



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



MARIANA RAMOS PITTA LIMA

**PRÁTICAS E SIGNIFICADOS EM TORNO DA ULTRASSONOGRAFIA
OBSTÉTRICA E ABORTO EM SALVADOR - BRASIL**

Salvador,
2015

MARIANA RAMOS PITTA LIMA

**PRÁTICAS E SIGNIFICADOS EM TORNO DA ULTRASSONOGRAFIA
OBSTÉTRICA E ABORTO EM SALVADOR-BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Cecilia Anne McCallum
Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Greice Maria de Souza Menezes

Salvador,
2015

Ficha Catalográfica
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

L732p Lima, Mariana Ramos Pitta.

Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador-Brasil / Mariana Ramos Pitta Lima. -- Salvador: M.R.P.Lima, 2015.

53f.

Orientador(a): Profa. Dra. Cecília Anne McCallun.

Co-orientador(a): Profa. Dra. Greice Maria de Souza Menezes.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Ultrassonografia Obstétrica. 2. Tecnologia de Imagem. 3. Aborto. 4. Pessoaalidade Fetal. I. Título.

CDU 616-073



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

MARIANA RAMOS PITTA LIMA

**PRÁTICAS E SIGNIFICADOS EM TORNO DA
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA E ABORTO
EM SALVADOR.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 12 de novembro de 2015

Banca Examinadora:

Prof. Cecilia Anne McCallum – FFCH/UFBA

Prof. Greice Maria de Souza Menezes – ISC/UFBA

Prof. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino – ISC/UFBA

Prof. Lilian Krakowski Chazan – IMS/UERJ

Salvador
2015

Dedico este trabalho às mulheres brasileiras - que vivenciam no cotidiano os efeitos das profundas e inaceitáveis desigualdades do país.

'por nós, pelas outras, por mim' Se empodera, Pagu Funk

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação, produto final do curso de mestrado e parte importante da trajetória profissional na área da Saúde Coletiva, é resultado da contribuição coletiva de pessoas e instituições às quais dedico profunda gratidão nessa sessão. Certamente esquecerei muitos nomes, de antemão agradeço a todas que colaboraram diretamente ou indiretamente com esse estudo.

À Cecilia McCallum, orientadora da pesquisa, por guiar meus passos na antropologia, me apresentar às teóricas feministas e acolher o projeto com entusiasmo.

À Greice Menezes, co-orientadora, pela contribuição na escolha do tema e incentivo desde o início da trajetória. Agradeço as contribuições teóricas e metodológicas valiosas, às leituras repetidas e minuciosas, as críticas. Expresso minha admiração e orgulho em dividir com ambas a autoria deste trabalho.

A professora Estela Aquino, coordenadora do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde – MUSA (e ao MUSA) pela contribuição durante a formação no mestrado, pela influencia positiva na produção de uma pesquisa crítica e socialmente útil, e participação dedicada e cuidadosa nas bancas de qualificação e defesa.

À Lilian Chazan, por compor a banca de defesa, pela leitura cuidadosa e minuciosa, às críticas e contribuições valiosas na defesa e no exame de qualificação.

A professora Maria Luiza Heilborn, pelas contribuições no exame de qualificação.

Às colegas e amigas do MUSA: Fran (Eleonora Schiavo), Cecilia Simonetti, Vânia Bustamante, Paloma, Patrícia, Edileuza, Emanuelle e Ana Rico.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva Jairnilson Paim, Naomar de Almeida-Filho, Ligia Vieira-da-Silva, Carmem Teixeira, Mônica Nunes, Monique Esperidião, Maurício Barreto, Jorge Iriart, Ana Luiza Vilasbôas dos quais tive o privilégio de ser aluna. A Universidade Federal da Bahia e ao Instituto de Saúde Coletiva pela formação crítica. Às colegas da turma de mestrado/doutorado de 2015, em especial as companheiras das Ciências Sociais em Saúde Raquel, Gisele, Laís e Janaína.

Às amigas e amigos Lara Sampaio, Tarsila Carvalho, Larissa Dantas e Paloma Silveira, Ana Luísa Dias, Caroline Feitosa, Rafael Sieiro, Diego Yu, Vitor Ribeiro, Gabriel Lefundes, Heitor Montes, Bruno Murta, Pedro Medina e Pedro Araújo.

Aos funcionários do ISC Anunciação, Carla Nery, Bia e Vilma.

À minha família, em especial meus pais, Inez Maria Pitta e Marcos Antônio Lima e minhas irmãs Ana Luiza Pitta e Beatriz Lima.

Às mulheres e profissionais que gentilmente aceitaram participar da pesquisa.
À FAPESB pelo financiamento da pesquisa através da bolsa concedida.

“É fácil pagar com o sangue dos outros”

Simone de Beauvoir, In: O sangue dos outros

“Ninguém se espanta com o fato de uma carmelita, tendo escolhido rezar por todos os homens, renuncie engrandar indivíduos singulares. [...] Não tive a impressão de recusar a maternidade; não era meu quinhão; continuando sem filho, realizava minha condição natural.”

Simone de Beauvoir, In A força da idade

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIU: Aspiração Manual Intrauterina

IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez

ISC: Instituto de Saúde Coletiva

CLAM: Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos

OMS: Organização Mundial da Saúde

MUSA: Programa Integrado de Ensino, Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UFBA: Universidade Federal da Bahia

USG: Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	16
3 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE PÚBLICA DE SALVADOR-MPS	19
A sala de ultrassom.....	19
O aparelho de ultrassom.....	19
A dinâmica de atendimento.....	20
Do setor de emergência à sala de ultrassom	21
4 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA, ABORTO E PESSOA	22
‘ <i>Não tem nem gravidez nem restos</i> ’: Aborto completo, ambiguidade e continuum reprodutivo	22
‘ <i>Tem Restos</i> ’: Aborto incompleto	28
‘ <i>A gravidez tá aqui, tem batimentos</i> ’: Ameaça de abortamento e a descoberta de vitalidade fetal	31
‘ <i>Tem uma na maca pra atender</i> ’: Aborto no segundo trimestre	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	52

LIMA, Mariana Ramos Pitta. **Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica em Salvador-Bahia.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2015.

RESUMO

Este artigo analisa as práticas e os significados em torno da ultrassonografia obstétrica (USG) realizada em mulheres com abortamento em “MPS”, uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. Especificamente, explora as noções de Pessoa acionadas pelos sujeitos nas relações com a produção de imagens durante exame de USG, com base na análise de registros de observação participante, durante três meses, na sala em que o exame é realizado. A partir desse enfoque, buscamos identificar as noções de ‘gravidez’, ‘conceito’ e ‘feto-pessoa’ constituídas pelos ecografistas e pelas mulheres com abortamento nas interações observadas. O artigo mostra como a USG ocupa um lugar central no itinerário abortivo das mulheres. Sua realização é uma prática incorporada e definidora de condutas na atenção ao abortamento nesse hospital público da rede SUS. Para os profissionais, todas as usuárias do serviço de USG estudado que chegam com sangramento são suspeitas *a priori* de terem provocadas um aborto – até provado o contrário. A etnografia revelou que nesse contexto se constitui três categorias distintas de ‘mulheres com aborto’, cujo acionamento depende da interpretação da imagem ecográfica da condição e do conteúdo do útero. São mulheres com aborto completo, sem qualquer resto embrionário; mulheres com abortamento incompleto com alguns restos; e mulheres com ameaça de aborto com fetos ainda vivos. A forma de significar o estado de saúde e a condição moral de uma mulher com suspeita de aborto se relaciona com a presença ou não de um feto vivo no seu útero, além da idade gestacional em que a suspeita de abortamento ou o aborto aconteceu. Concluímos que, do ponto de vista simbólico, mulheres e profissionais colaboram ao produzir, a partir da interpretação da imagem ecográfica, um conhecimento sobre a gravidez, entendida como um processo que envolve estágios distintos. Quando as evidências ecográficas indicam que houve (provavelmente) um aborto nos estágios iniciais de uma gravidez, os próprios profissionais colaboram com as mulheres em desativar o processo semiótico que levaria à atribuição de um sentido de natureza humana ao conceito. Por outro lado, quanto mais tarde se interrompeu uma gestação, mais provável é que o processo de significação sobre as imagens sustente a ideia de que ali havia Pessoa. Nesse caso e, sobretudo quando se detectou presença de um feto com vida, mais enfática se torna a condenação moral do ato do abortamento. A moral hegemônica sobre aborto e sua criminalização modulam as construções simbólicas e as práticas em torno do exame de USG em mulheres com abortamento.

Palavras-chave: Ultrassonografia Obstétrica; Tecnologia de Imagem; Aborto; Pessoaalidade Fetal.

LIMA, Mariana Ramos Pitta. **Practices and meanings around the obstetric ultrasound in Salvador, Bahia.** Dissertation (Masters in Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2015.

ABSTRACT

This article examines the practices and meanings surrounding obstetric ultrasonography (USG) carried out on women undergoing miscarriage or with incomplete abortion in 'MPS', a public maternity hospital in Salvador, Bahia, Brazil. Specifically, it explores the notions of the Person that subjects construct when engaged with the production of images during USG examinations. It analyzes data produced over a period of three months of participant observation in the hospital's USG clinic, by means of which we sought to identify the notions of 'pregnancy', 'fetus' and 'fetal-person' established by sonographers and women in the interactions we observed. The article shows that ultrasonography plays a central role in women's abortion itineraries. Further, carried out on a routine basis in this public hospital, it has a defining role the care provide to women with abortion. The health professionals assumed *a priori* that all USG service users suffering from bleeding had induced an abortion- until proven otherwise. The ethnography showed that in this setting three distinct categories of 'women with abortion' may be elicited through interpretation of the ultrasound images of the condition and contents of the uterus. These are: women with abortion without embryonic remains; women with abortion with some remains; and women with abortion with live fetuses. The health and moral condition of a woman with possible incomplete abortion is given meaning on the basis of the presence or absence of a living fetus in her womb, as well as the gestational age at which the suspected miscarriage or abortion happened. We conclude that, from the symbolic point of view, women and professionals collaborate to produce knowledge about the pregnancy on the basis of interpretation of the ultrasound images. Pregnancy is understood as a process that involves different stages. When sonographic evidence indicates that there was (probably) an abortion in the early stages of pregnancy the health professionals collaborate with women in disassembling the semiotic process that was leading to recognition of the human nature of the embryonic matter. However, the later the gestation is interrupted, the more likely it is that the process of attributing meaning to the images will sustain the idea that a Person was present. In this case, especially when sonography detects the presence of a living fetus, the more emphatic becomes the act of moral condemnation of abortion. The hegemonic morality concerning abortion and its criminalization modulate the symbolic constructions and practices around the ultrasound examination in the case of women with abortion.

Keywords: Obstetric Ultrasound; Imaging Technology; Abortion; Fetal Personhood.

1 INTRODUÇÃO

“*Tá sangrando?*” — esta é a primeira pergunta que uma mulher que desempenha a função de assistente do médico ecografista faz à paciente que acaba de entrar na sala de ultrassom da Maternidade Pública de Salvador¹ - “MPS”, um hospital/maternidade da rede do Sistema Único de Saúde - SUS em Salvador, Bahia, Brasil. Trata-se de uma “*pergunta de praxe*” para as mulheres em idade reprodutiva que não apresentam sinais físicos aparentes de uma gravidez. Implícita nessa pergunta está outra: “*você abortou?*”. O sangue é símbolo, nesse contexto, de um ato que nega a própria *raison d’être* da instituição: cuidar da reprodução da vida humana.

O que a assistente mostra nessa cena é como são identificadas as mulheres em situação de abortamento encaminhadas para o setor. São jovens, nenhuma delas “*tem barriga*” e estão sangrando. Nesse ambiente, as mulheres são vistas como reprodutoras, categoria de gênero a que estão incorporadas *a priori*. Já que o sangramento é lido de imediato como aborto, e mais que isso, como aborto provocado, levanta-se a suspeita de que pelas suas ações intencionais uma mulher com sangramento tem rechaçada e deturpada sua condição natural de mãe em potencial. Ainda é preciso determinar se a suspeita será confirmada pela investigação científica possibilitada pela tecnologia de visualização. Como em outros locais no Brasil, a presença de sangramento e dor é um sinal “*de desordem, uma alteração ambígua e indefinida no corpo da mulher*” (LEAL, 2012:1695). A USG produz um saber sobre os úteros destinado a resolver esta ambiguidade e desordem.

No Brasil, o exame de USG se tornou definidor para confirmação de uma gravidez biológica e para diagnóstico de um aborto. No âmbito das práticas de saúde, a USG tem ampla aplicação não só na ginecologia como também na obstetrícia, sendo uma ferramenta importante no acompanhamento pré-natal e nos casos de abortamento, quer sejam espontâneos ou provocados. Nesse artigo salientamos que a USG não representa apenas um instrumento útil no cuidado médico, nem somente um simples ‘avanço científico’, pois as imagens assim produzidas também têm poderosa eficácia simbólica. Essa tecnologia, em constante evolução, tem transformado o significado da gravidez e a forma pela qual se entende o início da vida humana, o corpo, o conceito e, de forma relacionada, o aborto. O presente artigo retrata os efeitos sociais gerados por essa ação simbólica a partir da

¹ Nome fictício.

discussão de um estudo concreto, uma etnografia sobre as interações entre profissionais de saúde e mulheres com abortamento submetidas à USG.

