

NOTAS INICIAIS A RESPEITO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COMO UM ESPAÇO DE EXERCÍCIOS DE PODER NAS EXPERIÊNCIAS CONTRACEPTIVAS

Joana Vidal Maia¹

Resumo: Discuto aqui um argumento sobre como os serviços de saúde são representados e significados enquanto espaços de múltiplos exercícios de poder nas narrativas de experiências contraceptivas. Para isto, parto de uma história de vida que faz parte de dados construídos numa investigação etnográfica desenvolvida entre Lisboa (Portugal) e Fortaleza (Brasil), de 2021 a 2024. Através desta narrativa, observo as relações dinâmicas que são estabelecidas com os serviços de saúde, com destaque para as experiências contraceptivas e, de forma mais ampla e imbricada, à saúde sexual e reprodutiva. Além disto, dou atenção a forma como estes serviços são um ponto de convergência entre diferentes relações socioculturais que circulam em torno destas questões. Para construir este argumento, considero os debates teóricos sobre gênero, sexualidade e poder.

Palavras-chave: Contraceção; poder; serviços de saúde; histórias de vida

Introdução

O contexto no qual este texto é escrito parte da investigação, ainda em curso, para o desenvolvimento de minha tese doutoral, onde estou interessada na multidimensionalidade dos exercícios de poder nas experiências contraceptivas. Neste sentido, desenvolvo um trabalho de campo de cariz etnográfico em dois territórios – Fortaleza (Brasil) e Lisboa (Portugal) – onde o método primeiro é o desenvolvimento de histórias de vida a partir de conversas que se inspiram nas propostas de entrevista em profundidade e entrevista compreensiva (Bertaux,

¹ Estudante do Doutorado em Antropologia Iscte-IUL/NOVA-FCSH e doutoranda integrada no Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA). Esta comunicação traz elementos de pesquisa do meu projeto de tese intitulado “Contraceção e poder: controlo da reprodução como experiência multidimensional de relações sociais”, desenvolvido com orientação científica da profa. Antónia Pedroso de Lima. O projeto e este texto têm financiamento pela FCT e pelo FSE através da bolsa de doutoramento UI/BD/151002/2021 e do CRIA UI/04038/2020; DOI financiamento: 10.54499/UI/BD/151002/2021. Uma versão inicial deste texto foi apresentada durante o Fazendo Gênero 13 no ST 27 – Justiça Reprodutiva: teorias e práticas da reprodução e do cuidado como direito humano das mulheres e das pessoas trans. Agradeço a todas as pessoas que fizeram comentários e dialogaram com o argumento aqui exposto. Contato: joanavmaia@gmail.com

1999; Duarte, 2005; Ferreira, 2014; Kofes, 1994). O perfil de pessoas entrevistadas tem alguma variação e o trabalho, iniciado em 2021, ainda está em curso, mas destaca-se a presença de mulheres cisgênero e heterossexuais com formação universitária nos dois lugares².

As narrativas apontam que as relações com os sistemas de saúde aparecem muitas vezes como um ponto de tensão, para onde convergem dinâmicas e exercícios de poder que ultrapassam as diretrizes da biomedicina (Camargo Jr., 1997), acionam eventualmente repertórios de outras ordens discursivas (Foucault, 1999) e se espriam de e para contextos relacionais. Neste sentido, a proposta aqui é experimentar um argumento desde esta parte específica da pesquisa. Uma vez que meus interesses estão voltados para a multidimensionalidade de exercícios de poder, gostaria de chamar atenção para alguns aspectos que me parecem exemplares em práticas relacionadas a saúde sexual e reprodutiva. Desta forma, parece fazer sentido pensar as relações que aí se estabelecem a partir da proposta de Ortner (2007) sobre agência como poder e agência como intenção/desejo a partir dos “jogos sérios”. Segundo autora, o “jogo sério” traz objetivos particulares culturalmente constituídos em direção aos quais os sujeitos “agem”; além disso, observa também que “a agência de projeto depende intrinsecamente da agência de poder” (Ortner, 2007, 69), sendo a agência dos sujeitos sempre negociada relacionalmente a outros e a posicionalidade social.

