

Paradoxos da atenção ao aborto provocado: “urgências” e “emergências” em uma Maternidade Escola em Natal/RN¹

Paradoxes on attention to abortion: “urgencies” and “emergencies” at a school maternity in Natal/RN

Cássia Helena Dantas Sousa

*Graduanda do curso de Ciências Sociais e Bolsista de Iniciação Científica do
CNPq/PROPEQ Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
cassiamaiden@hotmail.com*

Rozeli Maria Porto

*Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de
Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Doutorado em Antropologia Social Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
rozeliporto@gmail.com*

Dhara Rhaquell Gsquiwaze Santos de Carvalho

*Graduanda do curso de Ciências Sociais e Bolsista Voluntária de Iniciação Científica
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
dhararhaquell@gmail.com*

2

Resumo

Este artigo busca realizar uma análise das representações sociais de alguns profissionais de saúde acerca do aborto em uma Maternidade Escola situada na cidade de Natal/RN. Considerando o fato de que estes figuram como elementos centrais no drama vivido por mulheres que interrompem uma gestação e procuram por atendimento nessa unidade de saúde, o ponto central da investigação é a construção de uma reflexão sobre a forma como os casos de aborto são atendidos através da análise de discursos, práticas e noções de “urgências” e “emergências” desses profissionais no cotidiano do ambiente hospitalar pesquisado. No plano metodológico, a pesquisa foi realizada em um viés qualitativo, por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas.

Palavras-chave: Aborto. Profissionais de saúde. Urgências. Emergências.

Abstract

This paper aims to analyze social representations on abortion by some health professionals at a maternity school located in Natal/RN. One considers the fact that those professionals figure as central element within the drama lived by women who interrupt their pregnancies and seek for treatment in that health unit. The central point of the investigation is to build up a reflection on the way that the cases of abortion are treated, by means of analyzing professionals' discourses, practices and conceptions of “urgencies” and “emergencies” at their daily routine in the hospital environment. As for the methodological plan, this survey has been carried out in a qualitative way, through participative observation and semi-structured interviews.

Keywords: Abortion. Health professionals. Urgencies. Emergencies.

¹ Este estudo se insere na pesquisa em andamento intitulada “Aborto legal e saúde: o impacto das tecnologias de imagem sobre casos de malformações fetais” - EDITAL nº 05/2010 – PROPESQ/UFRN.

Inscrito no âmbito dos direitos reprodutivos, o aborto tem sido alvo de grande debate, especialmente nas sociedades latino-americanas, colocando em confronto no espaço público posições de diferentes atores e atrizes sociais. Com efeito, esse problema social desperta polêmica e tem sido objeto de opiniões que se circunscrevem não somente aos campos jurídicos ou da saúde, como também ao campo religioso e moral, tangendo o poder legislativo, a mídia e a opinião pública. Indubitavelmente, tal assunto nos remete a pensá-lo como um “fato social total” (MAUSS, 2003), uma vez que o tema perpassa várias esferas da vida social e diferentes campos interdisciplinares. Porém, apesar de essa totalidade incitar diferentes discussões em torno do tema, posições herméticas ditam normalmente as regras do debate, sendo que um dos pontos nodais sobre o aborto refere-se ao início da vida. Esse fato postula questionamentos sobre o momento exato em que o feto, ou mesmo o embrião, poderia ser considerado pessoa humana detentora de direitos. Em menor ou maior grau, tal polêmica se estende aos casos de aborto por estupro, por anencefalia e ainda por outras malformações graves, sem falar na discussão que se origina com o advento das novas tecnologias de reprodução (GROSSI; PORTO; TAMANINI, 2003; LUNA, 2007; MACHADO, 2008).

O assunto é amplamente debatido por especialistas de áreas diferenciadas que não chegam a um consenso sobre qual linha divisória absolutamente nítida confirmaria o momento em que a vida se inicia (SINGER, 1998) – isso porque a discussão no ocidente, via de regra, gira em torno de dois polos dicotômicos e estruturais: de um lado, envolve o ponto de vista metafísico do campo religioso, que acredita que a vida se inicia na concepção, passando a alma a existir simultaneamente e por outro, uma versão laica referente a essa “ontologia substancialista”² (LEAL; LEWGOY, 1995, p. 58). Tais posicionamentos independem dos tipos de legislações vigentes em cada país, estando presentes em locais onde as legislações sobre o aborto são mais ou menos permissivas. De fato, sua legalidade muitas vezes não é suficiente para garantir o direito ao aborto e, além disso, se o procedimento for realizado em condições inadequadas, pode levar a um grande risco à saúde e à vida da mulher. Nessa linha de raciocínio, percebe-se que o que determina que um abortamento³ seja seguro ou inseguro não é somente sua legalidade ou ilegalidade. Tudo dependerá de um contexto organizado em torno de uma rede

² A ontologia substancialista identifica-se com a tradição religiosa cristã que fundamenta o amparo do embrião num discernimento “biológico de presença da pessoa humana”. Há uma pessoa no útero (ou na proveta, levando-se em conta as novas tecnologias de reprodução) que deverá ser protegida desde a concepção.

³ O abortamento deve ser considerado como a interrupção voluntária ou não da gravidez até a vigésima semana ou com um conceito pesando menos que 500 gramas (nos casos em que a idade gestacional é desconhecida). O termo “aborto” refere-se mais precisamente ao produto da concepção eliminado da cavidade uterina ou abortado.

de serviços preparada para tal procedimento. Além disso, dependerá de uma rede mais ampla em que “a descriminalização da prática venha acompanhada de acesso ao serviço de qualidade, a diminuição do preconceito, a capacitação dos profissionais de saúde, tanto do ponto de vista prático quanto humano, e ao acolhimento dessas pacientes” (SANTIAGO, 2008, p. 35).

Assim, no âmbito das pesquisas das ciências humanas e mais especificamente da Antropologia, entende-se que trabalhar no sentido de compreender o ponto de vista dos vários agentes sociais envolvidos na questão (e não congelar o debate, destacando apenas a mulher no meio desse processo) serve para que possamos perceber como em vias práticas o aborto é tratado no Brasil. Procura-se, dessa forma, destacar em que partes os mais diversos discursos e práticas interferem nas experiências das mulheres que passam por tal situação⁴.

