOGA, Natalia Massaco; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura; MELLO, Janine; PINHEIRO, Maurício Mota Saboya. Apresentação. In: KOGA, Natalia Massaco; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura; MELLO, Janine; PINHEIRO, Maurício Mota Saboya (Org.). *Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas*. Brasília: Ipea, 2022. p. 33-55.

KRAEMER, Dale; YEN, Po-Yin; NICHOLS, Mark. An economic comparison of female sterilization of hysteroscopic tubal occlusion with laparoscopic bilateral tubal ligation. *Contraception*, v. 80, n. 3, p. 254-260, 2009.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2013.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. *A Vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LE GUIN, Ursula K. *A ficção como cesta: uma teoria*. Tradução de Priscilla Mello. Revisão de Ellen Araújo e Márcio Goldman. 1986. Disponível em: https://presencial.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/414723/mod_resource/content/1/LE%20GUIN%20A_Ficcao_como_Cesta_Uma_Teoria_The_Carri.pdf. Acesso em 18 nov. 2025.

LELEU, Arnaud; CATHELAIN, A.; RUBOD, C.; VANDENDRIESSCHE, D.; COSSON, M.; GIRAUDET, G. Symptom related to Essure® and evolution after removal: outcomes of retrospective cohort. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, Paris, v. 50, n. 3, s/p., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101836>. Acesso em 04 set. 2023.

LEMOS, Carolina Barreto; CARDOSO, Marcus. Processos estruturais de exclusão discursiva no cárcere. *Revista de Estudos Empíricos em Direito*, v. 9, p. 1-31, 2022.

LIBONI, Renata Liboni; SOUZA, Luiz Gustavo Silva; AVELLAR, Luziane Zacché. Usuários poliqueixosos: representações sociais construídas por médicos da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 1, p. 71-82, 2015.

LINDHEIM, Steven R.; MADEIRA, Jody Lynce; BAGAVATH, Bala; PETROZZA, John C. Social media and Essure hysteroscopic sterilization: a perfect storm. *Fertility and Sterility*, Birmingham, v. 111, n. 6, p. 1105-1106, 2019.

LINDHEIM, Steven R.; MADEIRA, Jody Lynce; PETROZZA, John C. The influential mind and the power of emotion over Essure hysteroscopic sterilization. *Fertility and Sterility*, Birmingham, v. 112, n. 6, p. 1051-1052, 2019.

LISBOA, Isabella Aparecida de Souza. *Svetlana Aleksievitch e as mulheres do front: jornalismo, literatura e testemunho*. 2021. 160f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

LOMBARDO, Ashley. Q&A: Angie Fimalino, Essure Problems founder, shares her story. *Medtruth*, 27 ago. 2018.. Disponível em: <https://medtruth.com/articles/patient-stories/angie-fimalino-essure-problems-founder-story/>. Acesso em 31 out. 2025.

LUCENA, Júlia de Campos. Vozes da memória: a supraliteratura Svetlana Aleksievitch. *Em tese*, v. 26, n. 2, p. 187-201, 2020.

LUIZ, Olinda de Carmo; COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2339-2348, 2020.

LUPTON, Deborah. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, v. 23, n. 3, p. 425-435, 1993.

_____. The digitally engaged patient: self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory & Health*, v. 11, p. 256-270, 2013.

MAASEN, Liselotte W.; GASTEL, Danielle M. van; KOKS, Carolien A.M.; HUIRNE, Judith A.F.; KONING, Aafke M. H.; GRAZIOSI, Giuseppe C. M.; BOUMA, Linda S.; KNAUFF, Erik A. H.; ZON-RABELINK, Ingrid A. A. van; BONGER, Marlies Y.; VEERSEMAN, Sebastiaan. Dutch Nationwide Multicenter Prospective Cohort of Essure-Related Symptomatology After Removal Surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 32, n. 4, p. 358-364, 2025.

MACKENZIE, Catriona. The Importance of Relational Autonomy and Capabilities for an Ethics of Vulnerability. In: MACKENZIE, Catriona; ROGERS, Wendy. DODDS, Susan (Eds.). *Vulnerability: new essays in ethics and feminist philosophy*. New York: Oxford University Press, 2014. p. 33-59.

