

A cena da ultrassonografia na atenção ao aborto: práticas e significados em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil

The ultrasound scene in abortion care: practices and meanings in a public maternity hospital in Salvador, Bahia State, Brazil

La importancia de la ultrasonografía en la atención al aborto: prácticas y significados en una maternidad pública en Salvador, Bahía, Brasil

Mariana Ramos Pitta Lima ¹

Cecilia Anne McCallum ²

Greice M. S. Menezes ¹

doi: 10.1590/0102-311X00035618

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar as práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica (USG) em mulheres com abortamento na maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, etnográfica, que envolveu observação participante das interações entre mulheres, profissionais de saúde médicos e não médicos, na sala de USG de uma maternidade pública, durante três meses. A USG ocupa um lugar central no itinerário abortivo das mulheres e sua prática é incorporada à rotina institucional e definidora de condutas na atenção ao abortamento na maternidade em estudo. Nesse contexto, são produzidas categorias distintas de “mulheres com aborto”, cujo acionamento depende da interpretação da imagem ecográfica. 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 tentativa ou efetivação do aborto aconteceu. Concluímos que, quando as evidências ecográficas indicam que houve (provavelmente) um aborto em 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. 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 uma Pessoa. 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.

Aborto; Ultrassonografia; Gênero e Saúde; Maternidades

Correspondência

M. R. P. Lima

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
Rua Basílio da Gama 316, Salvador, BA 41110-100, Brasil.
marianarpl@ufba.br

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

² Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.



Introdução

No Brasil, o exame de ultrassonografia (USG) obstétrica se tornou definidor para a confirmação de uma gravidez biológica e do diagnóstico do aborto. Com ampla aplicação na ginecologia e obstetria, tornou-se ferramenta importante no acompanhamento pré-natal e nos casos de abortamento, quer sejam espontâneos ou provocados.

A USG obstétrica não representa apenas um instrumento útil no cuidado médico, nem somente um simples “avanço científico”, pois as imagens assim produzidas têm poderosa eficácia simbólica. Essa tecnologia, em constante evolução, transformou o campo semiótico em torno da gravidez e, por consequência, os modos pelos quais se entende o início da vida humana, o corpo, o conceito e, de forma relacionada, o aborto ¹.

Neste artigo, abordaremos as práticas e os significados em torno da ultrassonografia obstétrica, com base na discussão dos resultados de uma etnografia sobre as interações entre profissionais de saúde e mulheres com abortamento, durante o exame de USG obstétrica, em uma maternidade pública de Salvador (Bahia). Nosso argumento é que nesse ambiente de encontros rápidos mediados pela tecnologia, as noções de gravidez e feto não estão dadas *a priori*, mas produzidas nas relações com a USG obstétrica. Estimativas da temporalidade da gestação no momento da interrupção da gravidez exercem uma influência importante no processo de significação.

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 antropológico ^{2,3,4}. 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 quanto nas situações corriqueiras passíveis de serem observadas e registradas, como aquelas que formam o dia a dia das clínicas médicas.

O aborto é um evento comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras, apesar da ilegalidade da prática, permitido apenas em casos de violência sexual, risco de vida para a mulher e, mais recentemente, anencefalia fetal. Como consequência da ilegalidade, as práticas inseguras de interrupção da gestação põem em risco a vida e a saúde das mulheres. Metade das mulheres que abortam de forma clandestina é internada para finalizar o aborto ou tratar suas complicações ⁵. A criminalização da prática influencia na demora das mulheres na busca por atendimento e no tratamento recebido por profissionais de saúde nos serviços públicos, implicando sofrimento desnecessário ⁶.

Na escala global, as imagens ocupam um lugar importante em disputas políticas sobre os corpos femininos. O Brasil apresenta uma conjuntura sociopolítica tensionada pelo recrudescimento da condenação moral do aborto, na qual aqueles que a reprovam imaginam-se como visando a assegurar proteção legal da vida humana, concebida como iniciando no momento da concepção. Trata-se de uma estratégia neoconservadora que visa a reprimir o exercício plural dos direitos sexuais e reprodutivos em nome de valores religiosos ⁷. Existem fortes disputas ideológicas em torno do assunto da pessoalidade do nascituro. Nas batalhas travadas aciona-se uma retórica visual, em que se usam imagens fetais para propagar mensagens contrárias à descriminalização do aborto ⁸. O argumento principal está pautado na defesa da condição de Pessoa de fetos e embriões. A escala menor – como nas salas de USG obstétrica – é sempre marcada pelo imaginário coletivo. Nele se encontra de modo forte o resíduo dessas posições ideológicas.

