



## TECNOLOGIAS DE IMAGEM, MALFORMAÇÕES FETAIS E O IMPACTO NA REVELAÇÃO DOS “SEGREDOS” DO FETO

Rozeli Porto<sup>1</sup>

### 1. Introdução

Os dados aqui expostos fazem parte de minha tese de doutorado realizada no PPGAS/UFSC entre os anos de 2005 e 2009. A pesquisa objetivou investigar as lutas e debates pelo aborto legal no Brasil e em Portugal a partir de diferentes observações, práticas, representações e discursos, cujos centros foram os serviços de saúde e a relação com os/as profissionais biomédicos/cas, feministas e outros/as agentes sociais.

Neste artigo, trato do impacto causado a partir dos “segredos” revelados através das tecnologias de imagem às mulheres/casais que tiveram diagnósticos correspondentes aos de *anomalias fetais*<sup>2</sup>. Apresento um caso que reflete questões dramáticas (TURNER, 1974) pelas quais passou uma de minhas informantes grávida de *feto inviável*, que realizou aborto na “clandestinidade” diante das dificuldades burocráticas para efetua-lo em situação legal.

Analisando, a partir deste exemplo, situações que parecem repetir-se de forma importante nos hospitais em relação ao aborto legal e terapêutico e que ilustraram o argumento central de minha tese: de que o aborto, mesmo em situações permitidas por lei, continua objeto de segredo e ocultação, devido à forte carga simbólica que o feto, percebido enquanto pessoa (SALEM, 1997; LUNA, 2007), adquire nas sociedades ocidentais contemporâneas.

### 2. Malformações fetais, tecnologias e o impacto na revelação dos “segredos”

A evolução das tecnologias revelando antecipadamente o diagnóstico fetal gerou diferentes usos dessas técnicas (RAPP 1997, 47; CHAZAN, 2000; CUNHA, 2007), como também causou controvérsias em torno do tema (RAPP 1999). Uma das mais polêmicas discussões no Brasil ocorreu em 2004, após liminar promulgada pelo Ministro Marco Aurélio de Melo, do STF, que liberou o aborto por anencefalia<sup>3</sup>, sendo a liminar posteriormente cassada: houve receio por parte

<sup>1</sup> Doutora em Antropologia Social/UFSC. Professora Dpto. de Antropologia/UFRN. [rozeliporto@gmail.com](mailto:rozeliporto@gmail.com)

<sup>2</sup> Expressões êmicas serão indicadas em *itálico*.

<sup>3</sup> A anencefalia se caracteriza pela ausência dos hemisférios cerebrais e é vulgarmente conhecida como “feto sem cérebro” (DINIZ & RIBEIRO, 2003: 44).



dos integrantes do “pró-vida”<sup>4</sup> de que tal liberação conduzisse à chamada “ladeira escorregadia”<sup>5</sup> – que abriria caminho à liberação simultânea de outras modalidades de aborto –, temor ao reaparecimento da eugenia (RAPP, 1999; TESSARO, 2002; DINIZ, 2003), intensificação da discussão em torno da existência ou não de vida do feto portador de anomalias fetais graves<sup>6</sup> (DINIZ, 2003; 2004), além de outras polêmicas, como a possibilidade do transplante de órgãos dos anencéfalos (PENNA, 2005) e uma discussão em torno do que efetivamente representaria a morte cerebral nestes casos.

Embora ampliadas às possibilidades de uma terapêutica fetal (a exemplo da intervenção cirúrgica para corrigir o problema do feto ainda no interior do útero materno)<sup>7</sup>, a importação das tecnologias acabou por “violiar” em parte o segredo da “vida”, pois introduziu “certezas” e manipulou “dúvidas” sobre os diagnósticos de malformação fetal<sup>8</sup>. Tais diagnósticos incitam, em muitos casos, a realização do aborto, que conseqüentemente se torna um segredo camuflado devido às leis que vigoram principalmente no Brasil.