MANICA, Daniela. A vida social dos medicamentos: etnografias e escolhas. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.4, n.1, jan.-jun., p.176-188, 2012.

MAO, Jialin; PFEIFER, Samantha; SCHLEGEL, Peter; SEDRAKYAN, Art. Safety and efficacy of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: an observational cohort study. *BMJ*, v. 351, p. h5162, 2015. Errata em: *BMJ*, v. 351, p. h6282, 2015.

MARTINEZ, William. Attack of the clones: an examination and critique of FDA's medical device regulatory scheme. *Tennessee Journal of Law and Policy*, v. 15, n. 2, p. 1-32, 2021.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

MCKINNON, Rachel. Allies behaving badly: gaslighting as epistemic injustice. In: KIDD, Ian James; MEDINA, José; POHLHAUS JUNIOR, Gaile (Ed.). *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. New York: Routledge, 2017. p.167-174.

MEDEIROS, Tifani Isabele de Fraga. As biopolíticas dos dispositivos intrauterinos no Brasil: testagens e negociações acerca de usuárias do Sul Global (196-2004). 2025. 243f. Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2025.

MENDES, José Manuel. *Sociologia do risco: uma breve introdução e algumas lições*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015.

MENDES, Regina Lúcia Teixeira. *Do Princípio do Livre Convencimento Motivado: legislação, doutrina e interpretação de juízes brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2012.

MERVIEL, Philippe; KURTZ, Dorothee; LELIEVRE, Caroline; GOURRIEREC, Anne Le; POSTEC-OLLITRAULT, Edith; DUPRÉ, Pierre-François. Assessment of non-gynecological symptoms before and after removal of the Essure® sterilization device: a 6-month follow-up study. *Minerva Ginecologica*, v. 71, n. 6, p. 404-411, 2019.

MIGUET-BENSOUDA, Chloe; PARANT, François; GRENET, Guillaume; CERRUTO, Emanuele; NOHUZ, Erdogan; CHENE, Gautier. Clinical improvement after Essure® devices removal: a systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, v. 28, n. 4, p. 238-248, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/nutrisus/deficiencia-de-ferro/publicacoes/pesquisa-nacional-de-demografia-e-saude-da-crianca-e-da-mulher-pnds/view>. Acesso em 18 out. 2025.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIO – MPDFT. *Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde – Pró-vida*. Brasília, sem data, sd.a. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/conhecampdft-menu/promotorias-justica-menu/pro-vida-menu>. Acesso em 17 fev. 2026.

_____. *Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde – Prosus*. Brasília, sem data, sd.b. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/conhecampdft-menu/promotorias-justica-menu/prosus-menu>. Acesso em 18 fev. 2026.

MIRANDA, Margarida Araújo Barbosa. *Conhecimento, satisfação e repercussões clínicas relacionadas à contracepção permanente por inserção de dispositivo intra-tubário*. 2018. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2018.

MIRANDA, Margarida Araújo Barbosa; EVANGELISTA, Danielle Rosa; MIRANDA, Wellington. Contracepção permanente por inserção de dispositivo intratubário sob a perspectiva da Lei n. 9.263/1996. *Revista de Direito Sanitário*, v. 20, n.1, p. 149-166, 2019.

MOL, Annemarie; MOSER, Ingunn; POLS, Jeannette. Cuidado: colocando a prática na teoria. *Novos Debates*, v. 9, n. 1, e9101, 2023.

MORAIS, Andressa. *Azul profundo: etnografia das práticas de advocacia feminista e antirracista na Bahia*. 2020. 475f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Departamento de Antropologia, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

MUTIRÃO realiza laqueadura em 200 mulheres. *Agência Brasília*. Brasília, 16 set. 2012.. Publicado em: Disponível em: <https://agenciabrasilia.df.gov.br/2012/09/16/mutirao-realiza-laqueadura-em-200-mulheres/>. Acesso em 20 out. 2025.