Nesse sentido, o objetivo deste texto é analisar as representações sociais (MAGNANI, 1986) de alguns profissionais de saúde em uma Maternidade Escola situada na cidade de Natal/RN acerca do aborto, considerando o fato de que estes figuram como elementos centrais no drama vivido por mulheres que interrompem ou necessitam interromper uma gestação pelas mais variadas motivações, e, por consequência dessa prática, buscam atendimento nessa unidade de saúde. O cerne da investigação é construir uma reflexão sobre como se dá o atendimento a esses casos no dia a dia dos sujeitos pesquisados, a partir de suas práticas e discursos, e como esses sujeitos lidam com as mais diversas situações envolvendo abortos, em meio ao que classificam como urgências e emergências. Ademais, a problemática central que este texto busca dissecar é o entendimento que os profissionais de saúde do hospital pesquisado têm sobre a prática do aborto, ou seja, como a percebem, levando em consideração elementos como crenças de ordem religiosa, preceitos morais, emoções e noções de ética laboral.

Para que os dados que aqui serão expostos fossem obtidos, foi realizada uma pesquisa durante um ano e meio no hospital citado, dentro da qual todas as etapas e procedimentos relativos e necessários ao trabalho do antropólogo (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000) foram levados a cabo. O caminho foi de caráter qualitativo, através de observação participante (MALINOWSKI, 1978) no ambiente do hospital escolhido como lócus de

⁴ A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA/2010) realizada com mulheres entre 18 e 39 anos em áreas urbanas de todo o país revelou que uma em cada cinco mulheres brasileiras já fez aborto, sejam elas católicas, protestantes, evangélicas ou de outras religiões. Tal estimativa pode ser ainda maior se considerarmos que a pesquisa coletou dados somente no espaço urbano (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

pesquisa. No sentido de complementar os dados obtidos nessa primeira etapa, foi realizado um total de seis entrevistas semiestruturadas no período que compreende os meses de julho de 2011 a setembro de 2012. Foram observadas as normas estabelecidas no Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia como também as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa quanto ao consentimento informado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O texto está dividido em quatro partes: a primeira trata sobre a estrutura da maternidade e o organograma dos atendimentos; a segunda dispõe acerca dos desafios do trabalho de campo e de como conseguimos entrar em contato com os sujeitos pesquisados; a terceira diz respeito ao aborto provocado na ótica dos profissionais de saúde; e, por fim, na quarta parte, discorremos sobre o significado do que representam as “urgências” e “emergências” no entendimento desses profissionais⁵.

A Maternidade Escola: estrutura e “organograma” de atendimentos

Natal possui uma rede hospitalar pública com cinco unidades de atendimento: três municipais (Maternidade das Quintas/média complexidade, Maternidade e Pronto Atendimento Professor Leide Morais/média complexidade e Maternidade e Unidade Mista Felipe Camarão/baixa complexidade), um Hospital/Escola Federal (Maternidade Escola Januário Cicco) e uma unidade Estadual (Maternidade Santa Catarina), sendo os dois últimos de alta complexidade, possuindo serviços de aborto previstos por lei. Três desses hospitais ainda possuem UTI – Maternidade Escola Januário Cicco, Maternidade de Felipe Camarão e Maternidade Santa Catarina. Selecionamos para desenvolver nossa pesquisa a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) por ser um dos maiores hospitais/maternidades de Natal, recebendo diuturnamente pacientes de todo o Rio Grande do Norte. Esse hospital contabiliza uma média de 300 curetagens/mês, conforme relatado pela diretora da maternidade, a médica Maria Daguia Medeiros, em entrevista publicada em jornal local no ano de 2010.

No período em que estivemos em campo, nosso lócus de pesquisa passava por alguns problemas sérios em relação à superlotação de pacientes e transtornos relativos à própria estrutura do prédio, que, por ser deveras antigo (a estrutura predial onde funciona o Hospital foi erguida na década de 1950), não raro apresenta problemas em algumas partes das alas de atendimento,

⁵ Não poderíamos deixar de registrar os agradecimentos às/aos profissionais de saúde que nos auxiliaram durante esta pesquisa.

sobretudo na porção superior da construção. Desse modo, além de o hospital enfrentar um dia a dia movimentado por questões relacionadas à rotina de atendimento propriamente dita, amiúde os profissionais que ali trabalham e as pacientes que ali recebem atendimento passam por mudanças e rearranjos feitos às pressas, uma vez que problemas como paredes e forros deteriorados são constantes, sobretudo em períodos de chuva.

Assim, já sabendo de antemão que problemas estruturais acabam quase que inevitavelmente interferindo na ordem dos atendimentos⁶, antes de partir para a tentativa de conhecer o organograma de trabalho do dia a dia do hospital, procuramos levar em consideração que este apresenta uma insuficiência no sentido de suprir todos os casos que demandam atenção, o que obviamente poderia interferir nos atendimentos aos casos que nos interessavam saber, ou seja, os de aborto. Dessa forma, depois de algum tempo observando e conversando informalmente com as técnicas de enfermagem, logo nas primeiras entradas em campo, acabamos por compreender a dinâmica dos atendimentos de urgência da unidade, que funciona da seguinte forma: em cada turno de serviço (que compreende dois turnos de seis horas e um plantão noturno de doze horas) há uma equipe de dez ou doze técnicas de enfermagem supervisionadas por uma enfermeira chefe, contando ainda com duas médicas, uma assistente social e estagiárias em psicologia, que fazem atendimentos em uma rotina intercalada com os outros setores do hospital. Assim, as mulheres que chegam ao hospital são atendidas de acordo com um sistema de acolhimento definido como modelo próprio do SUS, que, nesse caso, divide os atendimentos em quatro cores, de acordo com a necessidade progressiva de atenção imediata: vermelha, amarela, verde e azul. Pacientes em situação de abortamento que não estiverem com sangramento em grandes quantidades ou com expulsão de feto – em casos de aborto retido ou incompleto, ou seja, quando o corpo expõe apenas uma parte do tecido fetal –, mesmo que estejam sentindo dores mais ou menos intensas, acabam encaixadas na categoria “verde”, ou seja, “atendimento de baixa prioridade”.