Pesquisas que recuperam o itinerário abortivo das mulheres ⁹ identificaram o uso da USG obstétrica em ao menos três circunstâncias. Na primeira, médicos o indicam como método diagnóstico complementar para atestar a existência de uma gravidez biológica, e as mulheres o tem utilizado como o último recurso que a confirma ¹⁰. Na segunda, as mulheres o buscam após a indução do abortamento, como forma de verificar se o aborto foi completo ^{11,12}. A terceira diz respeito ao exame realizado no hospital ^{11,12}, com funções de identificar se há viabilidade fetal, de definir o diagnóstico do tipo de aborto (se completo, incompleto, retido ou outros) e, como exame de controle, após o procedimento de esvaziamento uterino. Os dados da presente análise foram produzidos nessa terceira circunstância.

Investigações antropológicas e na Saúde Coletiva sobre USG obstétrica são recentes, com concentração em países do hemisfério norte – Estados Unidos, Europa – e entre mulheres que pretendiam levar a gestação a termo, durante o pré-natal ^{3,13,14,15,16}. No Brasil, as poucas pesquisas tratam de

mulheres que querem continuar a gravidez^{1,17,18}. Investigar USG obstétrica e aborto é importante, sobretudo na América Latina, onde persistem restrições legais à prática. O presente trabalho busca contribuir para a superação dessa lacuna.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, etnográfica, que envolveu observação do cotidiano do serviço de USG obstétrica de uma maternidade da rede SUS, em Salvador, designada doravante “maternidade pública de Salvador”, uma das unidades que atende ao maior número de mulheres com abortamento na cidade. Durante três meses, entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, a pesquisadora principal observou cerca de 200 exames de mulheres, entre os quais 51 com abortamento.

O serviço de ultrassom funcionava normalmente de segunda a sábado, das 07:30hs às 17:00hs, com seis ultrassonografistas, duas mulheres e quatro homens, todos brancos. Duas funcionárias negras acumulavam as atividades de recepcionista e assistente dos ultrassonografistas (classificações de raça/cor da pesquisadora). Elas recebiam as mulheres e realizavam todas as tarefas concernentes à realização da USG obstétrica, inclusive agendamento e registro dos exames. Ocorrem cerca de 20 exames por turno. Os ultrassonografistas serão identificados com a inicial “U”. Às mulheres foram atribuídos nomes fictícios (Rita, Úrsula, Tarsila, Janaína, Raquel, Virgínia, Joana, Laís, Bruna e Maria), a fim de garantir o anonimato.

As observações foram realizadas por uma das pesquisadoras, e se concentraram na sala de USG obstétrica e no corredor, espaço onde as mulheres aguardavam as consultas. Duas ou três vezes na semana a etnógrafa chegava à maternidade e entrava na sala vestindo um jaleco, exigência da unidade, e tomava notas. Sua presença era pouco notada pelas pacientes que entravam e saíam do exame, despiam-se na sua frente sem sinal de incômodo, confundindo-a com mais uma profissional de saúde. A vergonha surgia quando queriam fazer perguntas ao/a médico/a: algumas se dirigiam à pesquisadora ou à assistente, o que interpretamos como efeito da hierarquia de poder nas relações entre usuárias e profissionais.

Com base nas observações e registros em diário de campo, foi elaborada uma descrição densa do serviço de USG obstétrica. Os dados assim produzidos foram submetidos à análise antropológica, que consistiu em leituras minuciosas do material por três pesquisadoras. Baseando-se nos dados etnográficos foram elaboradas as categorias de análise¹⁹.

Foram respeitados os princípios éticos estabelecidos na *Resolução nº 466/2012*²⁰ do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA – parecer nº 856.978/CEP-ISC).