NARRUHN, Robin; CLARK, Terri. Epistemic Injustice: a philosophical analysis of women's reproductive health care in a somali-american community. *Advances in Nursing Science*, v. 0, p. 1–15, 2019.

NÉRI, Felipe. Mulheres passam por laqueadura sem cortes e anestesia em Brasília. *G1 Distrito Federal*, Brasília, 10 maio 2012..Disponível em: <https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2012/05/mulheres-passam-por-laqueadura-sem-cortes-e-anestesia-em-brasilia.html>. Acesso em 19 out. 2025.

OPERAÇÃO enganosa. Direção de Kirby Dick. Produção de Amy Ziering e Amy Herdy. Estados Unidos: Netflix, 2018. Online.

OSTHOFF, Laura; CRELIER, Atila Haddad; FRANCO, Fabiano Malzac; PRITSIVELIS, Cristos; MONTENEGRO, Carlos Antonio B. Esterilização histeroscópica ambulatorial pelo procedimento Essure: stent tubário. *Femina*, v. 43, n. 1, p. 29-36, 2015.

OUDSHOORN, Nelly. “Astronauts in the Sperm World”: the renegotiation of masculine identities in discourses on male contraceptives. *Men and masculinity*, v. 6, n. 4, p. 349-367, 2004.

PARANT, François; BOST, Muriel; NOHUZ, Erdogan; PROST, Julie; CERRUTO, Emanuele; MORET, Stephanie; MAURIN, Julien; CHENE, Gautier. Potential release of toxic metal elements from Essure® device in symptomatic patients: first results of the French Ablimco cohort. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, Amsterdam, v. 252, p. 434-438, 2020.

PARANT, François; BOST, Muriel; NOHUZ, Erdogan; PROST, Julie; CERRUTO, Emanuele; MORET, Stephanie; MAURIN, Julien; CHENE, Gautier. Release of metal elements from the Essure implant: a prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, Amsterdam, v. 273, p. 20-25, 2022.

PAULA, Bruno Lucas Saliba de. *Fazendo a ciência não-feita: a produção de contra-expertises diante da mineração de urânio em Caetité (BA)*. 2023. 246f. Tese (Doutorado em Sociologia) — Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

PAULA, Bruno Lucas Saliba de; SANTANA, Igor José Alves. Políticas do corpo: associações de pacientes e reconfigurações da cidadania. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 1, e310117, 2021.

PIMENTEL, Ana Cristina de Lima; JANNOTTI, Cláudia Bonan Jannotti; GAUDENZI, Paula; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. A breve vida do Norplant® no Brasil: controvérsias e reações entre ciência, sociedade e Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 43-52, 2017.

PINHEIRO, Maurício Mota Saboya. Políticas públicas baseadas em evidências: um modelo moderado de análise conceitual e avaliação crítica. In: KOGA, Natalia Massaco; PALOTTI, Pedro Lucas de Moura; MELLO, Janine; PINHEIRO, Maurício Mota Saboya (Org.). *Políticas públicas e usos de evidências no Brasil: conceitos, métodos, contextos e práticas*. Brasília: Ipea, 2022. p. 59-84.

PIRES, Erika Souza. *Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos: uma análise da atuação do sistema de justiça no DF em relação ao caso do dispositivo intrauterino Essure*. 2022. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; MIRANDA, Juliana Rocha. Intermediações no acesso de pessoas em situação de rua a serviços públicos. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 30, e92447, 2025.

PISSOLITO, Camila. *Um novo capítulo para velhos problemas: o compartilhamento online de experiências e o uso da pílula anticoncepcional*. 2021. 135f. Dissertação (Mestrado em Divulgação Científica e Cultural) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, 2021.

PITANGA, Mayara Costa Freire Vasconcellos; SILVA, Janaína Lima Penalva da; RAMALHO, Pedro Ivo Sebba. A judicialização da fosfoetanolamina sintética no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*, v. 22, n. 2, e0023, 2022.

POLS, Jeannette. Bondade!: A virada empírica dentro da ética da assistência à saúde. *Novos Debates*, v. 9, n. 1, e9102, 2023a.