Foi constatado que, muito embora esse sistema idealizado seja seguido para fins estatísticos, o que ocorre é que o sistema de triagem passa a ser de outra ordem, estando muito mais guiado pelas próprias capacidades físicas do local e pelo discernimento dos profissionais sobre quem necessita ou não de atendimento imediato do que por qualquer outro critério. De qualquer forma, isso significa que, seja pelo sistema de acolhimento, seja pelas noções de gravidade e necessidade de rápido atendimento dos profissionais que ali

⁶ Falas e expressões *ênicas* serão indicadas em *italico*.

atuam, muitas mulheres que chegam ao hospital passam por longuíssimos períodos de espera. A saber, em geral, a maioria dos atendimentos registrados diariamente é de cesarianas já marcadas previamente, encaminhamentos de outros hospitais, procedimentos de AMIU (Aspiração Manual Intrauterina) e curetagem, sendo esses dois últimos relativos a abortos – provocados ou não – os quais, justamente, demandam maior paciência por parte das mulheres, que chegam a esperar até 12 horas ou mais pelo atendimento. Vale salientar que tal fato, comparativamente a outras instituições de saúde pública no Brasil, não é exclusivo desse hospital/maternidade em Natal. Aquino *et al.* (2012), ao pesquisarem a qualidade da atenção ao aborto sob a perspectiva das usuárias em hospitais localizados em três capitais do Nordeste brasileiro (Salvador, Recife e São Luís), observam que

são constantes as denúncias do movimento de mulheres acerca de problemas enfrentados pelas usuárias de serviços de saúde, incluindo desde a dificuldade de acesso a uma vaga até situações de discriminação sofridas durante a internação. Esses problemas foram evidenciados em pesquisas qualitativas, realizadas em serviços públicos por profissionais de saúde, principalmente enfermeiras, mas ainda são insuficientes os estudos sobre a qualidade da atenção recebida nos hospitais pelas mulheres que abortam (AQUINO *et al.*, 2012, p. 1766).

Segundo as autoras, a qualidade da atenção ao aborto no Brasil ainda é pouco avaliada. Elas trazem dados que tornam evidente que a atenção ao aborto nas três capitais pesquisadas está longe do que recomendam as normas técnicas brasileiras⁷ e os organismos internacionais, incluindo os acordos assumidos pelo governo brasileiro, a exemplo das Conferências do Cairo (1994) e em Beijing (1995) (AQUINO *et al.*, 2012), fato também observado em pesquisas realizadas no sul do Brasil (PORTO, 2009).

No hospital/maternidade pesquisado em Natal, os itinerários abortivos (PORTO, 2009; MOTTA, 2012) para as pacientes que aguardam procedimentos de limpeza uterina compreendem primeiramente a passagem pela identificação, com o preenchimento de uma ficha que antecederá o prontuário, em que elas registram o motivo da procura ao serviço de urgência da maternidade. Posteriormente, aguardam a entrada para o consultório médico e, por último, são internadas e encaminhadas para os procedimentos prescritos. Vale salientar que tal tipo de demanda é constante. Nessa ocasião,

⁷ Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a norma técnica “Atenção Humanizada ao Abortamento”, reeditada em 2010. Essa norma define como elementos essenciais do modelo de atenção: o acolhimento e a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento.

captamos discursos referentes ao ponto de vista das pacientes sobre a maneira pela qual os profissionais de saúde interpretam alguns casos de aborto que chegam diariamente ao hospital/maternidade.

Tivemos a oportunidade de presenciar a entrada de algumas pacientes que aguardavam para fazer procedimentos de curetagem e AMIU. Em alguns casos, durante a espera para a entrada no internamento, ouvimos relatos sobre atitudes advindas dos profissionais de saúde que lembram discursos policiaiscos no que se refere ao aborto provocado. Glória, uma das mulheres com quem conversamos longamente na própria recepção da maternidade, disse-nos que, de certa forma, a fala de uma das médicas buscava salientar que o hospital não realizava os procedimentos de limpeza pós-abortamento “enquanto não tivermos certeza de que o aborto foi completo, *porque fazer aborto é crime*”. Glória, que estava ali aguardando a entrada para a realização do procedimento de limpeza uterina pós-abortamento feito em casa com a utilização de duas cápsulas de Misoprostol⁸, relatou-nos que esta era uma dentre outras espécies de interpelações verbais desse teor, o que ratifica as observações de Aquino *et al.* (2012) sobre as circunstâncias de discriminação sofridas durante a internação.

No entanto, notamos que uma vez encaminhadas à sala de expectação, localizada na porção posterior à recepção, para aguardar pelos procedimentos, as mulheres são acomodadas próximas a várias outras que ali estão pela mesma motivação e aparentemente não há mais questionamentos ou afirmações desse tipo, uma vez que, já vestidas com o traje hospitalar, são encaminhadas após um período de espera para as alas puerperais, onde as salas de procedimentos se encontram. A partir desse momento, misturam-se às outras pacientes e ali esperam por longos períodos até que alguém as chame para finalmente realizarem os procedimentos de que necessitam. Nesses casos, embora não tenhamos percebido comentários ou questionamentos sobre a razão do abortamento no momento em que as mulheres passam para as alas puerperais, não podemos afirmar que em momentos posteriores permaneçam isentas de sofrerem outras formas de discriminação.

Sobre isso, sabe-se que em Portugal, por exemplo, embora a legislação seja menos restritiva comparativamente ao Brasil⁹, maus tratos ocorrem em

⁸ O caso de Glória está em andamento e será analisado no texto intitulado “Percorrendo os caminhos da angústia: Cytotec® e os itinerários abortivos em uma capital do nordeste brasileiro”, o qual será apresentado na RAM/julho/2013 em Córdoba/Argentina.