Da emergência à sala de ultrassom

No corredor, espaço ocupado prioritariamente por mulheres, histórias eram compartilhadas sobre os motivos de solicitação do exame e percursos reprodutivos, como no caso de Rita: uma mulher pergunta a esta jovem negra de classe popular (como a maioria das usuárias do serviço) 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 (sic)”*. “Perca” foi o termo recorrente utilizado pelas mulheres para se referirem ao aborto. Rita não está internada na maternidade, aparentemente em boas condições de saúde e *“não tem barriga (sic)”* de gravidez. 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... disseram pra eu ir pra casa e voltar hoje...”*. O relato de Rita ilustra a trajetória de outras mulheres, com abortos espontâneos ou provocados, geralmente após o uso de medicamento (Cytotec). Elas procuram a emergência das maternidades para finalizá-los. Sua história revela também a centralidade que o USG obstétrica ocupa na atenção ao abortamento no universo observado, sendo de praxe no atendimento prestado a estes casos nas maternidades públicas em Salvador, como disse a assistente do médico: *“chegou aqui (na maternidade), passa por aqui (sala de USG)!”*.

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 como aquelas com abortamento. Quando o exame de USG obstétrico era realizado e não produzia qualquer imagem compatível com gravidez ou aborto, 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 à história clínica e ao resultado do exame laboratorial de gravidez (BhCG) para a elaboração das suspeitas diagnósticas, abertas a várias possibilidades. O exame de Úrsula (18 anos, branca) foi um desses casos:

Úrsula entrou na sala para fazer exame de USG transvaginal. Estava com sangramento leve e “*não tem barriga*”. O ultrassonografista cumprimentou-a pelo nome, leu a solicitação e disse: “*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. O ecografista deu início ao exame e olhou para a tela em silêncio*”. Segundos depois, disse: “*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*”.

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

Úrsula: “*Mas não foi encontrado, né?*”.

U: “*Gravidez aqui não*”.

Depois Úrsula comentou: “*... ainda bem que não tinha uma criança lá dentro! Que alívio!*”. Outras mulheres em situação semelhante (não reconhecimento da imagem de uma “criança” na tela) referiram a mesma emoção.

A inexistência de qualquer sinal de feto visibilizado na tela permitia que a gravidez e o aborto não fossem reconhecidos como tal, configurando uma ambiguidade sobre o que havia acontecido. Com base no ponto de vista de profissionais e mulheres baianas, propõe-se a categoria analítica de “gravidez inautêntica”, entendida como a resultante de um processo que ocorre quando o sangramento (e outros sinais) 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. Os dados revelam a transformação de uma “gravidez biológica possível” em uma “gravidez inautêntica” com a contribuição da tecnologia de imagem, que ocupa aqui a posição superior na hierarquia das relações, sem minimizar a realidade biológica dos processos procriativos. Concordando com o conhecimento já obtido no campo da antropologia do corpo, esse processo 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*”²¹ (p. 1490).

Strathern²² argumenta que o conteúdo de um útero “revelado” na imagem de USG é sempre traduzido por um agente. O que se vê não é a fotografia de um feto, mas movimentos capturados por ecos interpretados como imagens: “*aqueles que olham uma ultrassonografia não podem fazer nada além de interpretá-la*”²² (p. 249). É justamente essa interpretação que apaga uma gravidez biológica que existiu, quando aquilo que se projeta na tela é “nada”, ou, ao contrário, se confere personalidade a fetos e embriões.

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”. A palavra final do médico para Ana torna evidente o apagamento do abortamento:

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*”.

Gerber²³ realizou uma pesquisa na França, onde a interrupção da gestação é legal e parte dos abortos é realizada precocemente por meio de medicamentos. A autora discute o processo reprodutivo como um continuum, mostrando como para as mulheres há uma zona cinzenta entre o estado de estar ou não grávida, para além dos signos biológicos da gravidez. O acesso ao aborto em estágios iniciais da gestação é enfatizado por não oferecer uma imagem com forma humana ao produto do

aborto, quer durante o processo de abortamento ou ao exame de USG obstétrica. Um conhecimento corporal antinômico ao constructo de conceito como Pessoa é produzido, assim como, uma ambiguidade entre gravidez e não-gravidez.

A noção de *Authoritative Knowledge*, elaborada por Brigitte Jordan²⁴ com base em estudos sobre parto e nascimento em diferentes contextos, é útil para a compreensão do conhecimento corporal que fabrica a “gravidez inautêntica”. Para Jordan²⁴, esse é um tipo de conhecimento produzido valendo-se da colaboração ou conflito entre diferentes formas de ver o mundo, por meio de interações hierárquicas, envolvendo uma produção contínua de consenso.

No processo simbólico em que se produz uma “gravidez inautêntica”, em concordância com a expectativa das mulheres, o aparelho contribui definitivamente para o não reconhecimento da existência da gravidez e de um aborto, como no exame de Tarsila.