_____. Trazendo corpos – e cuidados de saúde – “de volta”: explorando o conhecimento prático na vida de pessoas com doença crônica. *Novos Debates*, v. 9, n. 1, e9103, 2023b.

PONTES, Nádia. Vítimas do contraceptivo Essure exigem indenização da Bayer. *DW*, publicado em 02 ago. 2021. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/brasileiras-querem-que-bayer-pague-por-efeitos-do-contraceptivo-essure/a-58729999>. Acesso em 03 mar. 2026.

PRIOR, Lindsay. Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health & Illness*, v. 25, n. 3, p. 41-57, 2003.

PROBLEMS MOUNT as Bayer ends non-US sales of the Essure sterilization device. *Medical Device Network*, 21 set. 2017. Disponível em: <https://www.medicaldevice-network.com/comment/commentproblems-mount-as-bayer-ends-non-us-sales-of-the-essure-sterilization-device-5931161/?cf-view>. Acesso em 09 nov. 2025.

PURDY, Laura. Women’s reproductive autonomy: medicalisation and beyond. *Journal of Medical Ethics*, v. 32, p. 287–291, 2006.

RABEHARISOA, Volona; MOREIRA, Tiago; AKRICH, Madeleine. Evidence-based activism: Patients’ organisations, users’ and activist’s groups in knowledge society. *BioSocieties*, v. 9, p. 111–128, 2014.

RAMOS, Edith Maria Barbosa; LEAL, Pastora do Socorro Teixeira Leal; ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira de; MIRANDA, Sara Barros Pereira de. A teoria do risco e as novas tecnologias associadas à saúde: uma análise sobre o procedimento de incorporação e o dispositivo Essure no Brasil. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, v. 10 (Suplemento), 2021.

REGALO Ana Regalo; CASEIRO, Lara; PEREIRA, Elisa; MATIAS, Inês; FERNANDES, Fernando; QUINTINO, Hugo; ASSUNÇÃO, João. Análise do custo-eficácia da laqueação tubária por Essure®. *Acta Obstet Ginecol Port*, v. 8, n. 2, p. 122-125, 2014.

REIS, Mariana Didier; GARCIA, Bárbara Machado; FALCÃO JÚNIOR, João Oscar de Almeida; SOUZA, Juliana Abrahão Reis e; CARVALHO, Julia de Lima; PACE, Walter Antônio Prata. Prevalência de complicações intraoperatórias durante a histeroscopia cirúrgica em serviço de hospital universitário: um estudo retrospectivo. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, v. 6, n. 2, p. 54-59, 2022.

REKERS, Romina. Epistemic Transitional Justice: The Recognition of Testimonial Injustice in the Context of Reproductive Rights. *Redescriptions: Political Thought, Conceptual History and Feminist Theory*, v. 25, n. 1, p. 65–79, 2022.

RIBEIRO, Maiara. *Como funciona o exame de histeroscopia*. Portal Drauzio Varella (UOL). São Paulo, 08 mar. 2023. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/mulher/como-funciona-o-exame-de-histeroscopia/>. Acesso em 25 out. 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). *Projeto esterilização tubária transcervical por videohisteroscopia: projeto Essure*. Rio de Janeiro: Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, 2014. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/11/projeto-essure-hmmr.pdf>. Acesso em 19 out. 2025.

ROGAN, Angela. *Navigating social and epistemic harms: the role of Facebook in women's health activism against essure*. 2024. Tese (Doutorado em Filosofia) – Queen’s University Belfast, Belfast, 2024.