Ao conferir uma presença imagética antes ausente à ‘entidade biológica’ que se forma dentro do corpo da mulher durante o período gestacional, as tecnologias de visualização passaram a ocupar um lugar central na construção conceitual e social do conceito como ‘Pessoa’ no sentido consagrado na antropologia (MAUSS, 1974; PETCHESKY, 1987; DAVIS-FLOYD, 1997, p.104). Essa construção se processa em diversas escalas, globais e locais, desde o coletivo nacional até o cotidiano da interação intersubjetiva, ou seja, tanto nos imaginários compartilhados extensivamente quanto nas situações corriqueiras passíveis de serem observadas e registradas, como aquelas que formam o dia-a-dia das clínicas médicas. Na escala global, as novas imagens ocupam um lugar importante em disputas políticas sobre os corpos femininos.

No que diz respeito ao aborto, na segunda década do século 21, o Brasil apresenta uma conjuntura sociopolítica tensionada pelo recrudescimento da condenação moral da prática, na qual aqueles que a condenam imaginam-se como visando assegurar proteção legal da vida humana, concebida como se iniciando no momento da concepção (LUNA, 2014b, p.102-3). Existem fortes disputas ideológicas em torno do assunto. Nas batalhas travadas aciona-se uma retórica visual, em que se usam imagens fetais para propagar mensagens políticas contrárias à descriminalização do aborto. Neste caso, o argumento principal é a defesa da condição de Pessoa de fetos e embriões, através do discurso imagético, com os defensores da continuada criminalização do aborto. (LUNA, 2014a).

A escala menor é sempre marcada, é preciso enfatizar, pelo imaginário coletivo. Nele se encontra de modo forte o resíduo dessas posições ideológicas. No que diz respeito aos estudos nessa escala sobre USG, gravidez e pessoalidade, a maioria das investigações está centrada na perspectiva de mulheres que pretendem levar a gestação a termo, com a USG sendo parte da rotina do pré-natal (CHAZAN, 2007; HOWES-MISCHEL, 2015; MACEDO, 2005)². Existem poucas investigações sobre USG e abortamento, sobretudo na América Latina (ROSTAGNOL, 2008), onde há severas restrições legais à interrupção da gestação. O presente artigo contribui para preencher essa lacuna.

² Ver ainda DAVIS-FLOYD, 1997; GEORGES, 1996; HARRIS, 2004; MITCHEL e GEORGES, 1998; WILLIAMS, 2005.

No itinerário abortivo das mulheres brasileiras é possível identificar ao menos três circunstâncias nas quais o exame de USG é acionado. Na primeira, tem sido indicado por médicos como método diagnóstico complementar para atestar a existência de uma gravidez biológica, e por mulheres como o último recurso que a confirma (DINIZ E MEDEIROS, 2012). Na segunda, a USG é realizada pelas próprias mulheres após indução do abortamento, como forma de verificar se o aborto foi completo³. A terceira diz respeito ao exame que é realizado no hospital, com funções de identificar se há viabilidade fetal, de definir o diagnóstico diferencial do tipo de aborto (se completo, incompleto, retido ou outros) e, como exame de controle, após o procedimento de esvaziamento uterino. O uso da tecnologia nesse terceiro sentido é previsto na Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento, que orienta a conduta de profissionais de saúde (BRASIL, 2011).

Nossa pesquisa, de cunho antropológico, tratou de registrar as formas de significação através de observação participante. No artigo, detalhamos as nossas categorias de análise a partir dos conceitos veiculados nas práticas e nos diagnósticos produzidos na sala de exame de USG. O material apresentado neste texto é organizado a partir de ‘categorias nativas’, procedimento *standard* nas análises antropológicas (GEERTZ, 2001).

No que segue, mostramos que, nesse ambiente de encontros rápidos mediados pela tecnologia, as noções de gravidez e feto não estão dadas *a priori*, mas construídas a partir da produção de ‘informações empíricas’ através da manipulação do USG. Estimativas da temporalidade da gestação no momento da interrupção da gravidez exercem uma influência importante no processo de significação. Há uma suposição de Pessoa fetal que leva a um processo de fabricação deste ente, cujo desfecho depende das circunstâncias específicas de cada caso, e se constitui a partir das imagens geradas pelas USGs. Nos casos em que se vê um feto, a este é atribuído personalidade. Nos casos em que não há nem feto nem restos fetais, ocorre um processo inverso, de desconstrução da Pessoa que até então existia em forma de interrogativa. As imagens são definidoras na produção de discursos sobre personalidade: Pessoas são visualizadas, enunciadas, ou então, quando a visualização é ausente, descartadas. Ainda cabe destacar, quando não há imagens nem de feto nem restos fetais, a performance, por parte do profissional, que alerta à usuária sobre a suspeita de ter ocorrido um aborto induzido, ou seja, um ato de apagamento da personalidade de um feto, é substituída pela certeza da inexistência no presente de vida humana.

³ Ver estudos que recuperaram o itinerário abortivo das mulheres (HEILBORN et al, 2012; MCCALLUM, REIS e MENEZES, no prelo, 2015; DINIZ E MEDEIROS, 2012).

Esses diversos processos têm implicações sobre a forma pela qual os profissionais conceitualizam as próprias mulheres cujos úteros estão sendo investigados. As mulheres com suspeita de abortamento provocado que ocorreram no segundo trimestre de gestação são aquelas rotuladas como ‘anti-mães’ (MCCALLUM, MENEZES e REIS, no prelo, 2015:25). Entre as mulheres com ameaça de abortamento, cujo exame identificou vitalidade fetal ocorre, acoplado ao processo de produção de feto-Pessoa que é ativado durante a USG, outro processo, a tentativa de transformação de ‘anti-mãe’ em ‘mãe’, através de palavras que visam ‘conscientizar’ as mulheres da sua função materna, a despeito do que elas desejam quanto a esta gravidez, porque continuam grávidas. O status moral das mulheres depende do que carregam no útero.

Por fim, a pesquisa confirma ainda aquilo que estudos anteriores já evidenciaram: que a criminalização marca profundamente a experiência das mulheres e, torna mais dramática e com mais riscos à saúde as vivências daquelas que realizam abortamentos no segundo trimestre de gestação (CARNEIRO, IRIART e MENEZES, 2013; SANTOS, 2014; SILVEIRA, 2014; MCCALLUM, MENEZES e REIS, no prelo, 2015). Estudos sobre aborto discutem que a ilegalidade não tem sido um fator impeditivo da prática, presente entre mulheres de todas as classes sociais. Nas últimas décadas no país se tem documentado o uso crescente por parcela importante das mulheres do misoprostol (Cytotec®) para fins abortivos, ainda que permaneça a utilização de métodos agressivos para interrupção da gravidez (BRASIL, 2009). Parte importante destas mulheres é obrigada a buscar um hospital/maternidade da rede do SUS para completar o aborto ou tratar das suas complicações (DINIZ E MEDEIROS, 2010). Este é o caso justamente de parcela das mulheres cujos exames foram por nós observados durante a pesquisa.

2 METODOLOGIA

A pesquisa se constituiu fundamentalmente da observação do cotidiano do serviço de USG de uma maternidade da rede SUS, em Salvador-Bahia designada doravante “Maternidade Pública de Salvador - MPS”. Foi realizada no período de 04 de novembro de 2014 a 30 janeiro de 2015, com um total de três meses, tendo observado cerca de 200 exames de mulheres, com abortamento ou por outros motivos de solicitação, tais como parte da rotina de pré-natal, exame diagnóstico e pré-cirúrgico para retirada de cistos e

miomas. A MPS é uma das unidades que atende o maior número de mulheres com abortamento na cidade, critério que viabilizou a observação de mais exames de USG.

Tendo em vista a ilegalidade do aborto no país, o estudo em maternidades públicas facilita o acesso às participantes (DINIZ et al., 2009). Reconhecemos que a pesquisa em espaço hospitalar constitui um aspecto a ser ressaltado, por se tratar de um momento específico do “*itinerário abortivo*” das mulheres (HEILBORN et al., 2012), fortemente influenciado por experiências do processo de internação.

O enfoque na observação participante fundamenta-se na noção de conhecimento prático desenvolvida por Jackson (1996), que defende como a produção de significados sobre o corpo está na ação em si, não se reduz ao que pode ser dito e pensado sobre ele. O corpo é um espaço de intersubjetividade e agência em que os significados são construídos. Para o autor, a contribuição da etnografia é mostrar como o conhecimento prático permite, a partir do que vemos através dele, construir conhecimento teórico (JACKSON, 1996). Em sintonia com esta perspectiva é que procuramos partir da observação do cotidiano desse serviço para analisar os significados que se expressam nas práticas, inclusive discursivas, dos informantes — profissionais de saúde e mulheres —, tendo como instrumento as notas de campo em que registrei observações, diálogos, interações e minhas próprias reflexões.

A observação nesse espaço foi uma experiência por vezes comovente; o aborto é uma temática sensível e o momento do exame de USG carregado de tensão e surpresas para as mulheres e muitas vezes, para a etnógrafa. As cenas descritas, de situações limite, são oferecidas nesse espírito: buscando uma compreensão da condição humana, não como casos policiais, ou relatos de um delator ou inspetor, como chama atenção Pina-Cabral e Silva (2013). Procuram, por outro lado, desvelar aspectos ideológicos, simbólicos e significados que informam e são produzidos nas ações e interações, constituintes do universo observado.

As observações se concentraram, sobretudo, na sala de USG e no corredor, espaço no qual as mulheres aguardavam as consultas. Duas ou três vezes na semana chegava à maternidade e entrava na sala vestindo um jaleco, exigência da unidade. Minha presença era pouco notada pelas pacientes que entravam e saíam do exame, despiam-se na minha frente sem qualquer sinal de incômodo, confundindo-me com mais uma profissional de saúde. A vergonha surgia quando queriam fazer perguntas ao médico: algumas se dirigiam a mim ou à assistente para tirar dúvidas, o que deixa claro uma hierarquia de poder nas

relações. Nesse espaço, sem dúvida, minha interação foi maior com os profissionais de saúde. O fato de ser mulher foi um facilitador para essa invisibilidade, por se tratar de um lugar em que circulam majoritariamente mulheres, para tratar ‘assuntos de mulheres’. Nos momentos em que fiquei no corredor, sem jaleco, era confundida com frequência como mais uma paciente que aguardava o chamado para entrar na sala.

Os dados foram submetidos à técnica de análise de redes semânticas contextualizadas (*network semantic analysis*) proposta por Bibeau e Corin (1995). Este processo de análise permite a identificação e organização de categorias conceituais, compreensão de valores hegemônicos, dinâmicas sociais, interações e construções específicas do sistema de signos, significados e práticas, bem como a lógica simbólica que informa essa dinâmica, que podem apresentar descontinuidades e contradições. Para os autores, cultura é uma “*série interativa de padrões organizados de representações, concepções e comportamentos*” (BIBEAU e CORIN, 1995, p. 43), que os mesmos denominaram de sistema de “*signos, significados e ações*”, informado por um contexto sociocultural. Para o trabalho interpretativo é importante combinar análises dos padrões lógicos presentes na gênese das representações, bem como aqueles que se expressam no âmbito das práticas.

Aspectos éticos

Foram respeitados os princípios éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e, em conformidade com esta resolução, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, obtendo aprovação⁴. Os aspectos éticos envolvidos no presente estudo foram definidos a partir dos referenciais fundamentais para a pesquisa envolvendo seres humanos: o respeito à autonomia, à não maleficência, à beneficência e à justiça (CASTILHO & KALIL, 2005). O estudo buscou interferir o mínimo possível na rotina das pessoas que participaram da pesquisa. Os nomes para se referir às mulheres e ao hospital são fictícios afim de manter seu anonimato.

⁴ Parecer nº 856.978/CEP-ISC.

3 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE PÚBLICA DE SALVADOR- MPS

A sala de ultrassom

A sala de USG (mapa anexo) se localiza em um dos ambulatórios da MPS, em um corredor que oferece outros serviços. Ao lado da porta da sala uma placa com a palavra “Ultrassom” indica a localização do espaço. Ao abrir a porta principal nos deparamos com uma pequena antessala. Uma comunicação interna da diretoria, afixada na parede, sintetiza as discussões frequentes que presenciei em torno da queixa relativa à grande demanda pela USG e a tentativa da gestão da unidade de reduzir os encaminhamentos para o serviço: “*As solicitações de ultrassonografia deverão ser acompanhadas de relatório médico que justifique a realização do exame em caráter de urgência, referindo suspeita diagnóstica. Os demais exames devem ser encaminhados para o eletivo*” (DC). Na prática, esta recomendação não era seguida.

Trata-se de uma sala pequena, quadrada, com as luzes principais apagadas durante a maior parte do tempo, sempre refrigerada por um ar-condicionado. Ao abrir a porta, no canto do lado direito, se vê uma mesa retangular de ferro com computador, monitor LCD, teclado, CPU, uma pequena luminária e uma impressora. Perpendicular à mesa está a aparelhagem de Ultrassom.

Ao lado do aparelho, a maca de alumínio dobrável se posiciona de forma que o/a ultrassonografista fica sentado/a em uma cadeira rotativa entre a mesa em que está o computador à esquerda, o aparelho de ultrassom à frente, e a maca à direita.

Ao lado oposto à entrada da sala, um biombo separa outra maca onde as mulheres tiram a roupa e vestem o roupão para a realização do exame, deixando ali seus objetos pessoais. No canto direito se abre a porta de um banheiro de uso dos profissionais e, eventualmente das mulheres, o qual utilizei poucas vezes; o local é limpo, com papel higiênico e sabonete. No primeiro dia o médico disponibilizou uma cadeira para mim à direita da porta de entrada, onde fiquei durante todo período de observação.