⁹ O aborto é permitido pelo Código Penal Brasileiro (1940, artigos 127 e 128) somente nos casos de estupro, risco de vida da mulher e mais recentemente nos casos de anencefalia. Em Portugal, pode ser realizado pelas mulheres até as 10 semanas de gestação, além de permanecerem as alíneas anteriores do Código Penal Português.

relação às mulheres que realizam aborto. Esquecidas em salas de espera, deixadas sozinhas em quartos individuais ou colocadas junto às mulheres que acabaram de dar à luz, as pacientes são muitas vezes negligenciadas durante o procedimento e sufocadas emocionalmente por conta do preconceito de alguns profissionais, que, quando não se negam a prestar o atendimento, simplesmente o fazem de maneira insatisfatória. Situação idêntica ocorre em alguns hospitais já pesquisados no Brasil (SOARES, 2003; CDD, 2006). Ademais, sabemos também que o tema do abortamento faz parte do repertório de assuntos relacionados à vivência reprodutiva e está incluído na formação acadêmica desses profissionais de saúde. Como veremos adiante, essa abordagem é influenciada por questões éticas, morais e religiosas que acarretam dificuldades para a compreensão do assunto e corroboram a manutenção de uma série de preconceitos para com as mulheres que vivem esse drama. Nesse ponto, percebemos que a assistência é orientada pela compreensão de que “o abortamento é um crime” e é prestada na maioria das vezes sem nenhuma alusão aos direitos reprodutivos das mulheres ou às questões sociais que decorrem dessa problemática.

Desafios e *performances* do campo: como entrar em contato com os sujeitos pesquisados?

Ainda no início da pesquisa, antes mesmo de realizarmos os protocolos para entrada formal em campo, já possuíamos alguma ideia do que poderíamos encontrar na maternidade, uma vez que uma de nós foi estagiária durante um semestre no Hospital Universitário, que se situa logo ao lado, e em algumas ocasiões teve a oportunidade de entrar no prédio para realizar serviços burocráticos em diversos setores. Já sabíamos, por exemplo, que ambientes de espera de hospitais raramente são o que pode se chamar de “tranquilos” em determinadas horas do dia e que conseguir conversar com os profissionais de saúde poderia ser uma tarefa difícil se não atentássemos para esse tipo de detalhe. Por outro lado, pela prévia convivência com funcionários que atuam no local, já sabíamos também que em horários cujo fluxo não é tão acentuado os profissionais de saúde têm o hábito de se concentrar em determinados espaços dentro ou fora da estrutura do hospital para descansar e fazer refeições, o que torna esses momentos muito propícios a se conseguir facilmente dialogar com essas pessoas.

Sendo assim, estabelecemos duas metas em dois movimentos diferentes das idas a campo: iríamos pela manhã com o intuito de observar os atendimentos, ouvir diálogos tanto de usuárias quanto dos profissionais que ali

estavam, e, à tarde, estaríamos tencionadas a de fato *conversar* ou entrevistar formalmente os sujeitos pesquisados. Agindo dessa forma, podemos relacionar e confrontar o que foi visto em campo e o que ouvimos nas conversas e entrevistas, o que realmente fez com que vários aspectos interessantes acerca das práticas e representações dos profissionais de saúde sobre o aborto ficassem muito claros. Passado algum tempo desde que começamos a realizar nosso trabalho de campo, as portas do hospital começaram a se abrir mais facilmente para a pesquisa: depois de algumas visitas, passamos a receber convites para as conversas nos momentos de descanso e refeições e para visitar alguns locais da ala de atendimentos. Nesse último caso, é curioso o tom de “denúncia” que os profissionais quase sempre empenham em suas demonstrações do ambiente hospitalar, conforme podemos perceber na fala da enfermeira Renata: “Olhe, aqui é a sala de expectativa, vejam só como está lotada, e tudo isso a gente tem que atender, tem que dar conta. Tudo depende da gente, dessa equipe pequena que vocês veem lá na frente”.

Tal discurso certamente nos faz refletir sobre as expectativas geradas em torno da relação entre pesquisador e pesquisado, levando em consideração o fato de que, de um jeito ou de outro, quem pesquisa deve saber que, a partir do momento no qual se entra em campo, passa-se a ter um compromisso para com o sujeito pesquisado e que esse sujeito pode, em todos os casos, desejar um retorno advindo da publicação da pesquisa. Nesse caso, tal desejo de retorno pareceu se materializar em uma espécie de “denúncia” pública das condições de trabalho das pessoas que contribuíram como interlocutoras. Como aponta Silva (2003), sobre relações e comprometimentos entre antropólogo e sujeitos/interlocutores de pesquisa, no íterim do processo que compreende a escrita etnográfica e sua publicação, há cada vez mais a possibilidade de os sujeitos pesquisados terem acesso ao que foi considerado, escrito e formulado pelo pesquisador, o que conseqüentemente leva a um aprofundamento de interesses que podem determinar, inclusive, o quanto o interlocutor pode se colocar à disposição em participar e colaborar. Isso significa que, na medida em que julgue que o trabalho do pesquisador seja “útil” ou possa lhe servir para algo, os sujeitos pesquisados podem aumentar ou diminuir seu interesse em falar, dar depoimentos, mostrar o lugar ou simplesmente responder perguntas. Assim, no caso da nossa pesquisa, de certa forma, passamos a servir como uma espécie de via de escape para que profissionais de saúde pudessem relatar livremente as dificuldades enfrentadas em seu cotidiano laboral em um hospital público.

Para ilustrar a questão, no andamento da fase do trabalho de campo, não foi apenas uma das profissionais de saúde com as quais tivemos contato

que afirmou em conversas informais que considerava muito importante que expuséssemos as dificuldades laborais enfrentadas por questões estruturais do hospital. Vale lembrar nesse caso os fatos etnográficos expostos por Evans-Pritchard (1978) em seu trabalho com os *Nuer*, em que o autor situa suas possibilidades de diálogo em campo como dependentes da vontade subjetiva dos sujeitos pesquisados, mostrando que a disposição dos indivíduos em participar da pesquisa depende, em grande parte, de fatores os mais diversos que os mobilizem a colaborar com o pesquisador. Sob esse aspecto, por fim, podemos afirmar que tivemos sucesso nas relações com as profissionais de saúde com as quais obtivemos contato desde o início do trabalho de campo. Entretanto, tal sucesso não tornou o processo de feitura deste trabalho exatamente “fácil”, uma vez que a própria temática pesquisada por nós necessita, a todo momento, de uma capacidade dialógica ímpar.