- ROHDEN, Fabíola. Materializando evidências paralelas: narrativas sobre corpo, saúde e doença nas redes sociais. *Revista Brasileira de Estudos CTS*, v. 1, n. 1, p. 146-167, 2025.
- ROMERO-BACHILLER, Carmen; GARCÍA-DAUDER, S.; SANTORO, Pablo. Epistemic pluralization and health activist groups. *Easst*, v. 37, n. 1, 2018.
- ROSE, Nikolas. *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007.
- ROSS, Loretta. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls*, v. 19, n. 3, p. 286–314, 2017.
- ROSS, Loretta; DERKAS, Erika; PEOPLES, Whitney; ROBERTS, Lynn; BRIDGEWATER, Pamela (Eds.). *Radical Reproductive Justice: foundations, theory, practice, critique*. New York: The Feminist Press, 2017.
- ROSS, Loretta; SOLINGER, Rickie. *Reproductive justice: an introduction*. Oakland: University of California Press, 2017.
- SÁNCHEZ-CUERDA, Cristina; ELICES, Margarita; LOBO, Paloma; CABRERA, Yasmina; DUCH, Sílvia; GARCÍA, Alicia; RUBIO, José; ÁLVAREZ, Julio; ÁLVAREZ, Pilar. Cornual adenomyosis in Essure® device users and in patients hysterectomized for other causes: A retrospective cohort study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 1687, n. 1, p. 185-190, 2024.
- SANTANA, Camilla Martins. Feminismo e Ciência: possíveis avanços a partir de políticas feministas e de gênero na ciência. *Revista Pós*, n. 2, v. 14, p. 35-57, 2019.
- SANT'ANA, Ramiro Nóbrega. *A judicialização como instrumento de acesso à saúde: propostas de enfrentamento da injustiça na saúde pública*. 2017. 455f. Tese (Doutorado em Direito) – Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017.
- SANTOS, Amanda Luize Nunes; DANTAS, Ana Carolina Lessa; COSTA, Bruna Santos. Direitos sexuais e reprodutivos: históricos, garantias e obstáculos no Brasil. In: MARQUES, Samantha Ribeiro Meyer-Pflug; MACIEL, Renata Mota; RODRIGUES, Patrícia Pacheco; ALVES, Samira Rodrigues. *A Constituição por elas: a interpretação constitucional sob a ótica das mulheres*. São Paulo: UNINOVE, 2021. p. 1309-1322.
- SANTOS, Lisiane Vieira dos. *Repercussões psicossociais a partir das vivências de mulheres negras ativistas*. 2022. 68f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.
- SARATA, Amanda. FDA Regulation of Medical Devices. *Congressional Research Service*, 04 jan. 2023. Disponível em: <https://www.congress.gov/crs-product/R47374>. Acesso em 29 set. 2025.
- SARMENTO, Caroline Silveira. Mulheres, imagens e o Essure: uma reflexão etnográfica sobre direitos reprodutivos. In: Reunião Brasileira de Antropologia, 33, 2022, Curitiba. *Anais ... Brasília: Associação Brasileira de Antropologia*, 2022. Disponível em: <https://anais.abant.org.br/33rba/trabalho?trabalho=53420831>. Acesso em 11 fev. 2026.
- SARTI, Cynthia A. A vítima como figura contemporânea. *Caderno CRH*, v. 24, n. 61, p. 51-61, 2011.