Quando então é desvendado o segredo, sobretudo através das tecnologias de imagem evidenciando a malformação fetal (a exemplo do ultra-som)<sup>9</sup>, tal diagnóstico causa frustrações e cria rupturas inesperadas numa sequência – aqui me permitindo uma analogia - relativa ao que o antropólogo Victor Turner (1974) vai denominar de “drama social”, ou seja: “**units of harmonic or disharmonic process, arising in conflict situations**”<sup>10</sup>. No conceito de Turner, o drama social tem quatro fases principais de ação pública: **I. Breach of regular; II. Crisis; III. Redressive action e IV. Reintegration** (Turner, 1974: 41). Penso que tais fases, ressignificadas para o drama social do

<sup>4</sup> Esse movimento defende a santidade de vida ou o direito à vida como valores universais. Procuram sua execução pela legislação ou provisões constitucionais. Originalmente, refere-se principalmente às campanhas antiaborto, mas agora cobre outros aspectos bioéticos, tais como eutanásia, clonagem humana, pesquisas de células-tronco e pena de morte. Ver Baird e Rosenbaum, 1989.

<sup>5</sup> Ladeira escorregadia é uma expressão que acarreta pânico às pessoas que se veem diante de modificações morais as quais julgam imorais, argumento que ampara que “qualquer mudança no campo moral conduz a uma maior tolerância em torno dos interditos” (DINIZ, 2004: 35).

<sup>6</sup> Diniz (2003: 19) argumenta que o mais adequado seria qualificar a interrupção da gestação de um feto inviável, a exemplo da anencefalia, de *antecipação terapêutica do parto*, uma vez que não existe possibilidade de sobrevivência extra-uterina (Correio Braziliense, 23/09/2003).

<sup>7</sup> Ver, por exemplo, o caso Samuel Alexander (Mão amiga a favor da vida, <http://apon.vilabol.uol.com.br/maoamiga.htm>, acesso em 17/12/2008).

<sup>8</sup> Fellous (1991 *apud* Chazan, 2000) chama a atenção para os efeitos do ultra-som, que nem sempre é vivenciado de maneira positiva pelas mulheres. Observa que algumas delas podem desenvolver um sentimento de terem seu “*segredo roubado*” pela revelação do sexo do feto.

<sup>9</sup> Tecnologia que detém um caráter interativo, na medida em que o profissional que realiza o exame ao mesmo tempo focaliza as imagens, decodifica-as e busca outras incidências à medida que prossegue em sua realização (CHAZAN, 2005).

<sup>10</sup> Victor Turner (1974) concebe os eventos conflituos enquanto “dramas sociais”, sendo que os rituais servem basicamente para resolver conflitos ou diminuir rivalidades.



aborto – aqui particularmente por anomalias graves –, seguiriam, sob meu ponto de vista, a seguinte ordem:

- a) A *ruptura de relações sociais formais (I. Breach of regular)* seria equivalente ao diagnóstico de malformação fetal grave;
- b) *Crise (II. Crisis)* corresponderia ao sentimento de culpa da mulher, a itinerários terapêuticos e à tomada pela decisão ou não pela IVG;
- c) *Ação Corretiva (III. Redressive action)* à busca pelos itinerários religiosos, de amizade e familiares para tentar resolver ou amenizar a crise; “Rede de proteção”;
- d) *Reintegração (IV. Reintegration)* à decisão definitiva em interromper a gestação ou levá-la a termo<sup>11</sup>.

Essas etapas “ressignificadas” são constantemente debatidas por profissionais de diferentes áreas, e no Brasil ainda sugerem muita discussão. Para vias de análise, pretendo me deter sobre essas fases, uma vez que suscitaram, a partir das representações de meus/minhas informantes, outros questionamentos além dos incansavelmente discutidos.

### *3. Malformações inviáveis: o caso Rafaela e o “inesperado” sobre o “inesperado”*

Conforme relatado por minhas informantes, muitas mulheres acabam procurando alternativas que se encaminham para a clandestinidade, fato que “imponderavelmente” – utilizando aqui a linguagem malinowskiana (1976 [1922]) – me foi relatado por Rafaela<sup>12</sup>, uma informante que passou por tal drama social, tratando-se, de certo modo, de um caso exemplar.