A rotina de atendimentos: o aborto na ótica dos profissionais entrevistados

Nos diálogos, entrevistas e observações realizados junto às técnicas de enfermagem e médicas do hospital pesquisado, obtivemos outras informações sobre a forma como os profissionais de saúde do local pesquisado lidam com a questão da interrupção de gravidez. Via de regra, figura em seus universos subjetivos de maneira muito ligada a representações do feminino, e relacionada a isso ocorre uma conseqüente naturalização da maternidade, o que Badinter (1985) concisamente problematiza como “mito”. Segundo essa autora, a partir do século XVIII, modifica-se completamente a representação de mãe e as mulheres são convocadas para exercerem sua presteza “instintiva” sob a imposição de discursos a respeito de dever, culpabilidade e até mesmo de ameaça, para reconduzi-las “à sua função nutritícia e maternante, dita natural e espontânea”. Esse discurso do século XVIII enfatizando o que a autora chama de “mito do amor materno” parece não estar longe dos nossos dias, uma vez que ainda hoje a mulher é incentivada a amamentar seus filhos, reforçando o discurso do instinto natural entendido como inerente às mulheres. Dessa forma, observamos que, para os sujeitos pesquisados, o amor materno é tomado como determinante da condição feminina ou algo que define a essência da identidade da mulher – a mãe é vista como santa e a maternidade como algo que transcende a dimensão valorativa do sofrimento e do sagrado. Em grande medida, pareceu claro que o “destino natural” da mulher de ser mãe figura como elemento central da formação de opiniões e posicionamentos de nossas interlocutoras sobre aborto. No mais, é importante citar que nos diálogos que tivemos a oportunidade de presenciar foram constantes as afirmações baseadas

abertamente em pressupostos religiosos, nos quais, atrelados à interrupção de gravidez, é comum figurarem diversos estigmas relacionados à culpa ou à “morte” de um espírito ainda nascituro, como se pode ver na fala da enfermeira que nos concedeu gentilmente uma entrevista em seu horário de descanso:

Pesquisadoras: E no que diz respeito a religião, religiosidades...tens religião? **Enfermeira:** Tenho. E acho que isso interfere, e muito, na minha concepção. Eu sou espírita, então, dentro do que eu acredito, a ligação espírito-corpo acontece no momento em que ocorre a fecundação. Pra mim, na hora que tem lá um embriãozinho com dias, já tem um espírito vinculado àquele corpo, então é uma vida que já está em formação, minimamente, mas está. Porque, quer queira, quer não, de acordo com o que eu acredito, o espírito já está em preparo de ligação com aquela mãe, com aquele ser, então ele pode criar várias emoções perante aquele momento. Diferente de quando acontece naturalmente, e aí vão explicar lá no mundo espiritual que aconteceu porque tinha que acontecer. Mas eu provocar, eu ser culpada pela não vinda de alguém, é bem... eu não quero não. Sou contra (Entrevista com Renata, em 28/09/2012).

Na literatura sobre o tema, outros discursos se assemelham ao de nossa interlocutora no tocante ao viés religioso acionado em torno da complexidade e da negação do aborto. Porto (2009), por exemplo, argumenta que alguns médicos entrevistados em sua pesquisa eram veementemente contra o aborto em qualquer situação. Não o realizavam nem quando o aborto entrava na esfera da legalidade, ou seja, nos casos de estupro, risco de vida da mulher ou por anencefalia (este último na época realizado somente com autorização judicial). Esses médicos assumiam abertamente a perspectiva “ontológico-substancialista” já citada neste texto, uma vez que em seus discursos aludiam à sua “religiosidade”, ao espiritismo kardecista, doutrina terminantemente contra o aborto. Como nossa interlocutora, muitos profissionais de saúde consideram que a vida se inicia na concepção e jamais provocariam um aborto por não terem condições de conviver com o que referem como “culpa”. Tais ações, conjecturadas a partir dos comportamentos de muitos desses profissionais, refletiam a admissão de preceitos religiosos como parte de suas práticas e discursos, o que conseqüentemente os fazia acionar inúmeras vezes a “objeção de consciência” (PORTO, 2008). Todavia, diante da heterogeneidade de posicionamentos desses profissionais, outros não admitiam a realização do aborto assumindo representações “disfarçadas” sob a égide da religião, da moral ou da ética em detrimento da saúde reprodutiva das

mulheres, tal como analisam algumas acadêmicas feministas, como Rejane Santos Farias e Ludmila Fontenele Cavalcanti (2012), que ainda observam que a ideia associada a motivos religiosos

está relacionada ao fato de alguns profissionais fazerem uso da objeção de consciência, permitida pelo código de ética, para justificar os motivos religiosos que repudiam o aborto. A presença do discurso religioso, observado na fala de alguns profissionais de saúde, ainda que muitas vezes confundido com o direito à objeção de consciência, demonstra que “diante de uma cultura impregnada por uma religião de salvação, algumas normas estabelecidas passam a ser consideradas como violação da vontade divina”. A isso Porto (2008) denominou de hábitos religiosos, que fazem com que a ideia de pecado ainda atravesse a consciência de muitos profissionais de saúde (FARIAS; CAVALCANTI, 2012, p. 1761).

De fato, as polêmicas geradas em torno da interrupção da gravidez para os sujeitos aqui pesquisados têm esses dois vieses principais: o da naturalização, ou seja, o da “mãe por instinto, por natureza” (BADINTER, 1985), e o da moral ligada a crenças de ordem religiosa (PORTO, 2008a; 2009b; DE ZORDO, 2012), estas abertamente afirmadas, como as falas destacadas demonstram. Ademais, ideias envolvendo um “conceito de vida” nos expressam os valores dos quais são retiradas as considerações dos sujeitos pesquisados. Assim, percebemos que entre profissionais da área da saúde as referências a religiões são constantes e, em certa medida, é inevitável que estejam presentes em seus valores e práticas, tal qual observa Diniz (1998).