O fio condutor para o aqui apresentado será a entrevista de uma interlocutora que vive em Fortaleza, a quem chamarei de Olívia, tomando-a enquanto personagem para este argumento e considerando que a história que ela me conta representa uma “identidade narrativa” construída ativamente a partir dos episódios narrados, particularmente desenvolvida em nosso encontro a partir de um diálogo construído naquele momento e naquele espaço, sobre uma realidade específica por ela vivida (Durão e Cardoso, 1996; Ferreira, 2014; Rezende, 2020; Silva, 2012). Do ponto de vista da análise, considero pensar as narrativas como “indícios interconectáveis que apontam para processos sociais e formas de falar sobre a experiência social” (Oliveira, 2019, 143) e têm capacidade de expressar relações e processos socioculturais

² Todas as pessoas mencionadas neste texto o são a partir de nomes fictícios. As categorias usadas são aquelas declaradas pelas interlocutoras no momento da entrevista. Foi recolhido o consentimento para a participação na pesquisa das pessoas que participaram das entrevistas de histórias de vida. As informações descritivas a respeito das pessoas que participaram são aquelas mencionadas no contexto das entrevistas, realizadas em momentos distintos do trabalho de campo.

junto ao “jogo sempre combinado entre atores individuais e experiências sociais, entre objetividade e subjetividade” (Kofes, 1994, 140).

Relações de poder nos serviços de saúde: entre biomedicina, família, amigos e religião

Olívia conta que cresceu numa família de classe média na cidade de Fortaleza, onde vive até hoje. Sempre teve plano de saúde – “nunca fiquei um dia da minha vida sem”, enfatiza. Aos 37 anos, ela se identifica como uma mulher cisgênero, heterossexual e negra, com escolaridade em nível de doutorado, na mesma posição de classe. Vive com o marido, não tem filhos e não planeja engravidar. Na escola, considera que não teve educação sexual, apenas aulas de biologia sobre sistema reprodutivo. Em casa, não tinha muitas conversas sobre relacionamentos e sexualidade com os pais. Ela reflete que a experiência com contraceptivos é “meio paradoxal”: “apesar de eu nunca ter tido, ao meu ver, um esclarecimento adequado sobre uso de contraceptivo, eu sempre fui ao ginecologista”. Olívia começou frequentar o médico ginecologista no sistema privado quando era adolescente, levada pela mãe, para o mesmo médico que a mãe já frequentava. Conta que a mãe entrava com ela na consulta, “então qualquer dúvida que eu tivesse com ele, eu não ia tirar, porque ela tava lá”. Após algum tempo, começou a frequentar o mesmo médico sozinha, com “mais autonomia” e diz que sanava suas questões com ele: “até porque a internet não era essas coisas todas na nossa época, né?”. Olívia parou de ir a este médico após episódios recorrentes de candidíase, no início da vida adulta, quando, ao perguntar o que podia fazer, o médico lhe respondeu: “vá morar na Suécia”.

Na narrativa de Olívia, expressa-se o hábito de seguir o corpo de perto, pelas diretrizes biomédicas e especializadas do ocidente, que tem no sujeito do médico a autoridade e onde há uma compartimentação do corpo em sistemas a serem seguidos separadamente através de exames (Camargo Jr., 1997; Diniz, 2013), acrescida de uma dimensão relacionada à lógica da escolha na assistência à saúde no que diz respeito à relação médico-paciente, onde o “o profissional de saúde é responsável por dar informações sobre tratamentos, cabendo ao paciente a autonomia de realizar suas escolhas” (Rezende e Aureliano, 2024, 10). Isto é condicionado e refletido pela posição de classe – e Olívia também aponta isto explicitamente: “nós, meninas, ainda temos uma certa cultura de ir no ginecologista – de determinada classe, né?”. A utilização de saúde privada através do sistema de planos é típica desse setor social desde a formação tanto

do sistema de saúde complementar como da própria classe média, e um ponto específico desta inter-relação entre classe média e saúde privada é que a frequência não é a um profissional da medicina familiar ou um médico generalista ou mesmo um ginecologista que está ali disponível mediado por uma referência que seria o local físico, como uma clínica ou um posto, de forma mais ou menos homogênea; o que há é uma oferta mais ampla e supostamente menos padronizada no serviço privado (Reigada e Romano, 2018; Rezende e Aureliano, 2024; Vilarinho, 2004). Assim, no contexto dessa “cultura de ir no ginecologista” de classe média, o profissional é definido com alguma mediação de rede próxima, neste caso pela mãe.