Rafaela já era minha amiga antes de viver o drama aqui relatado e passou a ser também minha colaboradora, pois foi ela quem me chamou para ajudá-la a compartilhar o momento liminar que vivia quando descobriu estar grávida de um *feto inviável*.

Inicialmente muito angustiada e preocupada com a forma como incorporaria (ou não) o vivido por Rafaela em meu trabalho, aos poucos deixei fluir o acontecimento lembrando que o “campo” em que levamos a cabo nossa investigação não é fixo (SARRÓ & LIMA, 2007), assim como não são fixos/as nossos/as informantes, tampouco a cultura do “saber local” (GEERTZ, 1997) ou de quaisquer outros saberes considerando-se tal dinâmica cultural (LANGDON, 2003). Portanto,

---

<sup>11</sup> Não obstante minha pesquisa se insere em padrões ocidentais e específicos relativos às questões do aborto, tento reorganizar, tal como Yvone Maggie (2001), o conceito de Victor Turner sem querer forçar seu encaixe, mas num exercício teórico-metodológico que certamente ainda necessitaria de aprimoramento. De qualquer modo, observo que esse fato não deixa de ser um drama social que envolve profissionais de saúde, mulheres e seus companheiros, bem como suas famílias e outras pessoas envolvidas em suas relações.

<sup>12</sup> Minhas interlocutoras/es serão aqui referidas/os por nomes fictícios.



Rafaela passou a ser minha informante ao relatar – talvez até mesmo de forma terapêutica (GROSSI, 1992) –, passo a passo sua *tragédia pessoal*.

Rafaela é uma mulher com pouco menos de 30 anos e estava, na época de minha pesquisa, grávida de seu primeiro filho<sup>13</sup>. Certa manhã, enquanto estava mergulhada na leitura de meus sujeitos impressos em infindáveis diários de campo, atendo ao telefone e me surpreendo com a ligação de Rafaela. Sua angústia era claramente perceptível pelo seu tom de voz. Foi então que relatou sem rodeios que havia realizado um exame de ultra-som e descoberto que sua gravidez era inviável<sup>14</sup>. Rafaela encontrava-se, então, com quase 6 meses de gravidez.

Com tal revelação, Rafaela passa pela primeira fase do drama social correspondente à ruptura de sua ordem cosmológica: a revelação do diagnóstico de malformação grave. Tal diagnóstico desencadeia quase que simultaneamente a segunda fase de seu drama, que diz respeito à crise que começara a vivenciar. Percebo que minha interlocutora está passando efetivamente por esta segunda fase quando relata como perseguiu itinerários terapêuticos à procura de outros médicos e exames, quando discorre sobre seu sentimento de culpa por estar gerando um feto inviável e ainda quando narra o sufoco em ter de tomar uma decisão em optar ou não pelo aborto. A tentativa de compensação que caracteriza a terceira fase do drama se concretiza em seus comentários ao telefone sobre a busca de apoio tanto da família como dos amigos – naquele instante por mim representados – à procura de tentar resolver ou amenizar sua crise. Rafaela assegura que tanto ela quanto o marido decidiram não prosseguir com a gravidez e que procuravam apoio através de pessoas que consideravam de sua confiança. Ambos tomaram a decisão pelo aborto, acreditando que esta seria a melhor resolução para seu caso – decisão que teoricamente finalizaria a fase do drama social sugerido por Turner (1974).

Tal resolução, segundo Rafaela, despertava um sentimento ambíguo, pois *era um filho muito desejado* pelo casal ao mesmo tempo em que não poderia pensar *na possibilidade de carregar essa criança* por mais quase quatro meses, algo que tanto para ela como para o marido não faria o menor sentido. A partir do momento em que o segredo fora revelado, Rafaela “desconectou-se” daquele ser que estava gerando – ser que já possuía um nome e que, portanto, era considerado mais que um feto. Era o seu *filho*, uma pessoa constituída principalmente pelas imagens fetais (CHAZAN, 2000,

---

<sup>13</sup> Pretendo propositadamente não dar muitos dados sobre Rafaela para que sua identidade seja preservada. Inclusive, fiquei muitas vezes em dúvida se deveria ou não expor seu caso em minha tese. Todavia, Rafaela, por uma postura política, fez questão de que eu compartilhasse de seu caso neste trabalho.