- _____. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 1, p. 89-103, 2009.
- SAÚDE vai melhorar atendimento a pacientes que tiveram sintomas após colocação de Essure. Agência Saúde DF, 21 out. 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/saude-vai-melhorar-atendimento-a-pacientes-que-tiveram-sintomas-apos-colocacao-de-essure>. Acesso em 07 jan. 2026.
- SEBRING, Jennifer C. H. Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health and Illness*, v. 43, p. 1951-1964, 2021.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES. 66 mulheres foram submetidas a cirurgia para não ter mais filhos. *Secretaria de Saúde do Distrito Federal* (Portal Institucional). Brasília, 16 ago. 2013, 2013b. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/w/66-mulheres-foram-submetidas-a-cirurgia-para-nao-ter-mais-filhos>. Acesso em 20 out. 2025.
- _____. Mutirão de laqueaduras no HMIB atendeu 89 mulheres. *Secretaria de Saúde do Distrito Federal* (Portal Institucional). Brasília, 27 maio 2013, 2013a. Publicado em: . Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/mutirao-de-laqueaduras-no-hmib-atendeu-89-mulheres>. Acesso em 20 out. 2025.
- SENDEROWICZ, Leigh. “I was obligated to accept”: a qualitative exploration of contraceptive coercion. *Social Science & Medicine*, v. 239, p. 1-10, 2019.
- SHEFFIELD, Sydney. The controversy over Essure birth control. *Tulane University Journal*, v. 4, n. 2, p. 46-66, 2019.
- SIEMONS, Sara; VLEUGELS, Michel; EIJNDHOVEN, Hugo van. Evaluation of Nickel Allergic Reactions to the Essure Micro Insert: Theoretical Risk or Daily Practice? *J Minim Invasive Gynecol*, v. 24, n. 1, p. 140-144, 2017.
- SIEMONS, Sara; VLEUGELS, Michel; VEERSEMA, Sebastian; BRAAT, Didi; NIEBOER, Theodoor. Long-term follow-up after successful Essure sterilization: evaluation of patient satisfaction, symptoms, and the influence of negative publicity. *Fertil Steril.*, v. 112, n. 6, p. 1144-1149, 2019.
- SILLIMAN, Jael; FRIED, Marlene Gerber; ROSS, Loretta; GUTIÉRREZ, Elena R. Undivided Rights: women of color organize for reproductive justice. Chicago: Haymarket Books, 2004.
- SNOW, David A.; SOULE, Sarah A.; KRIESI, Hanspeter; MCCAMMON, Holly J. Introduction: Mapping and Opening Up the Terrain. In: SNOW, David A.; SOULE, Sarah A.; KRIESI, Hanspeter; MCCAMMON, Holly J (Ed.). *The Wiley Blackwell Companion to Social Movements*. 2. ed. Hoboken: Wiley, 2019. p. 1-16.
- SPEAR, Andrew D. Epistemic dimensions of gaslighting: peer-disagreement, self-trust, and epistemic injustice. *Inquiry – an interdisciplinary journal of philosophy*, v. 66, n. 1, p. 68-91, 2023.
- STIRUM, Emilie V. J. van Limburg; CLARK, Nisse V.; LINDSEY, Alexis; GU, Xiangmei; THURKOW, Andreas L.; EINARSSON, Jon I.; COHEN, Sarah L. Factors Associated with Negative Patient Experiences with Essure Sterilization. *JSLS*, v. 24, n. 1, e2019.00065, 2020.
- SUSPENSÃO do contraceptivo Essure não está relacionada com segurança, diz Bayer. *Público*, 09 ago. 2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/08/09/sociedade/noticia/suspensao->

temporaria-do-contraceptivo-essure-nao-esta-relacionada-com-seguranca-do-produto-1781792.

Acesso em 09 nov. 2025.

THIEL, John; CARSON, George. Cost-effectiveness analysis comparing the Essure tubal sterilization procedure and laparoscopic tubal sterilization. *J Obstet Gynaecol Can*, v. 30, n. 7, p. 581-585, 2008.

THURMOND, Amy; NIKOLCHEV, Julian; KHERA, Ashish; SCANLAN, Richard; MAUBON, Antoine Jean Marie; MACHAN, Lindsay; BALL, Alexis. Nonsurgical sterilization using the ESSURE device in the fallopian tubes: results in rabbits. *Journal of Women's Imaging*, n. 6, v. 2, p. 75-80, 2004.

TJEN, Vanessa H.; YANG, Paul Zichu. Nickel-related hypersensitivity reactions following endovascular interventions: A review of current evidence. *Science Progress*, v. 106, n. 4. 2023.

TONIOL, Rodrigo. Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. 2015. 302f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, IPorto Alegre, 2015.

_____. Poliqueixosos, seus meridianos e seus cérebros. Controvérsias sobre o emprego de procedimentos terapêuticos para o tratamento da dor em um Ambulatório de Porto Alegre. *Anais da ReACT – Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia*, v. 1 n. 1, 2014.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS – TJDF. *Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal* [online]. Brasília, 09 maio 2024. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/administracao-superior/vice-presidencia/centro-de-inteligencia/centro-de-inteligencia>. Acesso em: 17 fev. 2026.

_____. Centro de Inteligência da Justiça do Distrito Federal [online]. Publicado

_____. Centro de Inteligência do TJDF. Nota Técnica nº 6/2021/CIJDF - Reflexos na prestação jurisdicional decorrentes do implante do dispositivo anticoncepcional "Essure". Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/administracao-superior/vice-presidencia/centro-de-inteligencia/notas-tecnicas/2021-1/nota-tecnica-6-dispositivo-anticoncepcional-essure.pdf/view>.