Na figura e presença da mãe, vislumbram-se alguns elementos: o cuidado com a saúde, a sua e a da filha; o caráter de transmissão geracional de uma diretriz sociocultural moderna, a prática de visitas periódicas a um profissional de saúde especializado para um seguimento próximo do corpo no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva; uma figura de autoridade sobre a filha adolescente que representa uma interdição à livre conversa com o médico sobre sexualidade e contracepção – talvez possa se considerar que a presença da mãe estende as não-conversas sobre o assunto em casa para este novo ambiente que é o consultório médico. De certa forma, parece que a autoridade da mãe, na qual podemos vislumbrar enquanto representação o silêncio ou a inibição da conversa, eclipsa a autoridade do médico, onde haveria a fala para melhor seguimento do corpo dentro de uma lógica da biomedicina – porventura, uma dinâmica de poder entre silêncio e confissão que marca a construção da sexualidade no ocidente (Foucault, 1994). Faz-se nota, considerando ainda outras entrevistas deste trabalho que campo, que sexo e sexualidade são, muitas vezes, pontos de tensão entre pais adultos e filhos adolescentes.

Depois, quando a mãe se ausenta, e ela segue no médico com “mais autonomia”, o que pode entendido também como já mais adulta, ou sem a presença da mãe, passa a haver espaço para alguma conversa através das dúvidas que são sanadas. No entanto, em contraposição, Olívia evoca a ausência de outras fontes de informação mais acessíveis no período – e, neste sentido, é possível refletir que esta fala com o médico não é isenta de constrangimentos. A relação com este médico é interrompida após uma questão de saúde que a incomodava e para a qual ele dá uma resposta que não considera adequada, acolhedora ou efetiva: “a minha vontade era... matar”, expressa ao contar essa história e, em outro momento referindo-se à

mesma questão já solucionada: “custava o idiotizado daquele ginecologista me dizer um negócio desse?”.

Olívia começou a usar contracepção de maneira sistemática no primeiro namoro, quando começou a tomar a injeção – “eu tinha medo de engravidar, porque eu sempre tive pânico de ter filho”. Na ocasião, ligou para sua melhor amiga e perguntou qual injeção a amiga estava tomando; pegou o nome do remédio, foi na farmácia, também privada, comprou, e lá mesmo a pessoa do atendimento fez a aplicação. Na vez seguinte que foi ao ginecologista – algum tempo depois e ainda neste primeiro – falou que estava usando o medicamento e o médico lhe disse que tudo bem, perguntou se tinha algum efeito colateral, ao que ela negou, e seguiu usando por 6 ou 7 anos. Quando decidiu trocar de médico, começou a frequentar uma profissional indicada por uma amiga. A frequência à nova médica coincidiu com a época que decidiu substituir a injeção contraceptiva pelo diu. Conta: “ela colocou meu diu, ela colocou a sangue frio (...) doeu pra caralho, eu passei dois dias ruim, sabe? Horrível”. Depois, soube que havia médicos especializados em colocar diu, que faziam o procedimento com anestesia. Devido a uma questão de saúde no útero, teve de tirar o diu e voltou para a injeção, uma diferente da que já tinha tomado, agora receitada por esta médica, e é a contracepção que usa até hoje. Na época da nossa conversa, disse que estava “pensando em mudar novamente” de ginecologista.