<sup>14</sup> O feto possuía uma anomalia grave e não teria chances de sobreviver após o nascimento.



2005), que, num primeiro momento, detectaram seu sexo mas não sua anomalia, diagnosticada somente aos seis meses da gravidez.

Tomada a decisão, aconselhei minha interlocutora a falar com o serviço social do hospital de referência para o aborto legal em SC, que poderia fornecer o encaminhamento “legal” para a interrupção de acordo com a jurisprudência já conhecida pelos profissionais de saúde sobre os casos de malformações graves e previstas pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde (2005 a e b).

Mas a resolução sobre o caso de Rafaela se estendeu de forma muito mais angustiante do que ela imaginara. Após passar pelas fases de ruptura da ordem social, pela crise e pela tentativa de compensação, Rafaela teve a sua fase de resolução abalada de maneira inesperada. Primeiramente, viu frustrada a tentativa de seguir os trâmites legais:

Rozeli, eu falei com a assistente social do Hospital perguntando como funcionava [o trâmite legal] e pressenti que a autorização, no meu caso, seria negada pelo tempo de minha gestação. A assistente social me explicou que, depois da consulta nessa maternidade, o caso seguiria primeiramente para três outros médicos que iriam dar um parecer. De lá, tal parecer seria enviado para o jurídico. Daí, eu teria que aguardar a decisão judicial que autorizaria ou não o aborto. É muito tempo pra esperar com minha gravidez já nesse estágio. Eu falei com algumas amigas que são advogadas feministas, e elas me alertaram sobre a possível demora desse trâmite ou até mesmo da negação de meu pedido... (Rafaela, informante).

Rafaela teria de aguardar o restante de sua gravidez para realizar o parto normalmente caso seu pedido fosse negado pelas vias legais. Diante das circunstâncias, Rafaela e o marido decidiram realizar o aborto por vias clandestinas, mesmo contra a vontade de parentes, principalmente dos pais dele, que participam de uma doutrina religiosa terminantemente contra o aborto. Porém, na percepção de Rafaela, seria *tortura* continuar com aquela gravidez<sup>15</sup>.

Algum tempo depois, ela e o marido marcam um encontro comigo. A esta altura, Rafaela já não estava mais grávida. Nesse encontro, disseram estar ao mesmo tempo tristes e aliviados pela atitude em relação ao aborto. Havia conseguido um profissional de confiança que, embora noutra cidade, fora muito bem recomendado por pessoas conhecidas. E, em meio a esse ínterim, houve um detalhe interessante: não era uma clínica clandestina, e tal profissional não cobrou nada, nem a consulta habitual. Tampouco fez constar o valor dessa consulta pelo plano de saúde do casal. *Um médico idealista*, conforme relatara Rafaela (ou que não queria nenhuma espécie de prova nesse tipo de envolvimento?...). De maneira resumida, o médico aconselhou o casal a seguir os seguintes passos:

- 1) Conseguir clandestinamente o misoprostol, conhecido vulgarmente por cytotec;

---

<sup>15</sup> Lembro aqui as pesquisas da antropóloga Débora Diniz relativas ao aborto por anencefalia em que as mulheres entrevistadas diziam que continuar com a gravidez seria uma “tortura”, pois estavam carregando um “caixão ambulante” (DINIZ, 2003).



- 2) Aplicar o medicamento ainda em casa (via oral e vaginal) para forçar as contrações e se iniciar o trabalho de parto. Chegaria com sangramento ao local;
- 3) Dar entrada na clínica onde trabalhava, dizendo que estava com muitas dores e, se possível, demonstrar tristeza por estar tendo um início de aborto. Assim, as funcionárias ficariam penalizadas e a tratariam sem preconceito;
- 4) Se não estivesse de plantão, pedir às funcionárias que entrassem em contato a fim de que ele seguisse imediatamente para atendê-los.