O aparelho de Ultrassom

A aparelhagem de ultrassom tem um teclado contendo uma série de teclas alfanuméricas e um botão grande, em forma esférica, rotativo. No monitor, voltado para os

ecografistas, se projetam imagens em 2D, em preto, branco e tonalidades cinzentas. As mulheres raramente visualizavam a tela e, quando assim o solicitavam, os profissionais evitavam oferecer essa possibilidade. Compunha o aparelho duas sondas transdutoras, uma primeira, em formato cilíndrico, específica para exames de ultrassom transvaginal e outra convexa, para exames pélvicos, ambas presas ao equipamento por uma fiação. Ao lado esquerdo, abaixo do monitor, uma pequena impressora específica para as imagens. Ao lado direito, abaixo do monitor, uma bisnaga com o gel condutor para USG.

A dinâmica de atendimento

Durante o período de realização da pesquisa, o serviço de ultrassom funcionava normalmente de segunda à sábado, das 07 h30min às 17h, com intervalo para o almoço de uma hora em média, exceto nas manhãs de sexta-feira e aos domingos, por falta de profissional. No mês de dezembro o serviço também não funcionou aos sábados por conta das férias de um dos profissionais. Cada dia da semana contava com um profissional diferente, no total de seis ultrassonografistas, sendo duas mulheres e quatro homens, brancos segundo a minha classificação. Optei por identificar os profissionais com a inicial “U” — ultrassonografistas, independentemente do sexo, e nomes fictícios para as mulheres. Durante a observação ouvi apenas um comentário a respeito da preferência das pacientes serem atendidas por mulheres, o que, nas palavras de uma das informantes, é desnecessário, pois “*todos os médicos aqui são bons, são profissionais, não importa o sexo*”(DC). Este aspecto não será analisado no presente trabalho.

Duas senhoras negras, funcionárias da maternidade há cerca de 20 anos, acumulavam atividade de recepcionista e assistente do ultrassonografista. Elas recebiam as mulheres e realizavam todas as tarefas concernentes à realização da USG, inclusive agendamento e registro dos exames.

As marcações para o exame só aconteciam presencialmente, no início de cada mês, até se esgotarem as vagas disponíveis para aquele mês. Uma requisição médica é obrigatória. Além desses agendamentos eletivos, o serviço recebe mulheres grávidas e não grávidas encaminhadas da emergência e pacientes internadas na unidade que necessitam do laudo ultrassonográfico para decisão de conduta. Ocorrem cerca de 20 exames por turno. A grande quantidade de exames realizados foi um dos primeiros aspectos que me chamou atenção nesse universo; os profissionais iniciavam cedo e realizavam atendimentos ininterruptamente até o final do turno.

Do setor de emergência à sala de ultrassom

Em uma manhã, por volta das 11h30min, estava sentada em um dos bancos do corredor de espera quando se iniciou uma conversa informal com duas mulheres. Naquele espaço, ocupado prioritariamente por mulheres, era comum que histórias sobre os motivos de solicitação do exame fossem compartilhadas, desencadeando relatos pessoais principalmente sobre o percurso reprodutivo, parto e filhos. De forma rápida e espontânea, era inserida nas conversas que se iniciavam geralmente com uma pergunta dirigida a mim, por mulheres interessadas em descobrir, não só o tempo que ainda esperariam para serem chamadas, como também a ordem de atendimento: “*você está aguardando pra tirar ultrassom?*”(DC).

Assim conheci Rita, uma jovem negra de aparentemente 25 anos. Enquanto conversávamos, ela foi questionada por outra mulher se estava grávida. Rita nega e fala naturalmente sobre seu aborto: “*foi perca, aí eu vou tirar a ultrassom pra ver se precisa fazer a coleta*” (DC). “*Perca*” foi o termo recorrente utilizado pelas mulheres para se referirem ao aborto. Rita não está internada na maternidade, aparentemente está bem de saúde e “*não tem barriga*” de gravidez.

Interessada em saber mais sobre a indicação de ultrassom de Rita, pergunto sobre seu itinerário no hospital. Ela conta que chegou na noite anterior, com dores e sangramento, mas não foi internada “*Porque eu tinha que tirar o ultrassom pra ver, e ontem na hora que eu cheguei não tava tirando ultrassom. Aí disseram pra eu ir pra casa e voltar hoje de manhã, aí eu vim*”(DC).

A história de Rita ilustra a trajetória de outras mulheres com quem conversei durante a pesquisa de campo, e revela a centralidade que o exame ocupa na atenção ao abortamento no universo observado. Seu relato indica ainda o percurso de parte das mulheres, tanto com abortos espontâneos como provocados, sobretudo estas últimas ao procurarem a emergência das maternidades para finalizá-los, geralmente após uso de medicamento (Cytotec®). São mulheres de classes populares, majoritariamente negras, jovens e com filhos. Estes são os aspectos gerais que caracterizam as informantes do presente estudo.

Os dados aqui produzidos sinalizam que o exame de ultrassom parece requisito necessário para proceder à internação na MPS. No entanto, este aspecto merece ser confirmado e aprofundado em pesquisas posteriores. A assistente atesta essa observação,

ao reclamar sobre como são mais cheios os dias que sucedem àqueles em que a USG não funciona.

Nas segundas têm mais mulheres para fazer USG. O ultrassonografista é conhecido por atender todas as pacientes. Chega muito cedo, quase não levanta durante toda a manhã, às vezes não almoça, os atendimentos avançam o horário do almoço. A assistente me explicou que as segundas são mais cheias porque no domingo não tem médico para fazer ultrassom. Presenciei algumas vezes queixas desse profissional em relação à quantidade de trabalho. [DC]

O exame faz parte da forma como se organiza a atenção ao abortamento nas maternidades públicas em Salvador, nas palavras da assistente, “*chegou aqui [na maternidade], passa por aqui [sala de USG]!*”. Na opinião dos médicos ultrassonografistas com quem conversei, entretanto, não foi consensual a indicação do exame a todas as mulheres com abortamento — um deles me informou que “*não precisava fazer em todas*”, pois em certos casos, o diagnóstico clínico é claro e prescinde da USG. Já para outro, é sempre necessário, justificando que além do aspecto clínico, é útil para identificação da viabilidade fetal. Todos concordaram que há indicação excessiva da USG na maternidade; para um dos ecografistas “*quando tem muito residente na emergência, que são mais inseguros, eles mandam tudo pra cá*”(DC).

4 ULTRASSONOGRAFIA, ABORTO E PESSOA

“Não tem nem gravidez nem restos”: Aborto completo, ambiguidade e continuum reprodutivo

As mulheres que chegavam ao serviço com sangramento e “*sem barriga*”, em geral, eram classificadas de antemão pelos profissionais como aquelas com abortamento. Quando o exame de USG realizado em algumas mulheres *sem barriga* não produzia qualquer imagem compatível com gravidez ou aborto, quer espontâneo ou provocado, não havia a definição de um diagnóstico preciso. Ao interpretarem a imagem projetada na tela, os profissionais diziam: “*não tem nada*”, “*não vejo nada*”. Recorriam assim à história clínica e ao resultado do exame laboratorial de gravidez (BhCG) para elaboração das suspeitas diagnósticas, sempre abertas a várias possibilidades. O exame de Lara (18 anos) foi um desses casos:

Uma mulher jovem, branca⁵ (Lara), entra na sala para fazer um exame de USG transvaginal. Está com sangramento leve e ‘*não tem barriga*’. O ultrassonografista

⁵ Raça/etnia definida por minha classificação.

cumprimenta-a pelo nome, lê a solicitação, e diz à jovem: “*Seu beta deu positivo, e não viu nada no ultrassom. Quando não vê nada ou é gravidez fora do útero, ou é muito pequeno, ou perdeu. Vamos começar o exame pra ver.*” Lara trouxe um laudo de USG feita em uma clínica particular. O ecografista dá início ao exame, e olha para a tela em silêncio. Segundos depois, diz a Lara: “*Não tô vendo gravidez. Você vai passar pelo médico e ele vai avaliar, mas pra mim você fez um abortamento. Deixa eu ver seu beta... Aqui, seu beta já caiu.*” Lara responde, tentando auxiliar o profissional a chegar a uma conclusão diagnóstica: “*Eu sangrei uma semana, tem uma semana que não sangra.*”

U: “*Também tem a clínica, você não tem clínica de ectópica, você não tá sentindo dor nem nada*”.

O ultrassonografista pede para Lara levantar a blusa, prepara a sonda convexa para exame pélvico, aplicando gel no aparelho e no abdome da paciente, e inicia uma USG pélvica, apesar de não ter sido solicitada, no intuito de confirmar sua suspeita. E diz: “*É, não tô vendo nada*”.

Lara pergunta: “*No caso de abortamento, vai ser preciso fazer ‘coletagem’?*”

U: “*Você fez outro beta, aí deve estar bem mais em baixo, aí fecha*”.

Mr: “*Mas não foi encontrado, né?*”.

U: “*Gravidez aqui não*”. (DC)

Ao sair da sala de USG, encontrei Lara, que conversava com uma amiga sobre o exame e a possibilidade de contar ao parceiro sobre a gravidez. A amiga aconselhou: “*Se eu fosse você, não contava nada. Deixe passar um tempo pra ver se você vai ficar bem, se vai precisar fazer ‘coletagem’(sic), qualquer coisa você volta aqui, mas eu não contava não*” (DC). Lara concorda com a amiga, “*É, eu não vou contar não. Mas eu tô aliviada, ainda bem que não tinha uma **criança** lá dentro! Que alívio!*”.

O alívio a que Lara se referia em não se reconhecer a imagem de uma ‘criança’ na tela foi referido por outras mulheres em situação semelhante. O início do exame em mulheres “*sem barriga*” era carregado de tensão compartilhada por todos que estavam na sala, relativa à incógnita sobre o que se produziria na tela, que se dissipava logo que não se via “*nada*”. O que era produzido e descrito não condizia com a imagem pública de fetos, presente no imaginário social.

Assim, se configurava uma ambiguidade sobre o que havia acontecido. O diagnóstico final só seria definido pelo ginecologista ou obstetra que havia solicitado o exame. Porém, era a inexistência de qualquer sinal de feto visualizado na tela que de fato permitia que a gravidez e o aborto não fossem reconhecidos como tal. A partir do ponto de vista de profissionais e mulheres baianas, propomos a categoria analítica de ‘gravidez inautêntica’, entendida como a resultante de um processo que ocorre quando o sangramento (e outros indicadores) estão presentes em um útero vazio de restos embrionários — e, sobretudo sem um feto vivo — o que abre a possibilidade dos profissionais evitarem entrar no terreno simbólico e moral de uma ‘gravidez autêntica’ e de um aborto. Evidentemente,

não queremos com isso negar a realidade biológica dos processos procriativos, mas chamar atenção de que a transformação de uma ‘gravidez biológica possível’ em uma ‘gravidez inautêntica’, em acordo com o conhecimento já obtido no campo da antropologia do corpo, é “*simultaneamente social, cultural e físico, ou seja, não é apenas um significado conferido post facto, no discurso, como parte da tradição interpretativa, mas sim, algo intensamente vivido durante o próprio processo fisiológico,*” (MCCALLUM e REIS, 2006, p. 1490), ocupando aqui a tecnologia de imagem um papel central nesse processo.

Strathern (2011) ao analisar uma imagem de USG de um feto no útero, lembra que apesar de se tratar da transmissão do interior do corpo de uma mulher, esta informação é sempre traduzida por um agente. O que se vê não é a fotografia de um feto, mas movimentos que interpretam os ecos como imagens, e é disto que se compõe a imagem — uma interpretação de ecos. Estas interpretações, por sua vez, requerem interpretações de um *expert* – os ecografistas. Para Strathern (2001:249) “*aqueles que olham uma ultrassonografia não podem fazer nada além de interpretá-la*” e cita Birke (1990) para lembrar que “*interpretação é tudo*” (BIRKE, 1990 apud STRATHERN, 2011:249). É justamente essa interpretação que apaga uma gravidez biológica que existiu, quando aquilo que se projeta na tela é “*nada*”, e ao contrário, se confere personalidade a fetos e embriões legitimando uma gravidez social, como veremos mais à diante.

O que se produz através do exame de USG é o que modula o processo de significação sobre ‘gravidez’, ‘aborto’ e ‘feto’. Nos casos como o acima mencionados, a interpretação gerava uma explicação para as mulheres que se distanciava da ideia de que houve uma gravidez; tampouco se fazia referência aos termos ‘embrião’, ‘feto’ ou ‘bebê’, ou seja, nenhum elemento conferia à ‘entidade biológica’ que supostamente havia estado ali o status de Pessoa, como ilustra o diálogo entre o médico e uma paciente, Ana, particularmente quando este finaliza sua explicação e lhe diz que seu exame está “*normal*”.

A auxiliar chama a próxima paciente, e diz: “*Vai alí atrás, ó, tira a calcinha*”. Ana segue as orientações e senta na maca. “*Tira a sandália, senta, os pés aqui em cima*”. O ecografista lê a solicitação do exame e a cumprimenta pelo nome, logo depois faz perguntas clínicas: “*Tá tendo sangramento, né? A menstruação tava atrasada?*”

Ana: “*Tava*”.

U: “*Eu não tô vendo gravidez nem resto... quando a pessoa **perde muito cedo** às vezes não fica resto ou quando sangra muito não fica resto. De qualquer jeito, **agora não tá grávida**. Nunca fez nenhuma cirurgia não, né?*”

Ana: “*Não*”

U: “***Exame normal**, viu? Ainda tá tendo um pouco sangramento.*”(DC)

Autores como Gerber (2002) e Boltanski (2004) discutem precisamente sobre a ambiguidade em torno da noção de gravidez, em pesquisas realizadas na França com mulheres que abortaram nas primeiras semanas de gestação. Tal qual para mulheres e profissionais de Salvador, identificou-se nessas pesquisas como a interrupção, quando aconteceu “*cedo*”, implicou para que processo de significação do feto-Pessoa não fosse ativado.