_____. Distrito Federal é condenado a indenizar paciente por implantar contraceptivo vencido. *Notícias – TJDF*, Brasília, 23 mar. 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/noticias/2022/marco/distrito-federal-e-condenado-a-indenizar-paciente-por-implantar-contraceptivo-vencido>. Acesso em 19 out. 2025.

_____. *Juizados Especiais da Fazenda Pública* [online]. Brasília. 22 fev. 2022. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/juizados-especiais/juizados-fazenda-publica>. Acesso em 17 fev. 2026.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO NORTE – TJRN. Centro de Inteligência. *Nota Técnica nº 01/2020 – Tema nº 1: Causas repetitivas: litigância agressora e demandas fabricadas* [online]. Natal, 22 jan. 2021.. Disponível em: <https://centrodeinteligencia.jfrn.jus.br/tjrn/#/temas/p/428>. Acesso em 21 fev. 2026.

WALTER, Jessica; HAYMAN, Emily; TSAI, Shelun; GHOBADI, Comeron W.; Xu, Shai. Medical device approvals through the premarket approval pathway in obstetrics and gynecology from 2000 to 2015. *Obstetrics & Gynecology*, n. 6, v. 127, p. 1110-1117, 2016.

WARDROPE, Alistair. Medicalization and epistemic injustice. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, v. 18, n. 3, p. 341-352, 2015.

WYNNE, Brian. Misunderstood misunderstanding: social identities and public uptake of science. *Public Understanding of Science*, v. 1, n. 3, p. 281-304, 1992.

ZATARIN, Atena Oliveira. *O dever de indenizar do Distrito Federal no caso do Essure®*. 2022. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

ZOU, Chenyu; DAVIS, Brandy; WIGLE, Patricia; HINCAPIE, Ana; GUO, Jeff Jianfei. Safety reporting of Essure medical device: a qualitative and quantitative assessment on the FDA manufacturer and user facility device experience database in 2018. *Frontiers in Reproductive Health*, v. 13, n. 5, p. 1-8, 2023.

Anexo I – Roteiros de entrevistas

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de entrevistas semiestruturadas

Projeto “Direitos sexuais e reprodutivos em disputa: a mobilização de mulheres vítimas do dispositivo Essure no Distrito Federal”

ROTEIRO 1 - Para mulheres vítimas do dispositivo Essure

Prólogo: Explicação da pesquisa e esclarecimento de dúvidas

Ocasão em que será explicada a dinâmica das entrevistas. Deixar claro que o sigilo será garantido, e que os áudios serão deletados após a transcrição; que as perguntas são abertas; que o/a participante pode optar por não responder ou por responder parcialmente; que pode interromper ou tirar dúvidas a qualquer momento.

Bloco de perguntas

Sobre a trajetória pessoal e a relação com o Essure

1. Inicialmente, eu gostaria de ouvir sobre você. Poderia me falar um pouco sobre sua trajetória?
[Caso não seja mencionado, perguntar sobre: idade, escolaridade, emprego, atual formação familiar e número de gestações por que já passou]
1. 1 Você poderia me falar um pouco sobre como foi sua vida reprodutiva?
2. Qual a sua história com o Essure?
[Tentar cobrir os seguintes pontos: a) primeiro contato com o dispositivo; b) processo de inserção; c) cuidados e atendimentos pós-inserção; d) início dos sintomas; e) associação entre os sintomas e o dispositivo; f) tentativas de retirar o dispositivo/tratar os sintomas; g) se for o caso, percepções após a retirada do Essure]
3. Ao longo desse percurso com o dispositivo, como foi sua relação com os profissionais do sistema de saúde – médicas, enfermeiras etc.?
4. Além das instituições de saúde, você procurou algum órgão do sistema de justiça – como a Defensoria Pública ou o Ministério Público – para falar sobre seu caso? Se sim, como foi esse contato?