Por mais que o aborto tenha dado certo – inclusive sem a necessidade de realizar curetagem –, Rafaela relatou ter passado pelos piores momentos de sua vida. Seu drama não se resolvera no momento da decisão pelo aborto. Ali começara outra fase que redundava à crise até chegar efetivamente à “possível” resolução de sua *tragédia pessoal*:

Rozeli, imagine o Carlos indo comprar o cytotec naquele lugar!<sup>16</sup> Ele foi aconselhado a não ir bem vestido. Fiquei com tanto receio disso... Daí levamos meu irmão junto, que é mais novo, pra não levantar suspeita. Foi ele quem comprou. Me disseram que poderiam achar que o Carlos era da polícia... Depois eu tendo que usar o remédio. Rozeli, foi tudo muito difícil. Ainda sem sangramento, fui para a clínica e tive que mentir para não passar por constrangimentos e não ser maltratada por estar forçando um aborto. Minha sorte é que o médico era maravilhoso. A todo o instante, perguntava como eu estava, dizia que iria dar tudo certo. Abraçava a gente... Ele foi ótimo. Mas fiquei durante 18 horas em trabalho de parto. É o pior: acho que o bebê nasceu vivo. Não tenho certeza, mas a cara da médica que estava acompanhando e da enfermeira eram de horror!!! Só poderia estar vivo quando nasceu. Também deveria ter muitas malformações – ossos, orelhas... Eu não vi depois que nasceu e às vezes me culpo por isso. Às vezes penso que deveria ter visto... (Rafaela, informante).

Rafaela ainda relata que o remédio veio numa cartela toda recortada e que estava embrulhado numa folha de jornal. Consequentemente não havia condições de se ler o que estava escrito. Nem ela, nem o marido ou o irmão tinham certeza se haviam comprado realmente o medicamento “correto” devido às circunstâncias de “ilegalidade”. Não tinham certeza se funcionaria ou não, tanto que Rafaela se lembra de ter chegado à clínica sem sangramentos e confidenciou que foi o médico quem estourou a “bolsa”<sup>17</sup> quando daí se iniciaram efetivamente as cólicas, fracas até então.

---

<sup>16</sup> Assim como o cytotec é encontrado em lugares dos mais inusitados no Brasil, em Maputo, capital de Moçambique, uma outra substância considerada “abortiva” pode ser encontrada em quitandas de frutas e verduras, conforme observado pela pesquisadora Sofia Aboim do ICS/UL, em palestra proferida nessa mesma instituição sob o título “Gênero e Modernidade: reflexões sobre trajetórias sociais em Maputo”. Segundo Sofia, ela achou estranho estar misturado, junto às frutas e verduras nessa quitanda, um vidrinho com um tipo de areia esverdeada. Por curiosidade, perguntou para o que servia. A vendedora disse, um tanto sem graça, mas, ao mesmo tempo, sem dificuldades, que era uma mistura para abortar. Sofia achou o fato curioso e se arrependeu por não ter adquirido um dos vidros como material etnográfico (Palestra proferida no ICS/UL em 04/05/2007).

<sup>17</sup> Líquido amniótico é o fluido que envolve o embrião, preenchendo a bolsa amniótica, e que, desta forma, o protege de choques mecânicos e térmicos. Quando se fala em “arrebentar a bolsa” pouco antes do parto, propriamente dito, significa que a bolsa amniótica se rompeu e que o líquido foi expulso, ou seja, que o parto está para acontecer (<http://boasaude.uol.com.br>).



Além de não haver uma contrapartida neste parto, ou seja, de não haver um *bebê* para ser levado para casa, Rafaela ainda convive com a dúvida em relação ao feto ter ou não nascido vivo. E também convive com a dúvida sobre sua aparência. Diz ter-se arrependido por não tê-lo visto, algo a que as enfermeiras lusitanas eram terminantemente contra. Observa que o médico garantiu que o feto nasceria morto (FM)<sup>18</sup>. De qualquer modo, ela permanece com este “fantasma”, que talvez seja desfeito com o passar do tempo...<sup>19</sup>