Gerber (2002) analisou entrevistas e observou mulheres que abortaram legalmente na França⁶. A autora define o processo reprodutivo como um *continuum*, em que é possível constatar uma zona cinzenta entre o estado de estar ou não grávida, para além dos signos biológicos da gravidez. Como nota a autora, o acesso ao aborto em estágios iniciais é enfatizado justamente por não oferecer uma imagem com forma humana ao produto do aborto, quer durante o processo de abortamento ou no exame de USG. Nesta experiência, o processo de significação produz um conhecimento corporal antinômico ao constructo de conceito como Pessoa, assim como, uma ambiguidade entre gravidez e não-gravidez.

A noção de ‘conhecimento autoritativo’⁷ (*Authoritative Knowledge*) que Brigitte Jordan (2001) desenvolve, a partir de estudos sobre parto e nascimento em diferentes contextos, é útil para a compreensão do conhecimento corporal que fabrica a ‘gravidez inautêntica’. Para Jordan (2001), é um tipo de conhecimento produzido a partir da colaboração ou conflito entre diferentes formas de ver o mundo, através de interações hierárquicas, envolvendo uma produção contínua de consenso.

Na maternidade estudada, por exemplo, diferentes saberes circulavam e se relacionavam nas interações durante o exame; o saber biomédico, apoiado na interpretação das imagens; e o saber das mulheres. Estes saberes respeitam uma hierarquia institucional, sendo o dos médicos, apoiado nas interpretações das imagens, os determinantes. É nesse sentido que quando não se visualizou qualquer produto da concepção, com auxílio desse conhecimento legitimado, se iniciou um processo simbólico que produzia a ‘gravidez inautêntica’, e por consequência, em concordância com a expectativa das mulheres, o não reconhecimento da existência de um aborto, como mostra o exame de Tarsila:

⁶ O método utilizado foi o RU486, medicamento usado legalmente para interrupção voluntária da gravidez – IVG na França, em estágios muito iniciais de gestação.

⁷ Não há tradução ideal para o português do termo ‘authoritative knowledge’. Optamos por traduzi-lo como “*conhecimento autoritativo*” para sublinhar, como lembra Challinor (2011:496) que “O termo “autoritativo” (authoritative) não deve ser confundido com o termo “autoritário”, porque o “conhecimento autoritativo” não ganha o seu estatuto através da imposição do poder, dado que a sua legitimidade é construída através do consenso.”

U: “É um exame simples, não tem risco, não dói, eu vou introduzir a ponta desse aparelho na vagina e a gente vê o que tá acontecendo aqui na tela, **se tiver gravidez, se tiver perdido, se tiver restos**, a gente vê. A gente usa esse preservativo descartável.”

Tarsila: “Gravidez, não fale isso não!”

O ecografista inicia o exame, alguns segundos depois, ele diz: “**Não tá grávida não**”.

Tarsila: “Oh, graças a Deus!”

U: “**Não tem nem gravidez nem resto.**”

Tarsila: “Oh meu Deus, obrigada! Você me deixou tão feliz porque fui lá no Curuzu, o médico disse que eu posso ter tido um aborto ‘instantâneo’!”

U: “Pode ser, às vezes sangra muito e não fica restos. **Mas tá tudo bem**, pode aguardar lá fora que a gente entrega o exame.” (DC)

E o caso de Larissa:

A: “Sangrando? Tira a calcinha, tira o absorvente...”

U: “Me conte, o que aconteceu?”

M: “Eu não ligava muito porque 33 anos, a menstruação atrasava, tô com dormência na perna, aí quando foi ontem foi de uma hora pra outra, desceu de vez assim rápido.” [Tem quinze dias que fez o exame de sangue; um odor fétido muito forte toma conta da sala].

M: “Tô com as pernas bambas!”

U: “**Aqui nada me diz que você tá grávida**, vai voltar pra emergência, tá com um cistozinho no ovário.” (DC)

O médico constata ao iniciar o exame que Tarsila “*não tá grávida não*”, “*não tem gravidez*” e está “*tudo bem*”. Aqui não houve contestação do discurso do profissional, mas a confirmação do que Tarsila esperava no início, a ausência de gravidez. O que se visualizou na tela e as explicações do ultrassonografista confirmaram a sua vontade, assim, ambos colaboram para a desconstrução da possibilidade de gravidez que havia antes do exame.

Na França, em *La condition foetale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Luc Boltanski (2004) elabora uma análise sociológica do significado do feto na sociedade francesa. Para o autor existe uma distinção entre o que chama de ‘produtos da carne’ e os seres que serão ‘confirmados pela palavra’. Os primeiros remetem a uma desvalorização dos fetos não suscetíveis de se integrarem a um projeto parental, devendo ou podendo ser eliminados, enquanto que os últimos, aceitos simbolicamente pela mulher, prosseguirão com seu desenvolvimento até o nascimento, integrados a um projeto parental. Boltanski (2004) adota as noções de ‘feto tumoral’⁸ para o primeiro, e ‘feto autêntico’⁹ para o segundo.

⁸ Tradução livre do original, em francês: *Fœtus authentique*.

O ‘feto autêntico’ é caracterizado pela antecipação da personalidade (*personhood*) em formação, ele já é ‘um bebê’, possuindo, por consequência, características psicológicas de ‘Pessoa’. Ele não é mais, como no passado, um desconhecido. O ‘feto tumoral’, ao contrário, deixa no mundo o mínimo de traços possíveis, não mais que apenas memórias para a própria mulher e para os outros. As mulheres entrevistadas no estudo francês relatam não terem falado sobre o aborto com pessoas próximas para evitar que este ser seja lembrado, para negar sua existência no mundo. Tudo é feito para que se invista nele o mínimo de representações possíveis. O autor usa a metáfora do tumor para destacar como o seu crescimento é um aspecto negativo, devendo ser extraído antes de atingir um tamanho tal que permita que se assemelhe à forma humana, ou seja, como vimos entre as mulheres baianas — ‘*cedo*’.

Boltanski (2004) compara descrições de ecografias realizadas no curso de gravidezes destinadas a ir a termo com aquelas que precedem intervenções em serviços de abortamento legal. Mostra como o dispositivo da ultrassonografia conduzido nos primeiros casos procura ajudar a mulher e, em seguida os pais, a reconhecer o filho a partir da representação tecnicamente produzida, difícil de interpretar para um leigo a quem o exame está sendo apresentado. O ser “*inscrito na carne*” é nomeado como “*seu bebê*”. Este momento constitui uma etapa importante no trabalho de adoção pela mãe do ser que ela carrega. Já nas ecografias em situações de abortamento, a organização e a maneira do manejo do exame se processam de modo diferente. O médico utiliza uma linguagem sem empregar termos que permitam nomear o produto ‘da carne’, geralmente com o uso de pronomes demonstrativos, como “*isso*” ou termos como “*produtos da expulsão*”, “*coágulos cinzas*”, “*ponto à partir do qual a gestação vai se desenvolver*”, ou ainda “*um projeto de gravidez*”. As expressões utilizadas pelo médico, segundo o autor, contribuem para deixar entender não só “*que não se vê nada*”, mas que “*aquilo que ele vê não é nada*”. O termo bebê nunca é utilizado (BOLTANSKI, 2004:174)

Portanto, o propósito do exame distinguiu e modulou a prática do mesmo. Face ao status legal da prática do aborto na França, foram organizados serviços específicos para atender mulheres nessas circunstâncias, reflexo das mudanças políticas e ideológicas que reorientaram a conduta dos profissionais.

⁹ Tradução livre do original, em francês: *Fœtus tumoral*.

‘Tem Restos’: Aborto incompleto

A maioria das mulheres cujos exames observei recebeu o diagnóstico de abortamento incompleto. Estas tiveram um aborto parcialmente bem sucedido, sem ter expelido totalmente o produto da concepção, o que as obrigou a procurarem a maternidade para sua finalização por meio da realização de procedimentos de esvaziamento uterino. Nesses casos, o termo que emergiu no campo, utilizado pelos profissionais para nomear o que se visualizava na tela foi “restos”, tal como ilustrado no exame de Thamires:

Thamires: “*Eu fiz duas ‘coletagens’ e tá sangrando direto! Eu fiz uma ‘coletagem’ em agosto, tive um sangramento e dor muito forte... Aí tive infecção, dois dias depois fiz outra.*”

U: “*Vamos ver se permanecem restos. Você tem filhos?*”

Thamires: “*Tenho dois.*”

U: “*É, ainda tem restos... Pronto, pode vestir sua roupa.*”

Thamires: “*Não vou precisar fazer outra ‘coletagem’ não, né doutor?*”

U: “*Você vai levar sua médica e a médica lá que vai dizer, **ainda tem restos...***”[DC]

No momento do exame, o termo também foi utilizado pelas mulheres que perguntavam aos ecografistas “*Tem restos?*”. O silêncio, comum durante este momento, era quebrado por essa pergunta, uma das poucas que as mulheres faziam aos profissionais. Estavam curiosas para saber sobre seu estado de saúde, se haveria internação e necessidade do procedimento de esvaziamento uterino. Assim fez Raquel:

A assistente diz a Raquel: “*Calcinha, absorvente, sangrando? Sentou, deitou, dois pés em cima da maca!*” Raquel segue as orientações. O ultrassonografista lê o prontuário da paciente em seguida prepara a sonda para iniciar o exame, olha para a mulher e diz enquanto realiza o USG:

U: “*Não fez nenhuma ultrassonografia aí tomou remédio pra perder sem ter feito nenhum ultrassom.*” [parece ter lido tais informações no prontuário].

Raquel: “*Foi... Tava com quanto tempo?*”

U: “*Dois meses. Tá bom de ligar, o marido fazer uma vasectomia, porque com essa fertilidade toda, tá tomando contraceptivo e tá engravidando.*”

Raquel levanta e olha timidamente para a tela: “***Ainda tem restos?***”

U: “*Tem.*” (DC)

Segundo o relato das mulheres na MPS, a USG obstétrica realizada após ter ocorrido o aborto tem a função de “*ver tudo por dentro*”, se tá “*tudo limpo*” ou se vai precisar fazer “*coletagem*”(sic). O uso do termo “restos” foi muito comum para se referir aos produtos embrionários, ovulares ou placentários que permanecem no útero em casos de

aborto incompleto, sendo compartilhado por mulheres que queriam saber se havia “restos” e por profissionais que assim interpretavam as imagens produzidas, “restos” ou “restos de gravidez”. Aqui, era a presença de “restos” que confirmava ter acontecido um abortamento, se reconhecendo assim uma gravidez que foi interrompida e um produto biológico que foi parcialmente expulso, tal qual vemos no exame de Virgínia.

Entra uma mulher jovem, negra. A auxiliar diz: “Fez ultrassom ontem, já sabe né? Tira tudo, deita, joga fora o absorvente.”

O médico está digitando o laudo do exame anterior, a mulher está deitada.

U: “Começou a sangrar que dia?”

Virgínia: “Sexta-feira.”

U: “E ontem, sangrou muito?”

Virgínia: “Não, saiu **pedaços**.”

U: “Depois do exame saiu **pedaços**?”

Virgínia: “Foi.”

U: “A senhora tem sentido alguma coisa?”

Virgínia: “Não.”

U: “A senhora já tem filho?”

Virgínia: “Tenho”

U: “Quantos?”

Virgínia: “Dois”

U: “**Restos de gravidez**, a mesma coisa de ontem. Ok, pode levantar.”(DC)

Como diz Virgínia, várias mulheres chamavam de “pedaços” o que viram no momento da expulsão do produto do aborto. Outros termos que emergiram nas observações foram “pedaços de sangue”, “bolinha”, “bolão de sangue”. Em conversas na sala de espera, as mulheres da MPS explicaram que fazem o exame de USG para “ver” se o útero está “limpo”; para elas, este é o método mais eficaz comparado a outros exames, pois confirma ter sido a gestação efetivamente interrompida e, além disso, “vê tudo por dentro, se tá tudo limpo”. Os restos devem ser limpos com o procedimento de esvaziamento uterino, a “coletagem”(sic), como é chamada a curetagem entre as mulheres da MPS.

O que chama atenção aqui é que não há referência a algo com vida, ou ao constructo ‘feto-Pessoa’. Mesmo com a constatação através dos “restos” de que houve uma gravidez, quando não se visualizou a presença objetiva do feto, sobretudo, sem sinais de vida pela ausência de batimentos cardíacos, se produziu novamente um discurso de desconstrução de pessoa. Assim comenta o ultrassonografista durante o exame de Juliana, “é **provável** que tenha tido uma gravidez e tenha perdido”, também no exame de Clarice “não tem o coraçõzinho dele [...] aqui tem imagem de restos só”.