No caso das experiências contraceptivas, há aqui o uso regular de método contraceptivo quando começa a ter uma vida sexual ativa mais regular no primeiro namoro, no início da vida adulta, seguindo a ideia de que as mulheres devem fazê-lo para evitar uma gravidez não planejada e que a socialização contraceptiva acontece principalmente num cenário relacional de exercício da sexualidade e dos afetos (Brandão 2020; Cabral 2017). Um segundo espaço privado de saúde ganha destaque: a farmácia. É lá que compra e toma a injeção, e onde procurou a pílula do dia seguinte quando precisou, confirmando este como um espaço importante no que diz respeito ao acesso à contracepção reversível (Cabral, 2017). O teor mercadológico do estabelecimento e a relação comercial colocada por este ambiente, que tem na compra e venda de produtos farmacêuticos sua principal finalidade (Paiva e Brandão, 2014), parece facilitar o acesso: ao ter disponibilidade para o pagamento e não havendo restrição ao medicamento, não há problemas em adquiri-lo. A relação com o médico foi suprimida tanto no âmbito da decisão

ou recomendação como da aquisição: o especialista não foi consultado sobre como iniciar a contracepção ou se deveria ou não tomar uma pílula do dia seguinte após uma situação, e isso não foi um impeditivo sobre a decisão ou sobre a aquisição de nenhum dos medicamentos. Prevalece neste sentido as relações com uma rede de proximidade que não se refere nem à mãe que a inseriu ao hábito dos cuidados médicos, nem ao namorado com quem efetivamente usava a contracepção no contexto das práticas sexuais, mas às amigas, sujeitos frequentes na mediação relacionada à escolha do método (Cabral, 2017), que neste caso recomendam tanto a injeção como a nova médica que passa a frequentar, e a pesquisa independente no caso da pílula do dia seguinte.

Entretanto, ao falar sobre a injeção, pondera a própria decisão frente a este ideal da medicina como espaço legítimo para seguir e recomendar sobre o corpo: diz que considera o esquema “errado”, mas balanceia que “entre automedicação e pegar um bucho, o que é que eu preferia? Automedicação”. Esta prática de ponderação pode ser entendida como uma extensão ao nível social e relacional de traços de uma “cultura do risco que impregna as propostas de prevenção e promoção de saúde” (Brandão, 2020, 13). A autora aponta ainda que as pesquisas sobre contracepção de emergência demonstram que “nas narrativas femininas, o medo da gravidez supera o medo dos efeitos colaterais que o medicamento pode provocar” (*id. ibid.*). O que pode se refletir aqui é que talvez esta não seja relação restrita ao uso eventual da pílula do dia seguinte, mas que a ponderação de riscos mediada pelo medo da gravidez seja uma constante em práticas contraceptivas: Jardim (2009), por exemplo, já apontava uma relação de contraposição entre medo e confiança em torno do corpo, da gravidez e das relações numa investigação sobre o uso de implantes subcutâneos numa periferia de Porto Alegre.

Uma maior atividade da médica relativamente a contracepção aparece quando decide pelo diu, um método contraceptivo que depende do profissional para ser utilizado. No entanto, relata uma má experiência: diz que o processo foi doloroso e depois descobriu – o que sugere que não foi informada antes – que poderia ser feito de outra forma. Aqui, penso sobre o estabelecimento de uma hierarquia em torno deste contraceptivo que se baseia no acesso ao corpo e na supressão de informação – parece ter sido como foi porque a médica podia que assim fosse: não é possível acessar o diu sozinha, como fazia com a injeção; não pode escolher um procedimento sem dor porque não soube da possibilidade. Até a época de nossa conversa,

Olívia seguia tomando a injeção trimestral e avaliava: “pra mim é muito cômodo, sinceramente: é uma injeção de três em três meses, eu não tenho problema com injeção, é 35 reais, eu vou naquele dia na farmácia e pronto, eu já tenho a minha farmácia, eu já tenho a menina que aplica, já sou é amiga dela”. Uma vez que mencionei as redes de proximidade, acho interessante como é acionada também uma proximidade em relação à atendente da farmácia através de uma amizade que se associa à continuidade da prática contraceptiva – e penso que aqui a ideia de amizade se refere a uma dinâmica brasileira onde não se trata apenas de uma relação, mas também de um sentimento (Rezende, 2002), criado e expresso através da constância dos encontros regulares ainda que para uma prestação de serviço.