U: “*Se tiver gravidez, se tiver perdido, se tiver restos, a gente vê*”.

Tarsila: “*Gravidez, não fale isso não!*”.

U: “*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’(sic)!*”.

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*”.

Não houve contestação do discurso do profissional, ambos colaboram para a desconstrução da possibilidade de gravidez que havia antes do exame.

“Tem restos”: aborto incompleto

A maioria das mulheres recebeu o diagnóstico de abortamento incompleto. Elas tiveram um aborto parcialmente bem-sucedido, sem total expulsão do produto da concepção, o que obrigou-as a procurar a maternidade para a sua finalização por meio de procedimentos de esvaziamento uterino. O termo que emergiu no campo para se referir aos produtos embrionários, ovulares ou placentários que permanecem no útero, compartilhado por mulheres e profissionais para nomear o que se visualizava na tela foi “restos”:

Janaína: “*Eu fiz duas ‘coletagens’ (sic) 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. É, ainda tem restos... Pronto, pode vestir sua roupa*”.

Janaína: “*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...*”.

O silêncio, comum nesse espaço, era quebrado pela curiosidade sobre a presença de “restos”, uma das poucas perguntas que as mulheres dirigiam aos profissionais. Assim fez Raquel:

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

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

U: “*Dois meses*”.

Raquel levantou, olhou timidamente para a tela: “*ainda tem restos?*”.

U: “*Tem*”.

Para as mulheres, a USG obstétrica realizada após o aborto tinha a função de “ver tudo por dentro”, se estava “tudo limpo”. Os restos deviam ser limpos com o procedimento de esvaziamento uterino, a “coletagem” (sic), como é chamada a curetagem entre as mulheres da Maternidade Pública de Salvador.

A presença de “restos” confirmava o abortamento, reconhecendo-se que uma gravidez foi interrompida e um produto biológico havia sido parcialmente expulso, tal como vemos no exame de Virgínia.

U: “*Sangrou muito?*”.

Virgínia: “*Não, saiu pedaços*”.

U: “*Depois do exame saiu pedaços?*”.

Virgínia: “*Foi*”.

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

Mulheres chamavam de “pedaços” o que viram no momento da expulsão do produto do aborto. Outros termos que emergiram foram “pedaços de sangue”, “bolinha”, “bolão de sangue”. Não há referência a algo com vida, ou ao constructo “feto-pessoa”. Mesmo com a constatação por meio dos “restos” de que houve uma gravidez, quando não se visualizava a presença objetiva do feto, sobretudo, pela ausência de batimentos cardíacos, produziu-se novamente um discurso de desconstrução de Pessoa. O médico comentou durante o exame de Juliana, “*é provável que tenha tido uma gravidez e tenha perdido*”; também no exame de Clarice “*não tem o coraçãozinho dele ... aqui tem imagem de restos só*”.

A garantia de que ao chegar ao hospital lhes seja dito “*tem imagens de restos só*” na USG obstétrica explica, em parte, a busca das mulheres pelo exame em clínicas particulares antes da internação. Isso tanto para se anteciparem à obrigatoriedade da sua solicitação no hospital, como para se assegurarem de que ao ali chegarem, não vai haver mais feto, de que o aborto foi concretizado. As mulheres conhecem a política institucional de salvar a vida dos fetos, independentemente da sua decisão sobre aquela gravidez. Fazem USG obstétrica antes de procurarem a maternidade pública de Salvador para evitar que a ativação de um processo de fabricação de Pessoa ocorra 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 descobriu-se a presença de feto com vida recebiam o diagnóstico de “ameaça de abortamento”. O aparelho produzia imagens que mostravam a presença objetiva do feto, o que gerava práticas diferentes daquelas adotadas diante da “*gravidez inautêntica*”, como aconteceu no exame de Joana:

U: “*A gravidez tá aqui, viu? Feto vivo, a gravidez tá aqui*”.

Joana chorava. Parecia ter se incomodado com a constatação de vitalidade fetal. Era possível visualizar a silhueta semelhante à forma humana, ainda que bem pequena, assim como identificar na imagem algo semelhante à cabeça, braços, coluna e pernas.

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

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

O profissional virou a tela de modo que Joana pudesse ver, o que não é comum no serviço. Apointou para a tela e descreveu a imagem: “*Olhinho, boquinha, narizinho. Pronto, agora você procura o pré-natal pra acompanhar a gravidez, pode aguardar lá fora*”.