O ultrassonografista lê o nome da mulher na solicitação e a chama pelo nome, e diz: *“Tá com sangramento, né? Antes desse sangramento, teve algum sintoma de gravidez?”*

U: *“Tava usando algum remédio pra não engravidar?”*

Juliana: *“Tava tomando remédio mas parei pra uma cirurgia.”*

U: *“Já tem filhos?”*

Juliana: *“Tenho 4.”*

U: *“Tem uma imagem aqui que indica **resto de gravidez**, é provável que **tenha tido uma gravidez e tenha perdido**. Usou algum remédio pra perder?”*

Juliana: *“Humrum.”*

U: *“Qual? Cytotec?”*

Juliana: *“Humrum.”*

O ecografista explica: *“Quando a pessoa perde uma gravidez geralmente **fica restos mesmo, não tá diferente do normal não**. O médico deve querer fazer uma curetagem.”*

Acaba o exame. Quando Juliana saiu, o médico comentou comigo: *“Aqui tem muita gente que mente. Já teve gente que disse que era virgem e tava grávida, ela não mentiu, mas a maioria mente.”*(DC)

U: *“Tá sangrando?”*

Clarice: *“Um pouco...”*

U: *“Evitava filho?”*

Clarice: *“Não.”*

U: *“Você tem dois ultrassons que vê o embriãozinho e **não tem o coraçãozinho dele**.”*

Clarice: *“Porque depois da ultrassom a médica pediu pra fazer ‘coletagem’(sic).”*

U: *“Perdeu, viu Clarice? Aqui **tem imagem de restos só**, no sábado tinha o saco gestacional.”*(DC)

A garantia de que ao chegar ao hospital lhes seja dito no exame de USG *“tem imagens de restos só”* parece explicar, em parte, a hipótese levantada por Diniz e Medeiros (2012) de que a busca por exames em clínicas particulares de USG antes da internação é uma forma, não só das mulheres de se anteciparem à obrigatoriedade do exame que será solicitado no hospital, mas também de se assegurarem de que ao ali chegarem, não vai haver mais feto, isto é, de que o aborto se concretizou. As mulheres conhecem a política institucional de salvar a vida dos fetos, independentemente da sua decisão sobre aquela gravidez. Fazem USG antes de procurarem a MPS para evitar que a ativação de um processo de fabricação de Pessoa ocorresse no hospital durante o exame de diagnóstico de imagem.

“A gravidez tá aqui, tem batimentos”: Ameaça de abortamento e a descoberta de vitalidade fetal

Exames de mulheres com sangramento e “*sem barriga*” nos quais se descobriu presença de feto com vida recebiam o diagnóstico pelos ecografistas de “*ameaça de abortamento*”. Na maior parte destes exames, não houve sinais claros que diferenciavam um aborto espontâneo de um provocado, exceto em uma situação em que a própria mulher declarasse o uso de medicamento abortivo.

O aparelho produzia imagens que mostravam a presença objetiva do feto, que gerava um percurso prático e discursivo diferente daqueles adotados diante da ‘gravidez inautêntica’. A conversa entre o ultrassonografista e Luiza, por exemplo, mostra como a prática se transforma rapidamente ao sinal de constatação de vida fetal.

Luiza entra na sala, a assistente diz: “*Tira a calça e a calcinha e veste esse roupão aqui.*”

[E assim faz Luiza. Volta com o roupão enrolado nas pernas, deita, coloca os pés em cima da maca e abre as pernas. Ela espera enquanto o profissional escreve o laudo do exame anterior; está com as mãos cruzadas sobre o corpo, se movimenta e tem uma expressão de dor, sofrimento.]

O profissional acaba o laudo, olha pra ela e pergunta: “*Tudo bom?*”

Luiza: “*Tudo bem.*”

U: “*Você estava com 9 semanas, que foi que aconteceu? Um susto?*”

Luiza: “*Não, foi como uma irritação, aí começou a sangrar...*”

[O profissional prepara a sonda para o exame transvaginal, introduz o aparelho e a tela preta assume tons cinzentos em movimento.] E então diz: “***A gravidez tá aqui, viu? Feto vivo, a gravidez tá aqui.***”

[Nesse momento a mulher começa a chorar, vejo as lágrimas. Aparentemente, se incomodou com constatação de vitalidade fetal. Eu fiquei surpresa com a descoberta do feto vivo, era possível visualizar a silhueta semelhante à forma humana, ainda que bem pequeno. Consegui identificar na imagem produzida pelo aparelho algo semelhante a uma cabeça, braços, a coluna e as pernas.]

O ultrassonografista diz: “*Três meses, certinho. O coração do ‘bebê’*” [liga o *doppler*, aparelho que permite escutar os batimentos cardíacos, e a mulher chora mais ainda]. “***Tá mexendo o braço, tá dizendo tchau! Você tomou remédio pra perder?***”

Luiza: “*Sou contra esse tipo de coisa...*”

[O profissional vira a tela de modo que Luiza possa ver, o que não é comum no serviço.] Aponta para a tela e descreve a imagem:

“*Olhinho, boquinha, narizinho. Pronto, agora você procura o pré-natal pra acompanhar a gravidez, pode aguardar lá fora*”.

[Luiza agradece e sai da sala. Fiquei comovida com a cena, por um lado por conseguir visualizar a imagem de um feto semelhante à forma humana, e por outro pela reação de Luiza ao visualizar este feto com forma humana no aparelho.] (DC)

A prática e o discurso do profissional definem a presença da gravidez. Se diz “*a gravidez tá aqui*” e se chama atenção para a presença de vida fetal, conferindo-lhe agência e atributos de sujeito social, como “*tá mexendo o braço, tá dizendo tchau*”. Tal qual argumenta Chazan (2008), a visualização do embrião junto com as informações traduzidas pelo profissional apto para interpretá-las, produz uma verdade sobre a gravidez e a torna ‘real’ para a mulher. Imediatamente ocorre uma mudança no status do exame que segue, semelhante àqueles de uma gestação que vai ser levada a termo.

Propomos assim a categoria analítica de ‘gravidez autêntica’ para definir o processo que ocorre quando uma gravidez possível é confirmada através da imagem, e uma objetividade corporal do feto — tal qual sua personalidade — é fabricada discursivamente com auxílio das imagens e dos sons produzidos pelo aparelho. Nota-se que nesse processo, em contraposição ao que ocorre na ‘gravidez inautêntica’, a constatação de uma gestação através da visibilização de um feto vivo produz uma imposição de significados e valores morais por parte do profissional às mulheres — silenciadas em sua vontade de não dar continuidade à gestação — relativos ao abortamento.

Nessas circunstâncias, com frequência, observei a pergunta dos profissionais dirigida às mulheres sobre a indução do aborto “*usou alguma coisa pra perder?*”. Durante o período de campo, entre os casos nos quais o exame detectou vida fetal, apenas Laís declarou ter induzido o aborto com medicamento.

[O profissional digita, imprime o laudo do exame anterior. Olha para Laís e chama pelo nome, pergunta:] “*Começou o sangramento quando?*”

Laís: “*No sábado.*”

U: “*Usou Cytotec quando?*” [me surpreendo com essa pergunta. Provavelmente está escrito no prontuário da mulher o uso do Cytotec.]

Laís: “*No sábado.*”

U: “*Mas eliminou o feto?*”

Laís: “*Humrum.*”

U: “*A gente vai dar uma olhadinha porque às vezes fica restos de placenta.*”

O médico prepara o aparelho e inicia o exame. Para minha surpresa, ele diz: “*Ainda tá muito pequenininho, o que a senhora teve foi uma **ameaça de abortamento**, o embrião tá vivo, aqui a cabeça, o corpinho e o coração batendo.*”

Laís: “*Mas tá normal?*”

U: “*Como tá muito pequeno não dá pra ver. Mas aqui não foi aborto não. Você usou quantos Cytotecs?*”

Laís: “*Bebi um e coloquei um.*”

U: “*Geralmente o pessoal usa uma dose maior...*”(DC)

Ao finalizar o exame de Laís, o profissional diz, depois que ela saiu da sala: “*tá vendo? O feto tava vivo. Tinha sangramento, tinha todos os sinais, a gente tem que ver se perdeu mesmo*”(DC). Nas palavras dos profissionais da MPS, é importante que o exame

seja feito antes da curetagem, ainda que haja sinais claros de abortamento, para verificar a concretização do aborto.

Não observamos uma conduta clínica específica por parte dos profissionais durante exames com mulheres que declararam terem induzido o abortamento que justificasse a pergunta recorrente sobre o uso de medicamento para interrupção da gravidez, portanto, não fazia diferença alguma para a assistência prestada saber se o aborto havia sido induzido ou não.

O médico me diz sobre Laís: ela “*disse a verdade, mas a maioria mente*”. Ele buscava me alertar sobre a “verdade” por trás das histórias contadas pelas mulheres. Segundo seu relato, USG feitas em outros locais não são suficientes para fechar o diagnóstico, e completa “*já teve mulher que disse que tava grávida com a USG de outra pessoa, o exame é uma prova*”(DC). Estudos prévios realizados em Salvador (MCCALLUM, 2007; SANTOS, 2014; MCCALLUM, MENEZES E REIS, no prelo, 2015) constataram como é comum que todas as mulheres sejam percebidas como tendo provocado o aborto e sejam suspeitas de estarem omitindo a “verdade”; são vistas como ‘culpadas’ ao chegarem ao hospital, até provarem sua inocência.

Sobre a constatação de vida fetal no exame de USG, os resultados são semelhantes ao que foi observado por Macêdo (2005) em uma etnografia realizada em Salvador-Bahia. Nestas circunstâncias o exame serve como ferramenta chave para apoiar atitudes de condenação moral a partir das imagens que o aparelho oferece. Os médicos, empregando uma linguagem supostamente carinhosa com a mulher, falam sobre e em nome do seu “*bebezinho*” para ativarem “*seu instinto materno*”. Há aqui uma violência simbólica, verbal, uma crueldade. Macedo (2005, p. 59-60) registrou discursos “*Olha o neném falando ‘deixa eu crescer mamãe, deixa eu nascer’, tá vendo? Ele quer nascer, eu vou lhe dar a foto dele para você ver como ele é lindo*”. “*É pra botar no álbum*”. Algo semelhante acontece na MPS, quando o discurso dos ecografistas incorporava a intenção de ‘conscientizar’ e ‘sensibilizar’ as mulheres diante da imagem de um feto vivo. Os profissionais em Salvador descrevem partes do corpo do concepto, geralmente com palavras no diminutivo “*bracinho*”, “*perninha*”, “*corpinho*” e ligam os sons produzidos com o *Doppler* dos batimentos fetais, prática que reforça sua presença social (HOWES-MISCHEL, 2015) através da afirmação de que “*o coração tá batendo*”.

Diversamente do que observamos nos exames em mulheres com ‘gravidez inautêntica’, aqui o termo para se referir ao conceito circulou em torno de “*embrião*”, “*feto*” e “*bebê*”, sempre salientando sua condição de vida:

O médico examina o prontuário da mulher, cumprimenta ela e pergunta se a menstruação estava atrasada antes do sangramento.

Ela responde que sim, que “*desceu pedaço*”.

U: *Usou algum remédio pra perder?* [O médico inicia o exame, introduz o aparelho e a imagem aparece na tela. Segundos depois, ele diz:] *O bebê tá aqui, o que a senhora teve foi ameaça de aborto, o embrião tá aqui.* (DC)

Para a consolidação do constructo feto-Pessoa, além da imagem do feto vivo enriquecida de detalhes à medida do avanço do tempo da gravidez, a determinação do sexo aparece como central na literatura clássica sobre construção de personalidade fetal¹⁰. Nos exames observados na MPS, a menção ao sexo foi quase nula. Isso se explica, em parte, porque a maior parte dos exames foi realizada em etapas iniciais da gestação, quando não era possível determinar o sexo fetal ou não havia mais conceito. Em segundo lugar, porque o exame de USG em mulheres com abortamento parece ser inapropriado quando se trata de aborto, sendo reservado para os casos de gravidez que se pretende continuar, como menciona Silveira (2014). Sendo a determinação do sexo algo que “*cristaliza a transformação do feto em Pessoa*” (CHAZAN, 2007:171), que transforma o feto em ‘gente’ ao ser nomeado e transformado em ‘ele’ ou ‘ela’, entende-se a pouca curiosidade das mulheres em relação à determinação do sexo fetal nestas circunstâncias, e justifica o nosso argumento de que, no universo observado, ocorrem negociações constantes entre tornar o feto Pessoa e, o processo contrário, de desconstruir sua personalidade. Apenas Thaíse demonstrou curiosidade sobre o sexo fetal:

U: “*Então, me conte aí o que aconteceu.*”

Thaíse: “*Eu tava sangrando aí ela mandou pra casa.*”

U: “*Você tem teste de gravidez?*”

Thaíse: “*É a segunda vez que eu sangro.*”

U: “*Tomou alguma coisa pra perder?*” [Thaíse não responde, o médico continua a falar] “*A ultrassom que você fez mostrou gravidez? Você vai procurar um serviço pré-natal pra ver porque você tá sangrando. Sua gravidez tá aqui...*”

Thaíse: “*Quanto tempo?*”

U: “*Três meses de gravidez.*”

Thaíse: “*Já?*”

U: “*O coração do bebê.*” [liga o *doppler*, que permite escutar o som do coração]

Thaíse: “*Dá pra ver o sexo?*”

U: “*Ainda não.*”

¹⁰ CHAZAN, 2007; DAVIS-FLOYD, 1997; GEORGES, 1996; HARRIS, 2004; MITCHEL e GEORGES, 1998; WILLIANS, 2005.

[O ultrassonografista vira o monitor do aparelho para a mulher mostra a imagem do ‘feto’, dizendo:] “*Aqui o feto, o tórax, a barriguinha, bracinho, a cabeça.*”
Acaba o exame. Thaíse ficou comovida ao olhar a tela. (DC)

Saber a idade gestacional e se “*dá pra ver o sexo*”, são também formas de se testar se ali ainda não há ‘gente’. A rotina do diagnóstico de aborto através da USG se constitui como espaço privilegiado em que circulam discursos, informados por valores morais e ideológicos marcados por desigualdades de gênero, sobre o que significa ser mãe e quais práticas são esperadas de uma ‘boa mãe’. Ao descobrir vida fetal, os profissionais logo sugerem às mulheres “*procure o pré-natal*”, um símbolo do início do cuidado ideal de bebês. Isto remete à missão dos obstetras, de ajudar as mulheres a trazerem novas vidas (HOTMINSKI, 2007).