Outro ponto importante que deve ser destacado sobre as representações aqui tratadas é a forte ideia presente entre os profissionais de saúde pesquisados neste trabalho no que diz respeito à responsabilidade sobre a gestação. Em vários diálogos, pareceu-nos deveras perceptível que em suas representações a mulher é a única responsável por evitar ou não uma gravidez e, por consequência, torna-se a única “culpada” por uma gestação que ocorra indesejavelmente, perspectiva observada em uma unidade de saúde localizada junto a grupos populares urbanos em Florianópolis/SC:

A imensa maioria das pessoas que participam das palestras sobre planejamento familiar no bairro pesquisado é composta de mulheres e os homens, por vezes, quando perguntados sobre os métodos contraceptivos utilizados, os assumem como preocupação das companheiras/parceiras. Nas respostas, 50,2% dos homens consideram exclusivamente

femininos métodos como pílula anticoncepcional (14,5%), DIU (0,6%), ligadura (1,3%), injeção de um mês (1,9%) e injeção de três meses (1,9%). Ouvimos das mulheres que os homens não têm maiores preocupações com cuidados preventivos, seja em relação à gravidez, seja em relação às doenças sexualmente transmissíveis (TORNQUIST; MIGUEL; PORTO, 2012, p. 140).

Tal concepção leva a crer que o corpo feminino está decisivamente marcado por um suposto “destino biológico” (RODHEN, 2001), sendo que esse “destino” comporta evidentes assimetrias de gênero e está presente, sobretudo, na naturalização da ideia de que as mulheres são as únicas responsáveis pela contracepção.

Sobre isso, o fato é que em raríssimos momentos o papel masculino foi citado durante nossa pesquisa pelas profissionais entrevistadas, o que já ocorreu de forma diferente nos relatos dados pelas mulheres que passaram por situações de aborto. Nesses casos, o parceiro foi amiúde citado como responsável quando questionadas sobre seu posicionamento quanto à decisão de interromper a gestação. Entretanto, notamos que, em todas as situações em que presenciamos esse tipo de atendimento, os parceiros não estiveram presentes no processo, tampouco foram citados pelas profissionais que procederam com os atendimentos. Não obstante, o que ocorre na realidade é que quase sempre outras mulheres (amigas, irmãs, primas e parentes em geral) participam e auxiliam no momento em que, já tendo sido provocado o aborto em casa, se faz necessária a procura pelo hospital para que os procedimentos de limpeza uterina sejam feitos.

Ainda sobre os atendimentos: *entre angústias, urgências e emergências*

Como já observado, a dinâmica de trabalho das equipes envolvidas no acolhimento de pacientes da maternidade pesquisada passa por algumas questões delicadas envolvendo a estrutura e a capacidade de absorção de toda a demanda de mulheres que procuram pelos serviços oferecidos nessa unidade de saúde. Assim, um dos problemas que ficam mais evidentes quando se trata das mulheres que recorrem a atendimentos relacionados ao aborto é a longa espera a que são submetidas. Um dos apontamentos mais constantes feitos pelas profissionais de saúde com quem obtivemos contato diz respeito justamente à dificuldade de atender casos de aborto obedecendo ao cronograma e à ordem preestabelecida pelo modelo de acolhimento do hospital, uma vez que são muitos e o estado como as mulheres chegam ao

hospital é bastante diversificado. Em decorrência disso, os profissionais colocam em prática uma forma de triagem que prioriza quadros considerados de “emergência” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Sendo assim, as pacientes que chegam ao consultório médico com queixas de dores moderadas (muitas vezes nem tão moderadas assim, como observado por nós em diversos momentos) são orientadas a realizarem por conta própria ultrassonografias intravaginais para confirmação do abortamento completo em outra unidade de saúde pública ou mesmo privada¹⁰, voltando no mesmo dia ou no dia seguinte com o laudo confirmando o aborto completo. Depois disso, podem ser internadas. Assim, as pacientes que conseguem ser atendidas prontamente são, via de regra, somente aquelas que chegam com perda de sangue em grandes quantidades, manifestando dores agudas, desmaios, dentre outras características que as enfermeiras e técnicas de enfermagem descrevem como “situações extremas”. Porém, tal qual aponta Jacquemot (2005), essas características variam de acordo com a perspectiva de cada um dos indivíduos que laboram em ambiente hospitalar, o que torna a classificação da situação dos pacientes como “urgências” ou “emergências” muito sujeita a impressões guiadas pela subjetividade desses profissionais. Assim, as pacientes que conseguem ser classificadas como “emergências” são logo encaminhadas para uma segunda sala de atendimento, onde são acolhidas e recebem, de imediato, medicação intravenosa e soro. No entanto, nem nesses casos essas mulheres são atendidas em um tempo curto de aguardo, o que torna a vivência tanto das pacientes quanto das profissionais de enfermagem um tanto penosa, inclusive, por vezes, gerando conflitos e pequenos dramas entre os dois lados, que são contornados, como descreve a enfermeira Renata:

Vamos supor que a paciente veio, entrou, foi atendida, a médica logo internou, e vai ser submetida a uma curetagem ou AMIU imediatamente, o que depende do caso. Se estiver com colo aberto, vai fazer curetagem, se for fechado, vai fazer AMIU. [...] É uma urgência, mas não é uma emergência – sim, porque existe a diferença. Então tudo

¹⁰ Há nas proximidades da maternidade pesquisada uma clínica de imagem, que, indicada pelos médicos às pacientes, recebe uma demanda consideravelmente grande de mulheres buscando por ultrassonografias intravaginais para a confirmação do que os profissionais da área chamam de “abortamento completo”, ou seja, que não há chances de salvar o embrião, restando apenas a alternativa de proceder com a limpeza uterina para que a mulher não corra riscos de infecções. Os exames nessa clínica podem ser conseguidos no mesmo dia, como confirmado por nós em uma ligação telefônica e em uma visita que fizemos ao local, e tem um valor relativamente alto, por se tratar de um local frequentado por camadas médias altas da cidade. Chegamos a pensar que os valores poderiam ser altos pela rapidez com que os exames podem ser conseguidos, justamente pela demanda advinda da Maternidade situada na vizinhança, mas não temos informações suficientes para confirmar essa hipótese.

que chegar mais grave que aborto... ora, vai passar na frente do aborto. Se chegar uma cesárea... passa na frente. Se for coisa de risco pro bebê também. Então isso angustia a paciente. Porque às vezes ela chega de manhã e só é atendida na madrugada do dia seguinte. E ela fica nessa angústia, perguntando. E aí a gente fica lá explicando, “olha tenha paciência”, porque elas ficam angustiadas, “ai, eu tô com o bebê dentro da minha barriga preso e ninguém bota pra fora”... isso não é emergência, e a gente tem que explicar. Quer dizer, é, mas existe coisa mais séria. E muitas vezes a pessoa não compreende de jeito nenhum (Entrevista com Renata, em 18/09/2012).