Olívia ainda narra dois episódios onde o elemento religioso aparece com ênfase em meio aos serviços de saúde enquanto constrangimento: uma vez, foi fazer exames numa clínica privada, e, ao entrar no consultório se deparou com uma série de imagens católicas: “tá todo o aparato lá de santo, de crucifixo, de terço”, ela conta; durante o exame, a médica questionou sua decisão de não ter filhos, recomendando que os tivesse; ela reflete: “e a mulher com o bicho dentro de você, e você já numa situação constrangedora, e ela te constrangendo mais ainda moralmente e psicologicamente”. Noutra vez, quando precisou comprar uma pílula do dia seguinte, a primeira farmácia que foi não vendia o medicamento pelo fato de o dono ser evangélico, segundo lhe informou a atendente no balcão.

Embora muito já se tenha escrito sobre a perspectiva biomédica e a autoridade da medicina (Diniz, 2013; Foucault, 1994; Camargo Jr. 1997; Nepomuceno e Romano 2014), aqui me parece ser expresso um nó mal resolvido: eventualmente – e, não por acaso, este evento é justamente a manifestação de intenções não-reprodutivas – uma das questões relativas às relações de poder nos serviços de saúde pode ser justamente não ser suficientemente biomédica, com tentativas de intervenção nas decisões específicas sobre gravidez ou maternidade, justificadas – ou lidas por Olívia, como no caso das imagens na clínica – por um horizonte de percepção cujo repertório está fora do campo da saúde, de forma distinta do que seria a atividade objetiva de fazer um exame ou vender uma medicação. No caso dos exames, a situação hierárquica é expressa novamente pelo acesso ao corpo – “a mulher com o bicho dentro de você”; no caso da farmácia, o poder de compra foi interditado naquele lugar pela não-venda do medicamento, tendo de recorrer à outra rede de farmácias para conseguir a

medicação que buscava. Talvez tenhamos aqui um nó de reprodução social, onde encontramos uma lógica de seguimento e manutenção da ordem que, até certo ponto, é materializada na biomedicina, mas que, na apresentação explícita ou implícita de uma divergência relativamente a esta ordem, como o desejo pela não-maternidade, os sujeitos que agenciam um repertório de reenquadramento vão buscar argumentos em outras ordens discursivas (Foucault 1999).

Considerações finais

Partindo da ideia de Ortner (2007) sobre os “jogos sérios”, é possível considerar que, até certo ponto, está aqui uma descrição de um trânsito ambíguo pelo “jogo sério” da reprodução neste contexto capitalista e ocidentalizado: idealmente colocada numa norma procriadora que se dá numa família nuclear de dois trabalhadores na classe média, na idade adulta, num contexto planejado e desejado, associado também ao exercício de uma sexualidade considerada saudável, segura, boa, evitando gravidezes com contracepção moderna enquanto não for o caso e seguindo sistematicamente o corpo através da medicina (Brandão, 2020; Cabral, 2011; Foucault, 1994; Fraser 2023; Heffington, 2024; Rubin, 2012; Thomé e Rouzaud-Cornabas, 2017). Neste sentido, segundo Ortner (2007), a agência não será um conceito individualista, mas algo relacionalmente constituído entre redes formadas por uma suposta solidariedade e, ao mesmo tempo, relações poder e desigualdade; além disso, destaca a autora que “a agência de projetos – agência que implica a busca de fins culturais significativos – quase sempre, e quase necessariamente, envolve relações *internas* de poder” (Ortner, 2007, 69). Assim, gostaria de construir estas considerações finais sobre relações de poder nos serviços de saúde a partir de uma última reflexão de Olívia: ela conta que considera o ambiente médico “muito sexista, muito machista, muito violento”. Comenta que “um ginecologista legal, que seja humano, que converse, que acompanhe bem a gravidez” é sempre um assunto entre as amigas, “sempre é uma informação assim muito valiosa”.