McCallum, Reis e Menezes (no prelo, 2015) mostram a centralidade que partos e nascimentos ocupam nos hospitais públicos especializados, as ‘maternidades’. Nesses locais cuja função é, sobretudo, produzir mães, também são atendidas mulheres em situação de abortamento. Sabe-se que estas são suspeitas de serem ‘anti-mães’ *a priori*. Assim observamos, no presente estudo, que quando se descobre vida fetal, ocorre um movimento de transformação da ‘anti-mãe’ em ‘mãe’. A mulher deixa de ser pessoa autônoma, como acontece nos casos de ‘gravidez inautêntica’, o objeto da atenção do exame aqui se volta para o feto. Vejamos um exemplo de como isso acontece na consulta de Bruna, grávida e doente:

U: “*Você está sentindo o que?*”

Bruna: “*Diarréia, vômito, dor de cabeça e febre.*”

A acompanhante, mãe de Bruna, diz: “*O bebê tá bem? O tamanho dele tá normal, né doutor?*”

U: “*Tá tudo bem com o bebê.*”

Bruna diz, inconformada: “*Não tá bem é comigo!*” [Todos os presentes ficam em silêncio, Bruna é ignorada.]

Bruna: “*Ele continua sentado?*”

U: “*Não, não tá sentado não, ele tá se movimentando, se desenvolvendo.*”

Acompanhante: “*Seu filho!*”

Bruna: “*E porque essas dores?*”

U: “*Aí eu não sei lhe dizer o que é não. Pronto, pode levantar, a gente já entrega o laudo. A mulher levanta da maca com ajuda da mãe, as duas saem da sala.*” (DC)

O próprio processo de fabricação de personalidade fetal é integrado a esse redirecionamento da ação simbolizante mediada pelas imagens que informa a interação entre os sujeitos na sala de USG. As mulheres, em cujos úteros se visualiza um feto viável, saem da categoria de ‘anti-mãe’, porque continuam grávidas, a despeito do sangramento que indicava um abortamento.

Em outras palavras, a performance médica confere não apenas um status de humano ao ser contido no útero, mas, através desse mesmo ato, confere uma personalidade dupla à própria mulher. Ela não é mais uma pessoa única, diminuída moralmente porque as imagens do seu útero evidenciam uma história de atentado à vida de outro ser humano. O fato de ‘ainda’ conter outra pessoa dentro seu corpo renova seu direito de ser considerada ela mesma realmente humana. O que observamos é a atribuição de uma personalidade múltipla que potencializa a sua própria humanidade – pois não basta ser um mero indivíduo em sofrimento para atingir esse status – precisa ser englobada na comunidade moral dos humanos através da condição de maternidade. Dessa forma, a personalidade das mulheres, dentro do contexto institucional, depende do que se encontra no seu útero. Nos casos analisados nesta seção, toda a atenção volta-se para o “bebê”, logo que se descobre que ele permanece ali e a personalidade da mulher depende da personalidade do bebê que carrega, e disso depende seu status moral.

***“Tem uma na maca pra atender”:* aborto no segundo trimestre de gestação**

As mulheres às quais mais se atribuiu a categoria de ‘anti-mães’ foram aquelas com abortos no segundo trimestre. Durante o período de observação, acompanhei o exame de três destas mulheres, trazidas de maca das enfermarias, por estarem muito debilitadas. Cada uma delas teve um desfecho diferente. A primeira foi Maria:

“Tem uma na maca pra atender.” - avisa a auxiliar ao ultrassonografista. Preparamo-nos para receber Maria na maca dentro da sala. Eu e o ultrassonografista nos levantamos, a auxiliar abre a porta. Fora da sala vejo um homem com o uniforme verde do hospital, provavelmente o maqueiro, e parte da maca. A sala é pequena e a maca ocupa quase todo seu espaço. Levo a cadeira em que fico sentada para a antessala, posso ver então Maria. Trazida da emergência, seus pertences — roupas e documentos — estão dentro de um saco transparente, em cima da maca, o lençol está muito ensanguentado. Maria está debilitada, pálida e não tem acompanhante. O ultrassonografista afasta a maca de ultrassom, e a auxiliar afasta o equipamento sem uso que ocupa a sala. A consulta de USG com a mulher na maca exige uma reorganização da sala; embora não tenha sido explicitamente convidada a auxiliar na nova ordenação, me sinto impelida a participar. Com espaço livre na sala, saio para que a maca possa passar, com ajuda do maqueiro, posicionando-a ao lado do aparelho. Entro novamente, fico em pé perto da porta. O ultrassonografista também está em pé para alcançar o corpo da mulher, já que a altura da maca não permite que ele faça o exame sentado. (DC)

A mobilização provocada pela realização do procedimento nessa situação limite não se expressa apenas na mudança da configuração dos aspectos físicos e estruturais da sala, mas também no clima de tensão e desconforto que se instala entre os presentes,

profissionais, mulheres e mesmo para mim, enquanto observadora, adquirindo por vezes contornos dramáticos. Maria está notoriamente constrangida, embora vigilante, como se estivesse preparada para reagir a qualquer crítica que recebesse. O ultrassonografista prepara a sonda transdutora para transvaginal, de pé, e dá início ao exame. Enquanto maneja o aparelho com a mão direita, faz marcações na tela usando o painel de controle, conversa com Maria, inicialmente sobre aspectos clínicos:

U: “*Já tinha feito ultrassom que tinha mostrado gravidez?*”

Maria nega movimentando a cabeça.

U: “*E a menstruação, veio quando?*”

Maria responde secamente: “*Em setembro. Na verdade eu nem sabia. Eu fui no ginecologista aí o **bebê praticamente nasceu** na minha barriga.*[geme de dor quando a médica movimenta o aparelho na vagina] “*Ai, Ai!*”

U: “*Você não evitou, né?*”

Maria: “*Eu tomei remédio, mas esqueci dois dias.*”

U: “*Agora vai evitar, né? Você consegue levantar o quadril pro alto um pouquinho?*”

Maria: “*A médica deixou bem claro que eu não posso engravidar.*”

U: “*Você viu o feto sair em casa?*”

Maria confirma mexendo a cabeça, sem dizer nada.

U: “*Já grandinho, né?*”

Maria: “*Não, eu só vi na hora que desceu.*”

U: “*Você viu sair barriguinha, bracinho?*”

Maria: “*Não vi não, só na hora que desceu.*”

Maria geme muito, parece sentir muita dor. O aparelho está completamente sujo de sangue, que escorre em grande quantidade enquanto o exame é realizado. O ultrassonografista, ocupado com o aparelho na mão, me pede ajuda para pegar o prontuário. O exame acaba e o maqueiro retira a maca da sala. O ultrassonografista me chama, mostra a tela que para mim é incompreensível, e diz: “***ela tá mentindo, aqui tem mais ou menos 5 meses, essa imagem é de um útero compatível com mais ou menos 5 meses de gravidez***”. Não comento nada, apenas sinalizo que entendi a explicação. Continua o trabalho de escrever o laudo, eu ainda comovida com a cena que presenciei, com o estado que a mulher estava, tenho dificuldade de voltar às observações. Olha para mim e diz: “*Esse deve ser aqueles casos [de feto] de descarga que a gente vê no jornal*”. (DC)

A descrição do exame de Maria é a radicalização do que chamamos de ‘gravidez autêntica’. A situação que se detecta através da imagem de que o aborto foi realizado no segundo trimestre, ainda que sem a visualização da presença objetiva do feto, descrita nas palavras do profissional “*essa imagem de um útero com mais ou menos 5 meses de gravidez*”, foi uma daquelas que mais gerou discursos moralizantes sendo acompanhada de perguntas, como “*você viu o feto sair em casa?*”, “*Já tava grandinho, né?*”, além de conselhos para “*evitar*”[nova gravidez] e “*procurar o planejamento*”. Opostamente à ‘gravidez inautêntica’ que se expressa em interrupções que aconteceram “*cedo*”, aqui, o

feto toma a forma de uma Pessoa, cada vez mais nítida e material, à medida que a gravidez avança. Assim, Maria, por exemplo, considera que “o bebê praticamente nasceu”.

Outra informante, Carolina, também associou a interrupção da sua gravidez que aconteceu no segundo trimestre ao nascimento de um bebê:

Carolina: “*Eu tive praticamente normal, só que muito pequeno. Nas minhas contas tava pra três, quatro meses.*”

U: “*Foi a primeira gravidez?*”

Carolina: “*Não, a quarta.*”

U: “*Você eliminou o feto lá, nasceu praticamente.*”

Carolina: ***Normal, como um parto normal.***

U: “*Vai se inscrever no planejamento, né? 24 anos tá muito nova ainda, se inscreva no planejamento pra não engravidar mais, né?*”

Carolina: “*Humrum.*” (DC)

Os casos de aborto em idade gestacional avançada mobilizam todo o serviço; logo se iniciam comentários sobre histórias “*de jornal*”. A assistente entra na sala e conta um trágico relato de aborto que aconteceu com uma vizinha. Assume um tom de exemplo que não deve ser seguido, de condenação moral à jovem que provocou o aborto com uso do Cytotec®, sem o consentimento dos pais: “*A mãe não sabia, ela tomou Cytotec e tinha um útero que não trabalha, matou a criança, mas não saiu, teve que ficar esperando a criança dissolver. Essa menina sofreu! Depois ficou saindo as falangezinhas...*”(DC).

O exame com mulheres que tiveram um abortamento no segundo trimestre de gestação adquire contornos de tensão ainda maior quando a tentativa de aborto foi fracassada, e se descobre vitalidade fetal, como aconteceu no terceiro caso, de Camile. A auxiliar recebe um telefonema da emergência, solicitando o exame, então consulta o médico: “*Estão perguntando se [o ultrassonografista] pode fazer um exame na maca, a paciente não pode levantar.*”(DC).

O ultrassonografista hesita, parece estranhar a situação, mas concorda em fazer o exame. Como descrito anteriormente, os móveis precisam ser mudados de lugar para ceder espaço para a maca; sem comunicação explícita, participo da reorganização mais uma vez. O maqueiro conduz Camile na maca, o lençol muito ensanguentado em torno dos quadris. A auxiliar pede a identidade e o cartão do SUS, e a maca entra na sala. O médico, de pé, a cumprimenta e inicia o exame. Consigo observar o sangue escorrer através da sonda em grande quantidade; a mulher parece sentir dor, mas tenta não demonstrar. As imagens cinzentas e esbranquiçadas se projetam na tela, alguns segundos depois, o médico diz: “***É, o bebê tá grande, tá difícil de fazer transvaginal***”, mas prossegue com o exame. Parece

desapontado ao dizer: “*O bebê tá vivo ainda... usou alguma coisa pra perder?*” Camile responde que não, constrangida. Ainda que negue que provocou o aborto, a desconfiança em relação à veracidade dessa informação está posta.

O médico segue com as explicações de maneira semelhante àquela de um exame realizado em uma mulher com gestação a termo: “*Esse barulho é o coração*”. O médico parece desconfortável e a mulher constrangida, em silêncio, olhando pra baixo, procura responder apenas o que lhe é perguntado, até que diz, timidamente: “*Se der pra ver, o senhor me diz com quantos quilos tá?*”, o médico responde que sim.

Constatamos ainda como nessa situação o processo de fabricação de Pessoa está presente de maneira mais explícita, prevalecendo em última instância o discurso dos profissionais apoiado na produção das imagens, em detrimento do silenciamento das mulheres. Os exames são realizados de modo semelhante ao de gestações a termo, com a descrição do feto, aqui já nomeado como “*bebê*”, sendo feita salientando-se principalmente partes mais mobilizadoras para as mulheres — “*coração*”, “*rostinho*”. Quando não se visualiza um feto, os questionamentos dos profissionais dirigidos às mulheres procuram lembrar que este “*já grandinho*”, “*nasceu praticamente*”.

Ainda que tenhamos observado durante o período de campo poucos casos de aborto no segundo trimestre de gestação, consideramos que são situações inaceitáveis, que revelam os efeitos perversos da criminalização do aborto. Foram estas mulheres que chegaram com quadros de muito sofrimento físico, com sangramento importante, e que visivelmente estavam mais constrangidas, e, como já mostrou Heilborn et al. (2012) em pesquisa anterior, provavelmente as que tiveram dificuldade de acesso a uma interrupção da gestação no seu início, cujos “*relatos trazem maior dramaticidade na descrição dos itinerários e atestam uma vez mais a imensa iniquidade social presente no país*”(p. 1707). São estas as características contextuais aqui etnografadas, que representam a expressão máxima das iniquidades em saúde, produto de injustiça social relacionadas à gênero, raça e classe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas interações entre mulheres que fizeram a USG obstétrica no hospital, ecografistas e equipamentos se produz um conhecimento acerca do corpo, da gravidez e do

concepto, cujo elemento central é a produção de imagens através do aparelho que legitima o discurso biomédico acerca da gravidez e do aborto.

A gravidez é entendida pelos profissionais e mulheres como um processo que envolve estágios distintos. Quando as evidências ecográficas indicam que houve (provavelmente) um aborto nos estágios iniciais de uma gravidez, os próprios profissionais colaboram com as mulheres em desativar o processo semiótico que levaria à atribuição de um sentido de natureza humana ao concepto. Desse modo, nas interações que ocorrem na sala de USG, uma ambiguidade é colocada em relação à previa existência ou não de uma ‘gravidez autêntica’ (ou seja, uma condição destinada a levar a criação de uma Pessoa humana). Tudo gira em torno da constatação definidora da “*perca*” ou não de uma pessoa mesma — feto ou bebê, termos que remetem exatamente ao que se espera de uma ‘gravidez autêntica’. Enquanto há a possibilidade de se questionar se houve tal condição no passado, tanto os profissionais, quanto as mulheres atendidas, podem escapar da situação indesejada por ambos, diferentemente do que ocorre nos três casos de abortamento no segundo trimestre ou de falha do abortamento provocado (quando se constata a presença de um concepto ainda vivo e se pode lhe ser atribuído a rubrica de Pessoa em processo de formação, ou de um bebê já formado). Em suma, quando não se atribui personalidade ao produto da gestação, a situação do aborto é tolerável — ou melhor, nem é lida como um aborto, porque a expressão em si evoca diretamente a noção de destruição de Pessoa e de um ser de natureza humana.