A performance²⁵ do profissional no uso do aparelho define a presença da gravidez. Se disse “*a gravidez tá aqui*”, chamando a atenção para a presença de vida fetal, conferindo-lhe agência e atributos de sujeito social, como “*tá mexendo o braço, tá dizendo tchau*”. Imediatamente ocorreu uma mudança no status do exame que seguiu semelhante àqueles de uma gestação que vai ser levada a termo.

Propomos a categoria analítica de “gravidez autêntica” para definir o processo que ocorre quando uma gravidez possível é confirmada pela imagem, e uma objetividade corporal do feto – tal qual sua pessoalidade – é fabricada no conjunto de práticas discursivas, imagéticas e sonoras. A constatação de uma gestação por meio 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.

Os médicos perguntam às mulheres sobre a indução do aborto: “*Usou alguma coisa pra perder?*”. Entre os casos nos quais o exame detectou vida fetal, apenas Laís declarou ter induzido o aborto.

U: “*Usou Cytotec quando?*”.

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 preparou o aparelho, iniciou o exame e disse: “*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*”.

Macedo¹⁸ argumenta, em etnografia realizada em Salvador, que o exame funciona como ferramenta para apoiar atitudes de condenação moral. Empregando uma linguagem supostamente

carinhosa com a mulher, profissionais falam sobre e em nome do seu “bebezinho” para ativarem “seu instinto materno”. Há aqui uma violência simbólica. Descrevem-se partes do corpo do concepto, geralmente com palavras no diminutivo, e sons dos batimentos cardíacos, o que reforça sua presença social¹⁶. Os termos para se referir ao concepto circularam em torno de “embrião”, “feto” e “bebê”, sempre salientando sua condição de vida.

A menção ao sexo fetal foi quase nula. A maior parte dos exames foi realizada em etapas iniciais da gestação, quando não era possível este ser determinado, ou não havia mais concepto. Sendo algo que “*cristaliza a transformação do feto em Pessoa*”¹ (p. 213), transformando em “gente” ao ser nomeado como “ele” ou “ela”, entende-se a pouca curiosidade das mulheres sobre isto.

A rotina do diagnóstico de aborto usando-se a USG obstétrica é o espaço em que circulam discursos sobre o que significa ser uma “boa mãe”. Ao descobrir a vitalidade fetal, os profissionais logo sugerem às mulheres que “procurem o pré-natal”, um símbolo do início do cuidado ideal de bebês. Isso remete à missão dos obstetras, de ajudar as mulheres a trazerem novas vidas²⁶.

McCallum et al.¹¹ 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. Essas são suspeitas de serem “antimães” a priori. Quando descobriu-se vida fetal na maternidade pública de Salvador, ocorreu um movimento de transformação da “antimãe” em “mãe”. A mulher deixou de ser pessoa autônoma, como acontece nos casos de “gravidez inautêntica”, o objeto da atenção do exame aqui se voltou para o feto. Vejamos um exemplo de como isso aconteceu na consulta de Bruna, grávida e doente:

U: “*Você está sentindo o quê?*”.

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

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

U: “*Tá tudo bem com o bebê*”.

Bruna disse, inconformada: “*Não tá bem é comigo!*” [todos os presentes ficaram em silêncio, Bruna foi ignorada].

O próprio processo de fabricação de personalidade fetal é integrado a esse redirecionamento da ação simbolizante na interação entre sujeitos e imagem na sala de USG obstétrica. As mulheres, em cujos úteros se visualiza um feto viável, saem da categoria de “antimãe” porque continuam grávidas, a despeito do sangramento que indicava um possível abortamento.

A performance médica confere não apenas um status de humano ao ser contido no útero, mas, por meio deste mesmo ato, uma personalidade dupla à própria mulher. Ela não é mais uma pessoa única, diminuída moralmente porque as imagens do seu útero levantavam a suspeita de uma história de atentado à vida de outro ser humano. O fato de “ainda” conter um outro dentro do 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 este status – precisa ser englobada na comunidade moral dos humanos pela condição de maternidade. Dessa forma, a personalidade das mulheres, dentro do contexto institucional, depende do que se encontra no seu útero. Toda a atenção volta-se para o “bebê” logo que se descobre vitalidade fetal, e a personalidade da mulher depende da personalidade do bebê que carrega, e disto depende seu status moral.