Primeiro, desenha-se para mim uma percepção de que a saúde sexual e reprodutiva – e consequentemente a experiência com sexualidade – extrapola a intimidade pessoal e a relação de casal, e extrapola também o ambiente e o saber biomédico, construindo-se dinamicamente através de múltiplas relações (Cabral, 2017), seja pela transmissão geracional do hábito de frequentar o ginecologista, seja pelas amizades com outras mulheres como o local da

recomendação sobre como proceder em relação à contracepção ou a procura de médicos, ou seja até mesmo pelo sentimento de amizade evocado em relação à farmacêutica que aplica a injeção. Esta última talvez possa ser contraposta justamente aos pontos de conflito que narra sobre os ginecologistas que frequentou: pouco espaço para conversa, respostas inadequadas, supressão de informação, dor. No que diz respeito à contracepção, uma possibilidade é dialogar com a ideia de Cabral (2017) a respeito de uma possível conotação negativa que a necessidade de acompanhamento médico especializado pode assumir na escolha do método, para pensar como uma dinâmica relacional positiva, neste caso associada ao sentimento de amizade, pode representar a continuidade da prática contraceptiva.

Segundo, que isso se expressa numa relação particular entre classe social e serviços de saúde, materializada pela presença constante da saúde privada ao longo da vida através do plano de saúde e pelo poder de compra na farmácia, de forma que o acesso à contracepção, às consultas e aos exames não são postos em causa. No entanto, isso não parece transformar drasticamente a hierarquia interna das relações médico-paciente (Rezende e Aureliano, 2024), expressas principalmente pelo acesso ao corpo e a detenção da informação e de recursos por parte dos profissionais de saúde, assim como os consequentes constrangimentos, desconfortos, dores e bloqueios que daí decorrem. Neste sentido, é possível compreender o valor atribuído a informação sobre o médico “humano”, que traz a expectativa de uma assistência a saúde que se relacione com a lógica do cuidado, e, ao mesmo tempo, carrega também uma outra expectativa, esta comumente atendida, sobre a ausência dele (*id. ibid.*).

Por fim, é possível pensar o pensar o medo, especialmente da gravidez, como uma emoção de caráter micropolítico organizadora de uma ordem social, que faz parte do processo de socialização de valores e normas (Koury, 2005; Rezende e Coelho, 2010). Assim, ao navegar pelo “jogo sério” descrito acima, o medo não parece ser uma emoção que se origina nas experiências com os serviços de saúde – não se fala em medo do médico, medo da farmacêutica, ou nem mesmo medo da dor de algum procedimento, mas em medo da gravidez. No entanto, não deixa de ser uma componente mediadora da relação com estes serviços de alguma forma ao mobilizar comportamentos contraceptivos, direcionando aos profissionais e saberes que, do ponto de vista social, são legitimamente constituídos como o espaço para tal (Camargo Jr., 1997; Diniz, 2013).

Referências bibliográficas

BERTAUX, Daniel. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, v. 29, n. 4, p. 1-23, março, 1999.

BRANDÃO, Elaine Reis. Tênuos direitos: sexualidade, contracepção e gênero no Brasil. *Anuário Antropológico*, v. 45, n. 2, p. 11-21, 2020.

CABRAL, Cristiane da Silva. *Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: agência individual, contextos relacionais e gênero*. Rio de Janeiro, 2011. 299 páginas. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CABRAL, Cristiane da Silva. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 1093-1104, 2017.

CAMARGO JR, Kenneth Tochel de. A biomedicina. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 7.1, p. 45-68, 1997.

DINIZ, Debora. Três gerações de mulheres. In: PINSKY, Carla Bassanezi, e PEDRO, Joana Maria (orgs.). *Nova História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 1. ed, 1ª reimpressão, 2013, p. 394-417.

DUARTE, Jorge. Entrevista em profundidade. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005, v. 1, p. 62-83.

DURÃO, Susana e CARDOSO, Teresa. Os métodos biográficos: Uma aproximação aos fundamentos da história de vida. *Arquivos da Memória*, v. 1, p. 95-123, 1996.

FERREIRA, Vitor Sérgio. Artes e manhas da entrevista compreensiva. *Saude e sociedade*, v. 23, p. 979-992, 2014.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber*. Tradução de Pedro Tamen. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1ª ed., Coleção Antropos, 1994.