Para complementar o drama desta minha amiga e interlocutora, ela ainda relata que *quase enlouqueceu* ouvindo o choro de outros bebês nos outros quartos naquela noite. Do mesmo modo, narrava sua angústia ao ver, nas portas dos quartos vizinhos, escrito “Bem-vindo, Caio”, “Bem-vindo, Emerson”, “Bem-vinda, nossa princesinha”, e a tristeza de conviver, durante alguns dias, com sangramentos e com o colostro<sup>20</sup>, algo que, segundo Rafaela, desencadeou um sofrimento enorme:

“não conseguia tomar banho quente; qualquer água, qualquer líquido machucava... tive que enfaixar os seios e tomar remédios caros. Minha irmã me ajudava a passar gelo... eu senti muita dor, muita dor mesmo”..

Mas o processo de sofrimento de Rafaela não termina por aí. Após alguns dias, o “inesperado” sobre o “inesperado” ainda aconteceu. Minha interlocutora teve a notícia de que o feto havia sido “perdido” na clínica antes de realizarem a autópsia que detectaria se ela poderia ou não ter outra gravidez com malformação grave.

Agora eu não sei dos riscos que poderei correr durante minha próxima gravidez. Segundo o médico havia me explicado, minha chance de engravidar de um feto com o mesmo tipo de problema pode ser de uma em um milhão, como pode ser de 1 em quatro gravidezes (Rafaela, informante).

Especulações não faltaram sobre o paradeiro “do feto morto” de Rafaela e do marido. E, diante do acontecido, escutei algumas pessoas próximas ao casal fazerem comentários do tipo que *haveria uma organização por trás do sumiço que traficaria fetos para fins terapêuticos no exterior* (como, por exemplo, para fabricação de cremes de beleza, etc.) ou *que o médico – junto à sua equipe – se teria livrado da prova de um crime caso Rafaela e o marido resolvessem delatá-lo*. Ainda houve os que perguntaram se *eles não iriam denunciar a clínica pela incompetência dos funcionários de terem perdido o feto*, etc. Rafaela garante que o médico ficou tão chocado quanto o casal quando soube da “incompetência” dos funcionários em terem perdido o feto. Observou que o

<sup>18</sup> Carmen Susana Tornquist (2004: 269) observa que o termo *feto morto* é impronunciável pelos profissionais de saúde, os quais utilizam eufemisticamente a sigla FM no hospital em que realiza sua pesquisa.

<sup>19</sup> Este caso aconteceu há 2 anos e Rafaela ainda não se recuperou psicologicamente do trauma.

<sup>20</sup> Primeiro leite da mulher e das fêmeas dos animais, logo depois do parto (Dicionário de Português Aurélio).



médico demonstrou muita preocupação diante da falta da autópsia que detectaria problemas relativos às futuras gestações, desculpando-se...

#### 4. Considerações Finais

O caso Rafaela é exemplar de como muitas vezes se realiza o processo de aborto nas práticas médicas, jurídicas e/ou pessoais. Ainda que Rafaela se tenha livrado da *tortura* por estar gerando um feto que não sobreviveria após o nascimento, ainda permaneceu a experiência de uma maternidade “da perda”, “do sofrimento”, “da incerteza” e “do inesperado sobre o inesperado” (a malformação inviável, a dúvida sobre o feto ter ou não nascido vivo, a perda do feto para autópsia, etc.).

Mesmo com o avanço da medicina fetal e genética, o caso demonstra como não existe correspondência entre os artigos elencados no Código Penal Brasileiro<sup>21</sup> e tal progresso científico. Retirar ou adicionar qualquer tipo de permissivo legal – seja referente às anomalias fetais incompatíveis com a vida ou a outras esferas, como a liberação geral do aborto – consiste em tarefa demorada, que requer paciência dos atores sociais envolvidos nestas ações.

Enfim, todo o processo pelo qual passou Rafaela e seu marido, foi feito às escuras, à margem, às escondidas – resoluções envoltas pelo segredo protegido apenas pela cumplicidade de poucos. Do segredo anunciado pelas tecnologias de imagem, Rafaela teve seu segredo camuflado devido às leis do aborto que vigoram em nosso país.