A sala de USG obstétrica é um lugar de performances. As práticas e os discursos dos profissionais constituem ‘atos performativos’, como também aqueles das mulheres. Ao discursar sobre os fetos com vida, 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 obstétrica, se vêm obrigadas a se posicionar performativamente 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 mãe 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.

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

As mulheres mais próximas à posição de “antimães” foram aquelas com abortos no segundo trimestre. Duas mulheres chegaram à sala, 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. A sala é pequena e a maca ocupa quase todo seu espaço. Maria é trazida da emergência, seus pertences – roupas e documentos – estão dentro de um saco transparente, em cima da maca, o lençol muito ensanguentado. Está pálida e sem acompanhante. O exame de USG obstétrica com a mulher na maca exige uma reorganização da sala; embora não tenha sido explicitamente convidada a auxiliar na nova ordenação, sinto-me impedida a participar. O ultrassonografista está em pé para alcançar o corpo da mulher, já que a altura da maca não permite o manejo do aparelho estando ele sentado.

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

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 o médico 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, parece sentir muita dor. O aparelho está sujo de sangue, que escorre em grande quantidade enquanto o exame é realizado. O exame acaba. O médico mostra a tela à pesquisadora 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*”. Continua o trabalho de escrever o laudo, olha na direção da pesquisadora e diz: “*Esse deve ser aqueles casos [de feto] de descarga que a gente vê no jornal*”.

A descrição do exame de Maria é a radicalização do que chamamos de “gravidez autêntica”. A situação que se detecta por meio da imagem de que o aborto ocorreu no segundo trimestre, foi uma daquelas que mais gerou discursos moralizantes. 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, na medida em que a gravidez avança.

Os casos de aborto em idade gestacional avançada mobilizam todo o serviço; logo iniciavam o compartilhamento de histórias “de jornal”. A assistente entra na sala e conta um trágico relato de aborto que aconteceu com uma vizinha. Assume um tom de condenação moral à jovem que havia provocado o aborto 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...*”.

A consulta adquire contornos de tensão ainda maior quando a tentativa de aborto foi fracassada e se descobre vitalidade fetal, como no caso de Camile. 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 a tentativa de provocar 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 profissional parece desconfortável, e a mulher constrangida, em silêncio, olhando pra baixo, procura responder apenas o que lhe é perguntado.

Harris & Grossman²⁶ discutem como, apesar da minoria dos abortos no mundo ocorrer no segundo trimestre, estes são os que mais causam risco de vida, além de serem os mais estigmatizados para mulheres e profissionais de saúde. Em um artigo de revisão, os autores argumentam como as mulheres são interrogadas sobre o motivo de terem esperado tanto para interromper a gestação, e podem ser percebidas como a figura mais “anti-materna”. Defendem assim a importância de se promover ações que possam favorecer o acesso à interrupção da gestação em estágios iniciais, a fim de se reduzir o estigma do aborto e a morte de mulheres resultante de procedimentos inseguros e clandestinos.

Nosso estudo confirma que nos casos de abortos em fases mais avançadas da gravidez o processo de fabricação de Pessoa está presente de maneira mais explícita, com maior estigma, e prevalecendo em última instância o discurso dos profissionais apoiado na produção das imagens, em detrimento do silenciamento das mulheres. Aqui já nomeado como “bebê”, são salientadas principalmente as partes mais mobilizadoras para as mulheres – “coração”, “rostinho”.

Considerações finais

A etnografia de USG obstétrica realizada na maternidade pública de Salvador evidencia que a gravidez é entendida como um processo que envolve estágios distintos. Nossa análise indica que, quando essa é interrompida em estágios iniciais, para aqueles envolvidos no exame, aquilo que ocorreu no corpo se distancia da noção de aborto. Nesse extremo estão os casos de provável aborto completo, e nosso argumento é que ali há uma zona cinzenta de interpretação, em que no processo de significação sobre as imagens produzidas na USG obstétrica não se confere personalidade ao produto da concepção. Em alguns desses casos nem haverá necessidade de internação, com passagem rápida das mulheres pelo hospital, que não precisarão realizar esvaziamento uterino, havendo poucas consequências físicas.

No extremo oposto estão os casos de mulheres que vivenciaram a experiência do aborto no segundo trimestre de gestação. Nesses casos, vimos que o discurso dos profissionais de saúde se refere à moral hegemônica e ao estigma sobre aborto na sociedade brasileira, como prática condenável. O tratamento dispensado às mulheres em decorrência dessa interpretação representa uma violência simbólica institucionalizada. A conduta desses agentes não escapa das consequências da criminalização do aborto no país.