FOUCAULT, Michel. *A Ordem do Discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 5ª edição, 1999.

FRASER, Nancy. Crise do cuidado? Sobre as contradições sociorreprodutivas do capitalismo contemporâneo. In: BHATTACHARYA, Tithi. *Teoria da reprodução social: remapeamento de classe, recentralização da opressão*. São Paulo: Elefante, 2023, p. 45-68.

HEFFINGTON, Peggy O'Donnel. *Sem filhos: a longa história de não ser mãe*. Lisboa: Vogais, 2024

JARDIM, Renata Teixeira. Eu to confiando: a prática contraceptiva de implantes subcutâneos na cidade de Porto Alegre/RS. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, 2009.

KOFES, Suely. Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites. *Cadernos Pagu*, n. 3, p. 117-141, janeiro, 1994.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. A antropologia das emoções no Brasil. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 4, n. 12, p. 239-252, 2005.

NEPOMUCENO, Thales Bhering, e ROMANO, Valéria Ferreira. Tabagismo e relações de poder na produção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 701-710, 2014.

OLIVEIRA, Leandro de. A “vergonha” como uma “ofensa”: homossexualidade feminina, família e micropolíticas da emoção. *Horizontes Antropológicos*, v. 25, p. 141-171, 2019.

ORTNER, Sherry B., Poder e projetos: reflexões sobre agência, In: GROSSI, Miriam Pillar, ECKERT, Cornelia e FRY, Peter Henry (orgs.). *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*, Blumenau: Nova Letra, 2007, p. 45-80.

PAIVA, Sabrina Pereira; BRANDÃO, Elaine Reis. A comercialização da contracepção de emergência em drogaria do município do Rio de Janeiro: aspectos éticos e metodológicos de uma pesquisa etnográfica. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 4, p. 1417-1430, 2014.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima, e ROMANO, Valéria Ferreira. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 03, p. e280316, 2018.

REZENDE, Claudia Barcellos. Mágoas de amizade: um ensaio em antropologia das emoções. *Mana*, v. 8, p. 69-89, 2002.

REZENDE, Claudia Barcellos. Sentidos da maternidade em narrativas de parto no Rio de Janeiro. *Sociologia & Antropologia*, v. 10, p. 201-220, 2020.

REZENDE, Claudia Barcellos, e AURELIANO, Waleska de Araújo. Cuidado e gratidão nas relações com profissionais de saúde. *Civitas: revista de Ciências Sociais*, v. 24, n. 1, p. e45038-e45038, 2024.

REZENDE, Claudia Barcellos, e COELHO, Maria Claudia. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV, v. 136, p. 1, 2010.

RUBIN, Gayle. *Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade*. Tradução de Felipe Bruno Martins Fernandes. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1582/gaylerubin.pdf>

SILVA, Hélio R. S. *Travestis: entre o espelho e a rua*. Rio de Janeiro: Rocco, 2012.

THOMÉ, Cécile; ROUZAUD-CORNABAS, Mylène. Comment ne pas faire d'enfants?. La contraception, un travail féminin invisibilisé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, n. 48-2, p. 117-137, 2017.

VILARINHO, Paulo Ferreira. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. *Cadernos EBAPE. BR*, v. 2, p. 01-15, 2004.

Initial notes on health services as a space for power exercises in contraceptive experiences

Abstract: Here I discuss an argument about how health services are represented and signified as spaces of multiple exercises of power in the narratives of contraceptive experiences. To do this, I use a life story which is part of the data constructed in an ethnographic investigation carried out between Lisbon (Portugal) and Fortaleza (Brazil), from 2021 to 2024. Through this narrative, I observe the dynamic relationships that are established with health services, with an emphasis on contraceptive experiences and, in a broader and more intertwined way, sexual and reproductive health. In addition, I pay attention to how these services are a point of convergence between different socio-cultural relationships that circulate around these issues. To build this argument, I consider the theoretical debates on gender, sexuality and power.

Keywords: contraception; power; health care services; life stories