Nosso argumento é que quando a gravidez é interrompida em estágios iniciais, o que ocorreu no corpo se distancia da noção de aborto. Neste extremo estão os casos em que houve possivelmente aborto completo — ali há uma zona cinzenta, em que no processo de significação sobre as imagens produzidas no exame de USG não se confere personalidade ao produto da concepção; em alguns casos inclusive nem haverá necessidade de internação, com passagem rápida das mulheres pelo hospital, que não precisarão realizar esvaziamento uterino, havendo poucas consequências físicas; as mulheres poderão retornar imediatamente às suas atividades cotidianas. As expressões conferidas às imagens “*não tem nada*”, “*não tô vendo nem gravidez nem restos*”, “*exame normal*” justificam nossa análise.

No extremo oposto estão aqueles casos de mulheres que vivenciaram a experiência do aborto no segundo trimestre de gestação. Mostramos que estas, em quadros de forte sangramento e de explícito sofrimento físico, ao passarem pela sala de USG, são suspeitas

de terem provocado o aborto de antemão. A pergunta é recorrente “*você tomou alguma coisa?*”. Ainda que não tenha presenciado discriminação direta dirigida às mulheres sob a forma de violência verbal, física ou atos de grosseria, o discurso dos profissionais de saúde se refere à moral hegemônica sobre aborto na sociedade brasileira, como prática moralmente condenável, e representa uma violência simbólica institucionalizada quando, por exemplo, na consulta de Carolina, o profissional insiste em perguntar se “*viu o feto sair em casa?*” “*viu sair barriguinha, bracinho?*”. A conduta dos profissionais não escapa das consequências da criminalização do aborto no país. Estas mulheres chegam à sala de USG muito debilitadas e a imagem que se produz, ainda quando não se visualiza a presença física do feto, informa um tamanho de útero compatível com segundo trimestre de gestação que alude para o constructo de feto formado, como Pessoa.

Portanto, de acordo com os relatos dos informantes, o tempo em que essa gestação foi interrompida é crucial para se atribuir personalidade ao conceito; quanto mais tarde se interrompe uma gestação, mais o processo de significação das imagens se aproxima da ideia de que ali há ou havia Pessoa, como também é maior a condenação moral do ato do abortamento. Nesses casos, o conceito é alçado à condição de “*bebê*”, cujo tamanho e forma são destacados pelos profissionais “*já tava grandinho, né?*”, “*o bebê tá grande*”, “*viu barriguinha?*”, e o aborto é tratado como um infanticídio, “*matou a criança*”.

No universo etnografado alguns aspectos diferiram da produção clássica sobre as implicações da ultrassonografia obstétrica para construção de personalidade fetal, sobretudo porque estes enfocaram o uso do recurso durante o pré-natal. As mulheres não visualizavam a tela durante o exame, ficando esta restrita aos profissionais que descreviam para as pacientes o que estavam vendo. Os exames aqui observados não adquiriram o contorno de espetáculo, tampouco as pacientes buscam este exame pelo prazer de ver (CHAZAN, 2007) e foi rara ou mesmo nenhuma a presença de acompanhante. Entretanto, conforme vimos, quando se descobriu vitalidade fetal, o feto torna-se objeto da atenção médica, e a consulta logo se transforma no ‘primeiro exame pré-natal’, na perspectiva dos médicos.

Esta pesquisa confirma que no universo moral dos hospitais/maternidades, que são espaços organizados, sobretudo, para se ter filhos, o parir transforma mulheres em mães, condição duplamente humana e moralmente consagrada, em distinção às ‘anti-mães’ — aquelas usuárias com aborto (MCCALLUM, MENEZES e REIS, no prelo, 2015). Aqui mostramos que, quando há descoberta de vida através do exame de USG em mulheres que

supostamente induziram abortos, o processo de fabricação de Pessoa fetal leva a outro processo, o de transformação da ‘anti-mãe’ em ‘mãe’.

As interações entre mulheres e ultrassonografistas são marcadas por um distanciamento que caracteriza a relação dos profissionais de saúde com mulheres que abortam nos hospitais, como mostram vários estudos (CARNEIRO, IRIART e MENEZES, 2013; MCCALLUM, 2007). Assim, os profissionais pouco falam e não se envolvem. As mulheres sentem-se intimidadas em fazer perguntas. Vimos que entre os profissionais se usa uma linguagem técnica instrumental, na prestação de um serviço que, pela sua natureza, permite sua realização em série. Isto só é rompido diante da imagem do feto, sobretudo com vida. Aí ocorre uma inflexão — a linguagem no diminutivo é usada como apelo à ‘mãe’ e ao ‘instinto materno’ e se condena moralmente o aborto. Aqui os profissionais não são apenas ultrassonografistas, voltam a ser obstetras na maternidade, imbuídos de sua missão de ajudar bebês a nascerem. A mulher pouco importa: se queriam a gravidez, se perderam espontaneamente, se estão sofrendo, sangrando, com dor, com medo de morrerem, de serem descobertas e presas. O ‘bebê’ torna-se objeto de todo o cuidado.

A sala de USG é um lugar de performances. As práticas e os discursos dos profissionais constituem ‘atos performativos’, como também aqueles das mulheres¹¹. Ao discursar sobre os fetos com vida nos termos descritos nesse artigo — como pessoas intencionais (“*dando tchau*”), temos *performance* sobre o que significa ser um profissional de saúde ético, por exemplo. As mulheres, que se encontram em posição assimétrica nas relações de poder características da sala de USG, se vêm obrigadas a se posicionar performaticamente como ‘mães’ — ou (na maioria dos casos por nós documentados) a se manterem apagadas e caladas como agentes na interação. Não há espaço para ser uma pessoa autônoma singular, com direito a uma atenção direcionada a si, quando se descobre outra vida dentro da ‘paciente’ (como no caso de Bruna). Ao demandar atenção para sua febre e suas dores, em vez de se emocionar com a presença do seu “*filho*” (como fez a sua mãe, que estava presente na sala), ela se enuncia nas cores de uma ‘mãe desnaturada’. Pois não há possibilidade dos agentes se retirarem dos papéis morais a eles destinados.

Eis as principais conclusões da análise antropológica de nossos dados etnográficos. Ainda é preciso chamar atenção para alguns pontos adicionais.

¹¹ Sobre *performance* ver Butler (2010).

Mulheres buscam o hospital em estágios limite de modo a evitar que o aborto seja interrompido. Os dados sugerem a hipótese de que as mulheres sabem sobre o processo de transformar feto em Pessoa, sobre a busca institucional de garantir sua viabilidade em caso de ameaça de abortamento e sobre como a ‘conscientização’ acoplada a ele irá ocorrer no hospital. Por isso se asseguram de chegar ali após ter ocorrido a expulsão do produto do abortamento, ou de ter certeza de que o aborto ocorreu, procurando assim realizar o exame de USG antes de buscar a maternidade. Mas essa é uma pergunta que merece ser aprofundada em estudos posteriores, já que não tivemos acesso à recuperação do itinerário das mulheres antes de chegarem ao hospital.

A pesquisa sinaliza que o consumo de USG entre mulheres com abortamento envolve um pacto entre demanda das mulheres e indicação dos profissionais, semelhante àquele já observado durante o acompanhamento pré-natal (CHAZAN, 2006). A USG é recurso disseminado, às vezes desnecessariamente, mesmo no serviço público. Em um contexto mais amplo, a análise da prática do uso da tecnologia de imagem na maternidade pública sinaliza uma tendência atual do Sistema Único de Saúde brasileiro a organizar seu funcionamento de forma semelhante ao sistema privado, que atende a uma lógica de consumo de serviços de saúde, que tem como objetivo central a produtividade. Nesse ponto, o enfoque nos exames de ultrassom entre mulheres com aborto mostrou-se revelador de uma conjuntura atual do SUS, de adoção de práticas de estímulo ao consumo de serviços de saúde como equivalente a obtenção de boa saúde (ALMEIDA-FILHO e PAIM, 2014), discussão recente no campo da Saúde Coletiva, que não foi aprofundada neste estudo e merece ser realizada em investigações posteriores.

O trabalho ora apresentado é esforço inicial de mapeamento do campo, caracterização da cena da USG no aborto, contexto e agentes em interação. Reflete a etapa atual da pesquisa, dado o ineditismo do tema, aponta lacunas que merecem ser retomadas e aprofundadas e fornece elementos para aprimorar instrumentos e nortear novas pesquisas.

Entre elas, a análise das explicações sobre o que se visualiza no processo de abortamento incompleto — diagnóstico recebido pela maioria das mulheres que são internadas. Nomeado de “restos” que precisam de uma “limpeza”, parece sugerir que para essas mulheres e esses profissionais, o aborto é algo que deixa uma ‘sujeira’ no corpo. O próprio uso do termo “coletagem” ou “coleta”, compartilhado pelas pacientes da MPS, para além de um erro de pronúncia do termo curetagem, encontrado também em pesquisas anteriores em Salvador, pode ser interpretado em associação à lógica da

“*limpeza*”, simbolizando o que para elas acontece em seus corpos nos cuidados após o abortamento. Aqueles que se encarregam de ‘limpar’ ou ‘coletar’ os “*restos*” são, em primeiro lugar, os médicos no hospital, e em seguida, as próprias mulheres, por meio do uso de substâncias como água inglesa, que teriam “*o poder de ‘limpar o útero’, eliminando os restos do aborto no corpo*”, como mostrou Diniz e Medeiros (2012, p.1679). Indicamos a produção de estudos que recuperem o itinerário das mulheres na realização de exames antes de chegarem ao hospital, que busquem compreender o que as mulheres pensam sobre o exame e as imagens por ele produzidas e como este se inscreve e influencia seu processo decisório por um aborto. São necessárias também pesquisas sobre o que pensam os profissionais sobre o exame.

Antes mesmo da descriminalização e legalização do aborto no Brasil, medida distante de se concretizar haja vista a posição conservadora atual do governo e do legislativo brasileiro, recomendamos a mudança urgente e necessária do modelo de atenção ao abortamento no país. O aborto é um evento frequente na vida reprodutiva das mulheres, cujas consequências são significativas taxas de morbimortalidade decorrentes de procedimentos inseguros registradas no Brasil e em locais onde o aborto é crime (SAY et al., 2014; BRASIL, 2009). Como parte desse processo, é fundamental retirar as mulheres dos hospitais/maternidades além de proceder a humanização da atenção e imprimir mudanças para que sua realização implique menos sofrimento às mulheres e mais respeito aos seus direitos humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, N. e PAIM, J. S. **Saúde Coletiva - Teoria e Prática**, 1 ed., Salvador, BA: MedBook, 2013.

BOLTANSKI, Luc. **La condition foetale: une sociologie de l'engendrement e de l'avortement**. Paris: Gallimard, 2004.

BIBEAU, G. e CORIN, E. From Submission to Text to Interpretive Violence. In BUBEAU, G. e CORIN, E. **Beyond Textuality: Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation**. Approaches to Semiotics Series. Berlin: Mouton de Gruyter, 1995.

BRASIL. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 07 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 32p, 2011.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. de S. "*Largada sozinha, mas tudo bem*": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 405-418, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 março 2015.

CASTILHO, E. A.; KALIL, J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, v. 38, n. 4, Uberaba, 2005.

CHAZAN, L. K. Fotógrafo de interiores: o consumo de imagens fetais e a produção do prazer de ver. In: LEITÃO, D. K.; LIMA, D. N. de O. L e MACHADO, R.P. (Org.). **Antropologia & consumo**. Diálogos entre Brasil e Argentina. 1ed. Porto Alegre: AGE, 2006.

CHAZAN, L.K. "**Meio quilo de gente**": um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CHAZAN, L. K. 'É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!' A construção de 'verdades' na ultrasonografia obstétrica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 99-116, 2008.

CHALLINOR, E. P. Identidade e pertença: para além das dimensões materiais do sofrimento social. **Etnográfica**, vol. 15 (3)2011. Disponível em: <<http://etnografica.revues.org/1044>>; Acesso em: 06 Junho 2015.

DAVIS-FLOYD, R. **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno Tots**. New York, Routledge, 1997.

DINIZ, D.; CORREA, M.; SQUINCA, F.; BRAGA, K. S. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.25, n.4, pp. 939-942, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de setembro de 2014.

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1) : 959-966, 2010.

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012.

GEERTZ, C. J. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 7 ed. Petrópolis: RJ, 2001.

GEORGES, E. Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece. **Medical Anthropology Quarterly** 10(2): 157-175, 1996.

GERBER, E. G. Deconstructing Pregnancy: RU486, Seeing "Eggs," and the Ambiguity of Very Early Conceptions. **Medical Anthropology Quarterly**, vol. 16, nº 1, p. 92-108, 2002.

HARRIS, G.L.; CONNOR, A.; BISITS, N. H. "Seeing the Baby": Pleasures and Dilemmas of Ultrasound Technologies for Primiparous Australian Women." **Medical Anthropology Quarterly** 18.1, 23-47, Newcastle, 2004.

HOWES-MISCHEL, R. With This You Can Meet Your Baby": Fetal Personhood and Audible Heartbeats in Oaxacan Public Health. **Medical Anthropology Quarterly**, 2015.

HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. D.; BRANDÃO, E. R.; FARO, L.; CORDEIRO, F.; AZIZE, R. L. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1699-1708, 2012.