Sobre a AMVEB e a mobilização de mulheres vítimas

5. Como você conheceu a Associação de Mulheres Vítimas do Essure?

6. Você poderia me contar um pouco sobre o trabalho da Associação?
[Tentar entender se, para além do Essure, a AMVEB pauta outras questões, em especial sobre saúde e gênero.]
7. Qual o seu nível de envolvimento com esse trabalho?
[Tentar compreender se a interlocutora é ativa nas redes sociais da AMVEB, se frequenta manifestações, se participa na tomada de decisões etc.]
8. Você acredita que o envolvimento nas atividades da Associação teve algum impacto na sua vida, para além da retirada (ou não) do dispositivo?
9. Você acha que o trabalho da AMVEB poderia ser classificado como feminista?

Fechamento

Questionar se a entrevistada gostaria de ser identificada ou se prefere ser anonimizada. Caso, durante a entrevista, a interlocutora tenha demonstrado interesse em ser gravada/fotografada, apresentar o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Som de Voz. Reforçar meus contatos e frisar que estarei disponível para dúvidas ou complementações.

ROTEIRO 2 - Para profissionais do sistema de justiça

Prólogo: Explicação da pesquisa e esclarecimento de dúvidas

Ocasão em que será explicada a dinâmica das entrevistas. Deixar claro que o sigilo será garantido, e que os áudios serão deletados após a transcrição; que as perguntas são abertas; que o/a participante pode optar por não responder ou por responder parcialmente; que pode interromper ou tirar dúvidas a qualquer momento. Apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Bloco de perguntas

1. Inicialmente, eu gostaria de ouvir sobre você. Poderia me falar um pouco sobre sua trajetória e sobre como você chegou a trabalhar na promotoria/defensoria/vara/etc?
2. Você poderia me contar um pouco sobre o trabalho que vocês fazem aqui na promotoria/defensoria/vara/etc?
3. Quando você ouviu falar sobre o caso Essure pela primeira vez?
4. Com que frequência você tem contato com as mulheres vítimas do Essure? Qual a sua relação com elas?
5. E com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, como é sua relação?
6. Depois de ouvir sobre o caso, que providências você e sua equipe tomaram? [Tentar compreender se as ações se limitam à esfera judicial e se os/as interlocutores(as) participam publicamente do debate sobre o caso Essure]
7. Algum aspecto do caso Essure chamou sua atenção em particular? Por quê? [Caso não tenha sido mencionado, perguntar sobre relação entre as mulheres vítimas e a Secretaria de Saúde e sobre como avalia a mobilização da AMVEB.]

Fechamento

Questionar se o/a entrevistado(a) gostaria de ser identificado(a) ou se prefere ser anonimizado(a). Reforçar meus contatos e frisar que estarei disponível para dúvidas ou complementações.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de entrevistas semiestruturadas

Projeto “Direitos sexuais e reprodutivos em disputa: a mobilização de mulheres vítimas do dispositivo Essure no Distrito Federal”

ROTEIRO 3 - Para Kelli (2025)

Prólogo: Retomar explicação da pesquisa e abrir espaço para o esclarecimento de dúvidas

Bloco de perguntas

1. Faz muito tempo que não conversamos. Inicialmente, gostaria de saber como você está e o que você tem feito nesses últimos tempos.
2. E a Associação de Mulheres Vítimas do Essure? O que aconteceu de mais importante neste último ano?
3. Como estão os processos judiciais de indenização e de retirada?
4. Como está a relação com os advogados? E com o Ministério Público e a Defensoria?
5. Eu queria te pedir, se possível, para reconstruir brevemente o histórico da Associação.
6. O que você aprendeu ao longo desses anos, na chefia da Associação?
7. Quem te inspira nessa caminhada?
8. O que você acha que vai acontecer nos próximos anos com as mulheres vítimas e com a Associação?
9. Como é fazer as atividades da Associação enquanto lida com as dores e os sintomas decorrentes do Essure? Alguém te ajuda?
10. O que te motiva a fazer essas atividades na Associação?
11. Como é um dia na sua vida? É muito diferente de quando você começou o trabalho na Amveb?