#### 5. Referências Bibliográficas

BAIRD, R. e R. S. *The Ethic of abortion: Pro-life & Pro-choice*. BAIRD, Robert e ROSENBAUM, Stuart (Edt.), Prometheus Books, Buffalo, New York, 1989.

CHAZAN, L. K. *Fetos, máquinas e subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como pessoa através da tecnologia de imagem*. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2000.

\_\_\_\_\_. *“Meio quilo de gente!” Produção do prazer de ver e construção da Pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia*. Um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. 2005. 2v. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

---

21 O aborto é permitido pelo Código Penal Brasileiro (1940, artigos 127 e 128) somente nos casos de estupro e de risco de vida da mulher (DELMANTO, 1988).



- CUNHA, A. L. S. *Pessoa e Direito, Corpo e Ciência: negociando preceitos cosmológicos em torno da legalização do aborto*. Brasília: Dissertação de Mestrado em Antropologia, Universidade de Brasília, 2007.
- DELMANTO, C. (Org.) *Código Penal Comentado*, 2ª ed. Rio de Janeiro, Renovar, 1988. p.389.
- DINIZ, D. “Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juizes em cena”. In GROSSI, M.; PORTO, R. e TAMANINI, M. (Orgs.). *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios* (pp. 196), 2003. Brasília: LetrasLivres (Coleção Bioética).
- \_\_\_\_\_. *Anencefalia e Supremo Tribunal Federal*. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb). Brasília: Letras Livres, 2004. (Coleção Radar; 2), pp. 152.
- GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Tradução de Vera Mello (pp. 366). Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 1997.
- GROSSI, M. P. “Na busca do ‘outro’ encontra-se a ‘si mesmo’ ”. In: *Trabalho de Campo & Subjetividade*. Florianópolis, UFSC, PPGAS, 1992, pp. 7-18.
- LANGDON, E.J. “Cultura e os Processos de Saúde e Doença”. In *Annais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. (Leila Sollberger Jeolás e Marlene de Oliveira, orgs.). Londrina, MS-UEL-SMAS/PML, 2003. 91-107.
- LIMA, A. P. e SARRÓ, R. (Orgs.). *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre produção etnográfica*. Imprensa de Ciências Sociais: ICS, 2006.
- LUNA, N. *Provetas e Clones: Uma Antropologia das Novas Tecnologias Reprodutivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Antropologia e Saúde), 2007. pp.300.
- MAGGIE, Y. *Guerra de orixá: um estudo de ritual e conflito*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo, Abril Cultural, [1922] 1976.
- PENNA, M. L. Anencefalia e morte cerebral (neurológica). *Physis: Revista de Saúde Coletiva* - v.15, n. 1, Rio de Janeiro, jan./jun, 2005.
- PORTO, Rozeli. “Aborto legal” e o “cultivo ao segredo”: [tese] : dramas, práticas e representações de profissionais de saúde, feministas e agentes sociais no Brasil e em Portugal / Rozeli Maria Porto ; orientadora, Miriam Pillar Grossi. - Florianópolis, SC, 2009. pp. 249.
- RAPP, R. “Real-Time Fetus: the Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction”. In: DOWNEY, G. L., DUMIT, J. (Eds.). *Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*. New Mexico: School of American Research Press. 1997. pp. 33-48.
- \_\_\_\_\_. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge, 1999. pp. 361.
- TESSARO, A. *Aborto Seletivo: descriminalização e avanços tecnológicos da medicina contemporânea*. Curitiba: Juruá, 2002.



TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Florianópolis: Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (1 v.), 2004.

SALEM, T. (1997). “As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa”. Rio de Janeiro: *Mana*, v. 3, n. 1, 1997.

TURNER, V. *Dramas, Fields, and Metaphors. Symbolic Action in Human Society*. Ithaca and London: Cornell University Press, 1974.

### *5.1. Documentos Legais*

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2005b.

### *5.2 Sites Internet*

*Mão amiga a favor da vida.* <http://apon.vilabol.uol.com.br/maoamiga.htm>, acesso em 17/12/2008.