As interações são marcadas por um distanciamento que caracteriza a relação dos profissionais de saúde com mulheres que abortam nos hospitais, como mostram vários estudos^{5,6,10,11,12}. Na realização dos exames de USG obstétrica, os profissionais utilizam uma linguagem técnica instrumental, na prestação de um serviço que, pela sua natureza, permite sua realização em série. Isso só é rompido diante da imagem do feto, sobretudo com vida. Aí ocorre uma inflexão, os termos no diminutivo são usados como apelo à “mãe” e ao “instinto materno”. Aqui os profissionais voltam a ser obstetras na maternidade, imbuídos de sua missão de ajudar bebês a nascerem. As mulheres pouco importam: se queriam a gravidez, se perderam espontaneamente, se estão sofrendo, sangrando, com dor, com medo de morrer, de serem descobertas e presas. O “bebê” torna-se objeto de todo o cuidado.

Esta investigação representa um esforço inicial de mapeamento do campo com caracterização da cena da USG obstétrica na atenção ao aborto, contexto e interações. Sendo um tema pouco abordado na literatura científica no Brasil, recomenda-se aprofundamento da análise e realização de novas pesquisas.

Antes mesmo da descriminalização e legalização do aborto, com regulamentação da sua prática, é necessária uma mudança urgente do modelo de atenção ao abortamento no SUS. É fundamental retirar as mulheres dos hospitais maternidades e garantir a humanização da atenção, mudanças que impliquem menor sofrimento das mulheres e respeito aos seus direitos reprodutivos e humanos.

Colaboradores

M. R. P. Lima contribuiu na pesquisa de campo, análise e escrita do artigo. C. A. McCallum e G. M. S. Menezes contribuíram na orientação do estudo, análise e revisão do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Mariana Ramos Pitta Lima (0000-0002-2409-1598); Cecilia Anne McCallum (0000-0003-1927-7774); Greice M. S. Menezes (0000-0002-8393-2545).

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, que concedeu uma bolsa de Mestrado à M. R. P. Lima, durante 2013-2015.

Referências

1. Chazan LK. "Meio quilo de gente": um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
2. Mauss M. Uma categoria do espírito humano: a noção de Pessoa, a noção de "Eu". In: Mauss M, organizador. Sociologia e antropologia. São Paulo: Pedagogia Universitária/Editora da Universidade de São Paulo; 1974. p. 367-97.
3. Petchesky RP. Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. In: Stanworth M, editor. Reproductive technologies: gender, motherhood and medicine. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1987. p. 57-80.
4. Davis-Floyd R, Dumit J. Cyborg babies: from techno-sex to techno tots. New York: Routledge; 1998.
5. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc Saúde Colet 2017; 22:653-60.
6. Araújo TVB, Aquino EML, Menezes GMS, Alves MTSSB, Almeida, MCC, Alves SV, et al. Delays in access to care for abortion-related complications: the experience of women in Northeast Brazil. Cad Saúde Pública 2018; 34:e00168116.
7. Machado LZ. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. Cad Pagu 2017; 50:e17504.
8. Luna N. Aborto e corporalidade: sofrimento e violência nas disputas morais através de imagens. Horizontes Antropológicos 2014; 20:293-325.
9. Santos DLA, Brito RS. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. Physis (Rio J) 2014; 24:1293-314.
10. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. Ciênc Saúde Colet 2012; 17:1671-81.
11. McCallum CA, Menezes G, Reis AP. The dilemma of a practice: experiences of abortion in a public maternity hospital in the city of Salvador, Bahia. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos 2016; 23:37-56.
12. Porto RM, Sousa CHD. "Percorrendo caminhos da angústia": itinerários abortivos em uma capital nordestina. Revista Estudos Feministas 2017; 25:593-616.
13. Beynon-Jones SM. Re-visioning ultrasound through women's accounts of pre-abortion care in England. Gend Soc 2015; 29:694-715.
14. Kimport K, Johns NE, Upadhyay UD. Women's experiences of their preabortion ultrasound image printout. Contraception 2018; 97:319-23.
15. Howes-Mischel R. "With this you can meet your baby": fetal personhood and audible heartbeats in Oaxacan Public Health. Med Anthropol Q 2016; 30:186-202.
16. Mitchel LM, Georges E. Baby's first picture: the cyborg fetus of ultrasound imaging. In: Davis-Floyd R, Dumit J, editors. Cyborg babies: from techno-Sex to techno-tots. Abingdon: Routledge; 1998. p. 105-24.