HOTMINSKI, S.N; A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina. USP, 2007.

JACKSON, M. Things as they are. **New directions in phenomenological anthropology**. Bloomington: Indiana University Press, 1996.

JORDAN, B. **Authoritative Knowledge and its Construction**. Introductory Remarks to Symposium on "Birth in Twelve Cultures: Papers in Honor of Brigitte Jordan. Meetings of the American Anthropological Association, San Francisco, CA. December 2, 2001.

LEAL, O. F. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17,n. 7,Julho, 2012.

LUNA, N. Aborto e corporalidade: sofrimento e violência nas disputas morais através de imagens. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre , v. 20,n. 42,p. 293-325, 2014a . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832014000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Junho 2015.

LUNA, N. Aborto no Congresso Nacional: o enfrentamento de atores religiosos e feministas em um Estado laico. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília , n. 14,p. 83-109,2014b. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-335220140002000083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de Setembro de 2015.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de Pessoa, a noção de "Eu". In: Sociologia e Antropologia. São Paulo: EPU/Edusp, 1974.

MACEDO, U. "Útero em cena": implicações e desdobramentos do uso da ultra-sonografia obstétrica. (**Monografia**) Bacharelado em ciências sociais. Universidade Federal da Bahia, 2005.

MCCALLUM, C; REIS, A. P dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7,p. 1483-1491, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de março de 2015.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P.; MENEZES, G. M. S. **Experiências de aborto em maternidade pública de Salvador-Bahia**. [no prelo], 2015.

MCCALLUM, C. A. Sem nome: pessoa como processo na dinâmica racial e de gênero brasileira. In: Cabral J.P., Viegas S.M., organizadores. **A ética dos nomes: gênero, etnicidade e família**. Lisboa: Editorial Almedina; 2007. p. 265-89.

MENEZES, G. M. S; AQUINO, E. M. L.. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

MITCHEL, M.; GEORGES, E. Baby's First Picture: The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging. In: DAVIS-FLOYD, R. e DUMIT, J. **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**, 105–24. London: Routledge, 1998.

PETCHESKY, R. P. Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction In: STANWORTH, M. (Ed.). **Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine**. p. 57-80, Cambridge, 1987.

PINA-CABRAL, J. de. SILVA, V. A. da. **Gente Livre: Consideração e Pessoa no Baixo Sul da Bahia**. São Paulo: Terceiro Nome, 2013.

ROSTAGNOL, S. El conflicto mujer-embrión en debate parlamentario sobre el aborto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis , v. 16,n. 2, 2008.

SANTOS, L. L. N. dos. Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, 2014.

SAY, L.; CHOU, D; GEMMILL, A; TANÇALP, Ö.; MOLLER, A-B; DANIELS, J; GÜLMEZOGLU, M; TEMMERMAN, M; ALKEMA, L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health** (Vol. 2, Issue 6, Pages e323-e333), 2014.

SILVEIRA, P. S. Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no nordeste brasileiro. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal da Bahia, 2014.

STRATHERN, M. Sobre o espaço e a profundidade. *Cadernos de Campo* (São Paulo, 1991), Brasil, v. 20, n. 20, p. 241-258, 2011.

WILLIAMS, C. Framing the fetus in medical work: rituals and practice. **Social Science and Medicine**. 60: 2085–95, 2005.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABA. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Código de ética do antropólogo**. [2012]. Disponível em: <<http://www.abant.org.br/?code=3.1>>. Acesso em: 13 de agosto de 2014.

BIBEAU, G. ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. In: Pinzón C, Suárez PR, Garay G, editores. **Cultura y salud en la construcción de las Américas**. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología, 1993. p. 41-70.

BOURDIEU, Pierre. **O senso prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-natal, parto e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 32p, 2006,

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório nacional de acompanhamento**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria do Planejamento e Investimentos; supervisão: Grupo técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília - Ipea, MP, SPI, 2014.

CHAZAN, L.K. Fetos, máquinas e subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como Pessoa pela tecnologia de imagem. (Dissertação) **Mestrado em Saúde Coletiva**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.

CHAZAN, L. K. O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da pessoa contemporânea. **Physis** (UERJ. Impresso), Rio de Janeiro, v. 13, n.01, p. 193-213, 2003.

CHAZAN, L. K. As imagens fetais e a produção do prazer de ver: a construção do feto como Pessoa mediada pela ultra-sonografia obstétrica. **Mnemosine** (Rio de Janeiro), v. 1, p. 1-2, 2005.

CHAZAN, L.K.; CITELI, M.T. “Muito cuidado com essa sonda, ela é a parte mais sensível desse aparelho!”: a tecnologia como ator social na construção de corpos fetais e grávidos. **Trabalho apresentado na VIII Reunião de antropologia do Mercosul**, Gt 53, Buenos Aires. Mimeo, 2009a.

CHAZAN, L. K. ;MARQUES, I. da C. Pra mim... São montanhas rochosas... Consumo, espetáculo e muito mais no ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro da virada do século. RECIIS. **Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde** (Edição em português. Online), v. 3, p. 217, 2009b.

CHAZAN, L. K. "O aparelho é como um automóvel; a pista é a paciente". Para além do ensino de tecnologia no pré-natal. **Physis** (UERJ. Impresso), v. 21, p. 601-627, 2011.

FELLOUS, M. Explorer le ventre fécond de la mère. **Revue française de Psychosomatique**, nº26, 2, 2004. pp.83-97.

GEOCZE, C. Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres grávidas submetidas ao ultra-som obstétrico de pré-natal. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, 2009.

HARAWAY, Donna. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. **Simians, Cyborgs, and Women**. New York: Routledge, 1991.

LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LEAL, O. F.; LEWGOY, B. Pessoa, Aborto e contracepção. In: LEAL, O. F. (Org.). **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: UFRGS, p. 57-76, 1995.

LEAL, O. F.; LEWGOY, B. Aborto: uma contribuição antropológica à discussão. **Revista de Filosofia Política – Nova Série 2**: 173- 195, 1998.

LUNA, N. Tirar o aborto da sombra. A condição fetal: uma sociologia do engendramento e do aborto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis , v. 15,n. 1,p. 249-252, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2007000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de março de 2015.

MARTIN,E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

ORTEGA, F. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 15,n. 2, 2005 .

ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. **História Ciências. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 13,supl. Oct. 2006

RODRIGUES, C. Butler e a desconstrução do gênero. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis , v. 13,n. 1,p. 179-183, Apr. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de setembro de 2015.

SEDGH, G. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **The Lancet** Volume 379, Issue 9816, 18–24 2012, Pages 625–632.

WACQUANT, L. Notas para esclarecer a noção de *habitus*. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, João Pessoa, v. 6, n. 16, p. 5-11, abr. 2007.

SITES CONSULTADOS

VIANNA, LF. Questão de concepção.. **FOLHA DE SÃO PAULO**[on-line]07 de out 2007. disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/revistafamilia/rv0710200706.htm>>. Acesso em: 07 de julho de 2014.

CENTRO LARINO-AMERICANO CLAM, Aborto em tempos de eleição. O Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 04 de Junho de 2014. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?cod=11603>>. Acesso em: 07 de julho de 2014.

Etats-Unis: une échographie avant l'avortement, "une insulte" pour les féministes. **Le Point.fr**[on-line]. 20 de abril de 2012, disponível em : <http://www.lepoint.fr/societe/etats-unis-une-echographie-avant-l-avortement-une-insulte-pour-les-feministes-20-04-2012-1453432_23.php>. Acesso em: 07 de julho de 2014.

NETTO, Paiva. **Ultrassom salvador de vidas.** (sem data) <Disponível em: <http://www.paivanetto.com.br/index.php/pt/artigo?cm=88573&cs=100>>. Acesso em: 07 de julho de 2014.

Contra o aborto, movimento pró-vida distribui 'fetos' na Jornada Mundial da Juventude. Terra [on-line]. 23 de julho de 2013. <<http://noticias.terra.com.br/brasil/papa-francisco-no-brasil/contra-o-aborto-movimento-pro-vida-distribui-fetos-na-jmj,9855347516d00410VgnVCM4000009bcceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 07 de julho de 2014.

CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR-CMS Cátia Rodrigues propõe Dia de Conscientização Antiaborto. Vereadora apresentou substitutivo ao Projeto de Lei nº 111/2014[on-line]05 de maio de 2015. <http://www.cms.ba.gov.br/noticia_int.aspx?id=9670>. Acesso em: 07 de maio de 2015.

LEAL, LUCIANA NUNES. “Aborto só vai a votação se passar pelo meu cadáver”, diz Cunha. **ESTADÃO** [on-line] 09 de fevereiro de 2015. <<http://brasil.estadao.com.br/blogs/estadao-rio/aborto-so-vai-a-votacao-se-passar-pelo-meu-cadaver-diz-cunha/>> . Acesso em: 15 de abril de 2015.

ANEXO 1

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. DINÂMICA DA ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA NA ROTINA DA ATENÇÃO AO ABORTAMENTO NO HOSPITAL

- Condições materiais para a realização do exame (ambiente; localização no hospital; sala de espera; aparelhos eletrônicos);
- Práticas relacionadas ao exame (Momento da internação em que ocorre a solicitação; Dias/horários de funcionamento; Encaminhamento; Tempo de espera para o exame; Quem realiza; Quem analisa; Tempo de realização; quantidade de profissionais; presença de acompanhante)
- Organização da demanda (mulheres grávidas, com abortamento espontâneo/provocado)

2. A CENA DA ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

2.1 Interações

- Postura dos profissionais (Como se dirigem as mulheres; linguagem, manejo do corpo das mulheres, manejo das máquinas; quantidade de profissionais; registro; termos utilizados para se referir as mulheres)
- Descrições das imagens (Se ocorre descrição; em que contexto; diferenças/semelhanças entre gravidez, aborto induzido e aborto espontâneo; Idade Gestacional; Diferentes diagnósticos - aborto retido; feto morto; restos celulares; gravidez ectópica etc; termos utilizados para se referir ao conceito)
- Postura das Mulheres (Como se dirigem aos profissionais; linguagem; postura corporal; comportamento considerando os motivos do exame; momentos em que falam/não falam;)

ANEXO 2

MAPA DA SALA DE USG DA MATERNIDADE PÚBLICA DE SALVADOR

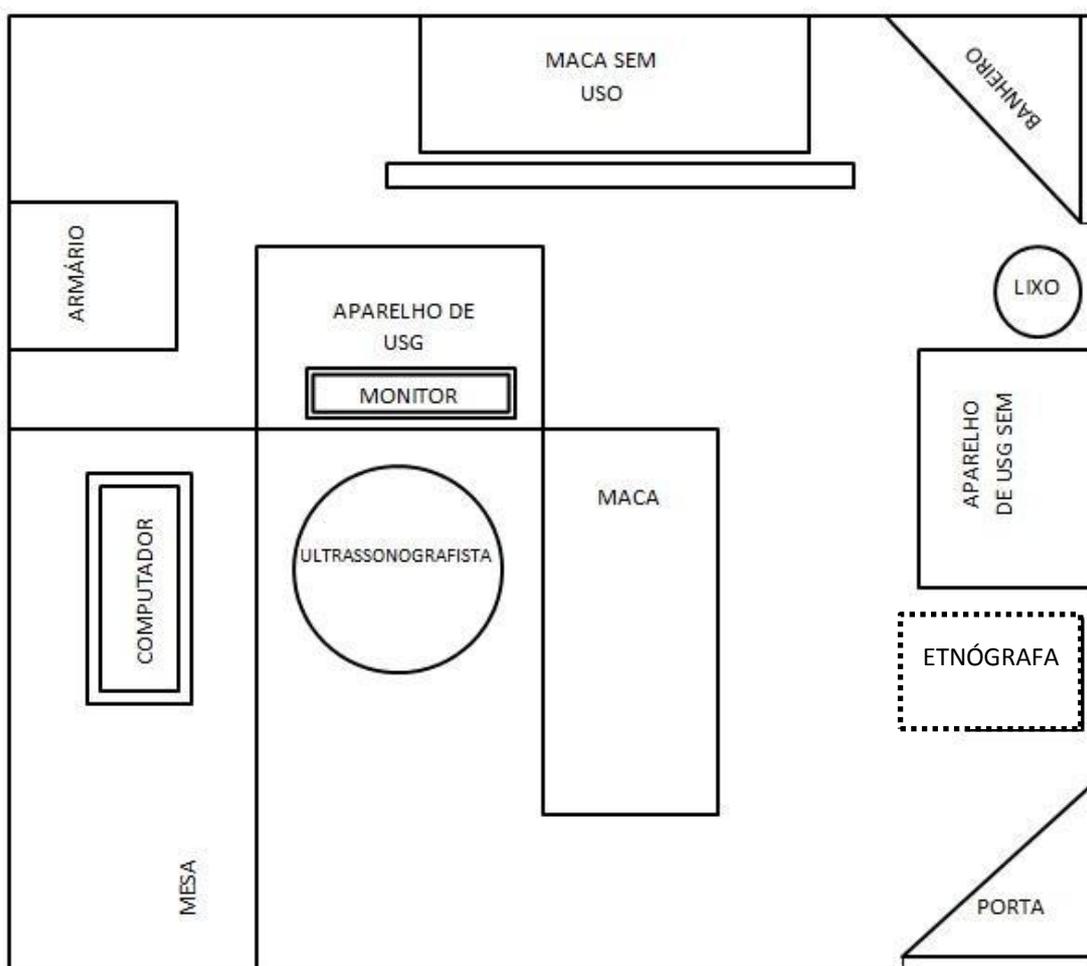


Figura 1. Mapa da Sala de Ultrassom