Nesse cenário apresentado via entrevistas e conversas informais e materializado frente à própria observação dos fatos, o que percebemos foi que as concepções do que é “urgência” ou “emergência” (ou seja, o que deve ou não receber atenção imediata) podem variar muito de acordo com a forma como cada profissional vê e avalia em caráter pessoal a situação de sofrimento da paciente. Portanto, a realidade é que não há vias práticas e exatas de definição sobre quais casos devem passar imediatamente e quais devem ser orientados para voltarem em outros momentos. Pudemos presenciar, por exemplo, pacientes em aparentes perfeitas faculdades físicas serem encaminhadas prontamente para a sala de expectação por relatarem “aborto espontâneo”, ao passo que outras foram submetidas a longas esperas e a questionamentos por estarem em situações consideradas “suspeitas”, isto é, de terem provocado aborto clandestinamente antes de chegarem ao hospital. Entretanto, sobre isso não podemos fazer juízos de valor dos profissionais que temos como sujeitos/objetos de pesquisa, afirmando neste texto que há uma diferenciação entre o atendimento para casos alegadamente “espontâneos” e casos “suspeitos”, uma vez que nada nos foi dito categoricamente. Porém, podemos afirmar através de nossa capacidade de observação que a forma com que médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem acolhem as pacientes para as etapas que culminam nos procedimentos de AMIU e curetagem depende muito da perspectiva pessoal que cada um tem do que seja sentir “muita ou pouca dor”, o que por consequência depende também da sensibilidade de cada um sobre as questões subjetivas envolvidas no drama do aborto, sobretudo pelo estigma social que este carrega em nossa sociedade.

Ademais, podemos afirmar também que não parece existir na “cultura local” (GEERTZ, 1997) uma concepção homogênea sobre a forma com que os casos de aborto devam ser atendidos. Isso significa que, mesmo que consideremos que haja uma unanimidade de posicionamento “contra” o aborto

entre as profissionais com quem tivemos contato e nos cederam conversas informais e entrevistas, existe uma variação bastante considerável no que diz respeito à sensibilidade à dor da paciente, fazendo com que muitas delas realmente compartilhem do drama vivido pelas mulheres que passam por experiências físicas dolorosas em razão de abortos provocados. Durante o tempo em que ficamos imersas no “terreno” da pesquisa, tivemos a oportunidade de presenciar situações que mostram o quanto é difícil encontrar padrões de conduta entre os atores sociais envolvidos na questão, uma vez que tudo depende de muitas variáveis diferentes – inclusive as de ordem emocional.

Considerações finais

É lugar comum concluir que o tema do aborto é gerador de grandes polêmicas nos mais diversos campos sociais, atingindo desde o âmbito acadêmico e suas diversas áreas de conhecimento, até as esferas da família, política, religião, ética e moral. No entanto, ao fazer uma pesquisa qualitativa com sujeitos intimamente envolvidos na questão, como é o caso dos profissionais de saúde do hospital escolhido como lócus de trabalho, tivemos a oportunidade de analisar detalhes dessa problemática sob a perspectiva de atores e atrizes sociais que se envolvem nesse drama em um momento crucial, isto é, no atendimento pós-abortamento em uma unidade de saúde pública. Sendo assim, foi possível que tirássemos conclusões que podem ajudar a pensar o problema de maneira consonante com as demandas que se apresentam nas últimas décadas nas agendas de saúde pública brasileiras, que, à revelia de alguns setores mais conservadores da sociedade, inserem elementos (tais como as normas técnicas do Ministério da Saúde, 2005a, 2005b) que aproximam cada vez mais o aborto do almejado lugar de “questão de saúde pública” que tanto se tem falado nos últimos anos pela voz dos mais diversos agentes sociais envolvidos na discussão. A relevância dos resultados deste trabalho consiste no fato de que através das falas dos sujeitos pesquisados foi possível situar seus discursos, representações e práticas no campo da realidade dos hospitais públicos do sistema de saúde brasileiro, desnudando problemas que cooperam com uma série de entraves já existentes para que a discussão avance no sentido da descriminalização do aborto no país.

Assim, o que vimos no cotidiano do hospital pesquisado foi que a qualidade dos cuidados disponíveis e a forma com que são ministrados ameaçam diretamente a saúde das mulheres, permitindo, por exemplo, que pacientes que se encontram em estados de saúde complicados decorrentes de abortamentos passem por longuíssimas horas de espera para obter os cuidados

necessários. Além de outros fatores que citaremos adiante, isso ocorre por que o próprio fluxograma de acolhimento adotado como modelo pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde deixa muitas lacunas interpretativas para a definição sobre o que demanda atendimento imediato ou não. Como evidenciamos no decorrer deste texto, os casos de abortamento são categorizados como “pouco urgentes”, o que muitas vezes causa transtornos e momentos extremamente delicados de tensão e sofrimento entre pacientes e profissionais de saúde, como dito por uma de nossas interlocutoras. Também contribuem negativamente para esse quadro dificultoso os problemas de ordem estrutural crônicos da unidade de saúde pesquisada – assim como tantas outras em todo o Brasil –, que acabam por fazer com que os profissionais de saúde passem por situações complicadas para conseguir atender às demandas existentes, e, estando já inclinados por diversos fatores a ver a questão do aborto com certa rejeição, tendem a dar em muitos casos uma atenção aquém do ideal para as mulheres que apresentam esse quadro. Ademais, o que observamos no decorrer desta pesquisa é que os cuidados pós-abortos inseguros continuam a ser gravemente limitados pelas deficiências do sistema público de saúde e pela falta de acesso a este. Além do mais, em um país onde o aborto é ilegal – salvo algumas situações –, o receio de um processo criminal ou questões morais e religiosas podem afetar a disponibilidade dos profissionais de saúde para tratar mulheres com complicações provocadas por um aborto clandestino – e em muitas situações esse receio se estende até mesmo para aqueles permitidos no Código Penal. Do mesmo modo, as mulheres que se submeteram a um aborto inseguro possivelmente vão postergar a procura de cuidados por medo de um processo criminal, colocando suas vidas em risco.