17. Chazan LK, Faro LFT. “Exame bento” ou “foto do bebê”? biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2016; 23:57-78.
18. Macedo U. “Útero em cena”: implicações e desdobramentos do uso da ultra-sonografia obstétrica [Monografia de Conclusão de Curso]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2005.
19. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1989.
20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
21. McCallum C. Sem nome: pessoa como processo na dinâmica racial e de gênero brasileira. In: Cabral JP, Viegas SM, organizadores. *Nomes: gênero, etnicidade e família*. Coimbra: Editorial Almedina; 2007. p. 265-89.
22. Strathern M. Sobre o espaço e a profundidade. *Cadernos de Campo* 2011; 20:241-58.
23. Gerber EG. Deconstructing pregnancy: RU486, seeing “eggs”, and the ambiguity of very early conceptions. *Med Anthropol Q* 2002; 16:92-108.
24. Jordan B. Authoritative knowledge and its construction: introductory remarks to symposium on ‘Birth in twelve cultures: papers in honor of Brigitte Jordan’. In: *Annual Meeting of the American Anthropological Association*. Palo Alto: Xerox Palo Alto Research Center; 2001. p. 1-5.
25. Mol A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
26. Harris LH, Grossman D. Confronting challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 115:77-9.

Abstract

This article aims to analyze the practices and meanings involved in obstetric ultrasound (USG) in women undergoing abortion at public maternity hospital in Salvador, Bahia State, Brazil. This is a qualitative ethnographic study that included three months of participant observation in the interactions between these women and medical and non-medical staff in the USG room of a public maternity hospital. USG has a central place in women's abortion itinerary, and its practice is incorporated into the institution's routine and the definition of approaches to abortion care at the maternity hospital studied here. In this context, distinct categories of "women with abortion" are produced and mobilized according to the interpretation of the USG images. The way the health condition and moral status of a woman with suspected abortion are defined depends on the presence or absence of a live fetus in her uterus, in addition to the gestational age at which the attempted or completed abortion occurred. We conclude that when the USG evidence indicates that there was (probably) an abortion in the initial stages of a pregnancy, the health professionals themselves help the women by disconnecting the semiotic process that would result in assigning a sense of human nature to the embryo. The later a pregnancy is terminated, the more likely the process of defining the images will sustain the idea that there was a person there. The hegemonic morals on abortion and its criminalization in Brazil modulate the symbolic constructions and practices involved in the USG test in women experiencing abortion.

Abortion; Ultrasonography; Gender and Health; Maternity Hospitals

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar las prácticas y significados en torno a la ultrasonografía obstétrica (USG) con mujeres que abortaron en la maternidad pública en Salvador, Bahía, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa, etnográfica, que implicó observación participante de las interacciones entre mujeres, profesionales de salud médicos y no médicos, en la sala de USG de una maternidad pública, durante tres meses. La USG ocupa un lugar central en el itinerario abortivo de las mujeres y su práctica está incorporada a la rutina institucional y definatoria de conductas en la atención del aborto en la maternidad en estudio. En ese contexto, se producen categorías distintas de "mujeres que abortan", cuyo inicio del proceso depende de la interpretación de la imagen ecográfica. La forma de dar significado al estado de salud y la condición moral de una mujer, sospechosa de abortar, se relaciona con la presencia o no de un feto vivo en su útero, además de la edad gestacional en la que la tentativa o realización del aborto se produjo. Concluimos que, cuando las evidencias ecográficas indican que hubo (probablemente) un aborto en estadios iniciales de un embarazo, los propios profesionales colaboran con las mujeres en desactivar el proceso semiótico que conduciría a la atribución de un sentido de naturaleza humana al concepto. Cuanto más tarde se interrumpió una gestación, lo más probable es que el proceso de significación sobre las imágenes sustente la idea de que allí había un ser humano. La moral hegemónica sobre el aborto y su criminalización modulan las construcciones simbólicas y las prácticas en torno al examen de USG en mujeres que abortaron.

Aborto; Ultrasonografía; Género y Salud; Maternidades

Recebido em 26/Fev/2018

Versão final reapresentada em 04/Out/2018

Aprovado em 25/Out/2018