Assim, os dados obtidos nesta pesquisa servem para pensarmos sobre a questão da interrupção da gravidez no Brasil, no sentido de nos ajudarem a melhor compreender esse processo em uma perspectiva que ultrapassa a ideia de que o aborto é apenas uma escolha pessoal “má” ou “boa” ou única e exclusiva da mulher que passa por tal experiência, isto é, reconhecendo e comprovando de uma vez por todas que o aborto é um fato social e que assim deve ser visto e considerado. Portanto, compreendemos que é dessa forma que podemos contribuir para mudanças das políticas públicas relativas à mulher, sua saúde e autonomia reprodutiva. É certo que já existem muitas produções científico-acadêmicas em relação a esse tema, porém, sabemos que quanto mais se conhece as especificidades de cada local, mais se ganha no tocante às implicações práticas que estudos como este possam ter, uma vez que as pesquisas praticadas em âmbito acadêmico cumprem um papel nas mudanças

sociais, refinando o debate. Assim, o objetivo deste texto foi o de analisar criticamente o recorte da realidade no Hospital Maternidade Januario Cicco como uma forma de trazê-lo para uma esfera teórica mais ampla através de uma reflexão que levasse em consideração a complexidade desse tema, de grande relevância para questão da saúde e dos direitos da mulher.

Referências

- ALDANA, Mirian. Vozes católicas no Congresso Nacional: aborto, defesa da vida. *Revista Estudos Feministas*, v.16, n. 2, p. 639-646, 2008.
- AQUINO, Estela M. L et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Revista Ciência e saúde coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, 2012.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*. Ministério da Saúde: Brasília, 2005a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento*. Ministério da Saúde: Brasília, 2005b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e tecnologia. *Aborto e Saúde Pública: 20 anos de Pesquisas no Brasil*. Brasília: MS, 2009.
- CARDOSO de OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: CARDOSO DE OLIVEIRA. *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: Editora da UNESP, 2000. p. 220-241.
- CDD. *Uma vitória das mulheres, uma vitória da laicidade do Estado*. Católicas pelo Direito de Decidir, comunicacao@catolicas.org.br/catolicasonline1.disparadordeemails.com. comunicacao@catolicas.org.br/catolicasonline1.disparadordeemails.com.
- DE ZORDO, Silvia. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Revista Ciência e saúde coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, 2012.
- DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Revista Ciência e saúde coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, 2012.
- _____. Bioética e Aborto. In: FERREIRA & COSTA, Sérgio Ibiapina; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coord.). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 125-137.
- DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. *Os Nuer*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Revista Ciência e saúde coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, 2012.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

GROSSI, Miriam; PORTO, Rozeli; TAMANINI, Marlene (Org.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.

GURGEL, Felipe. *Números são alarmantes em Natal*. 2005. Disponível em: <<http://www.correiodatarde.com.br/editorias/geral-822>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

LEAL, Ondina Fachel; LEWGOY, Bernardo. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, Ondina Fachel (Org.). *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2001. p. 55-74.

LUNA, Naara. *Provetas e Clones: uma Antropologia das Novas Tecnologias Reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MACHADO, Lia Zanotta. Os novos contextos e os novos termos do debate contemporâneo sobre o aborto. Entre as questões de gênero e os efeitos das narrativas biológicas, jurídicas e religiosas. *Série Antropologia*, Brasília, v. 419, p. 1-39, 2008.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Discursos de representação ou como os baloma de Kiriwana podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, Ruth (Org.). *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultura, 1978.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “Eu”. In: MAUSS, Marcel. *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 2003. p. 369-397.

MOTTA, Flávia de Mattos. Não conta pra ninguém: o aborto segundo as mulheres de uma comunidade popular urbana. In: AREND, Sílvia Favero; ASSIS, Gláucia de Oliveira; MOTTA, Flávia de Mattos (Org.). *Aborto e Contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Insular, 2012. p. 97-136.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/auxilio/sites/inter.htm>>. Acesso em: 9 jan. 2013.

PORTO, Rozeli. Profissionais de saúde e aborto seletivo em um hospital público em Santa Catarina. In: HEILBORN, Maria Luiza *et al.* (Org.). *Sexualidade, Reprodução e Saúde*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2008a. p. 285-310.

_____. Objeção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 661-666, 2008b.

_____. *Aborto legal e o cultivo ao segredo: dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal*. 2009. 270

f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

_____. “Aborto legal” e saúde: o impacto das tecnologias de imagem sobre casos de malformações fetais. Projeto de Pesquisa - EDITAL nº 05/2010 – PROPESQ/UFRN (Em andamento).

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

SANTIAGO, Ricardo Cabral. Saúde da Mulher e Aborto. In: MAIA, Mônica Bara. *Direito de Decidir: múltiplos olhares sobre o aborto*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 29-42.

SILVA, Telma Camargo. O fazer antropológico e a responsabilidade social de seus praticantes: algumas considerações iniciais. *Revista Sociedade e Cultura*, v. 6, n. 1, p. 9-11, 2003.

SINGER, Peter. *Ética e Prática*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SOARES, Gilberta. Profissionais da saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 399-406, 2003.

TORNQUIST, Carmen; MIGUEL, Denise; PORTO, Rozeli. Receitas, filhos e injeções: sexualidade e contracepção em uma unidade de saúde. In: AREND, Sílvia Favero; ASSIS, Gláucia de Oliveira; MOTTA, Flávia de Mattos (Org.). *Aborto e Contracepção: histórias que ninguém conta*. Florianópolis: Insular, 2012. p. 139-172.