



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Vanessa Maia Rangel

**Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber
obstétrico autorizador**

Rio de Janeiro

2009

Vanessa Maia Rangel

**Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber
obstétrico autorizador**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração: Política, Planejamento
e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

R196 Rangel, Vanessa Maia.

Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber obstétrico autorizador / Vanessa Maia Rangel. – 2009.
170f.

Orientador: Kenneth Rochel de Camargo Júnior.
Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Feto – Doenças – Diagnóstico – Teses. 2. Monitorização fetal – Teses. 3. Cuidado pré-natal – Teses. 4. Batimento cardíaco – Teses. 5. Cardiotocografia. 6. Frequência cardíaca fetal. I. Camargo Júnior, Kenneth Rochel de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.33

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Vanessa Maia Rangel

**Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber
obstétrico autorizador**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 14 de dezembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Fabíola Rohden
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Inês Nogueira.
Instituto de Saúde da Comunidade – UFF

Prof. Dr. Octávio Andrés Ramon Bonet
Faculdade de Ciências Sociais – UFRJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Para a Dra. Jane Dutra Sayd.

AGRADECIMENTO

É com extrema satisfação que aproveito este momento para agradecer a todos que de alguma ou muitas maneiras contribuíram para que esta tese de doutorado pudesse se tornar realidade.

A minha primeira lembrança vai para o Instituto de Medicina Social da UERJ e para todos os professores que me deram a oportunidade de participar de um ambiente de produção de conhecimento e de efetivas trocas valiosas para minha formação acadêmica e humana.

Ao meu orientador Kenneth e ao grupo BIOMEDSCI, que, desde o mestrado, me garantiram a possibilidade de aprender um universo novo de conhecimento com dedicação, orientação e amizade e que me deram todos os alicerces fundamentais em todo o meu processo de trabalho. Agradeço especialmente a Carla Guedes, pela sua amizade e pelo constante interesse em refletir conjuntamente.

À Ângela, Maria Inês, As Veras, Priscila, André, Maria Helena, Elaine...A eles todos um agradecimento de coração.

Agradeço também aos Professores André Rangel Rios, pelas contribuições filosóficas que ampliaram o meu referencial teórico e expandiram a minha capacidade olhar para o meu objeto de análise. À Rosângela Caetano, que tão pacientemente me ajudou a completar a minha experiência acadêmica a partir das aulas de FUNSAÇO.

Aos Professores Fabíola Rohden, Octávio Bonet e Francisco Ortega, que foram fundamentais na avaliação do meu Projeto, me auxiliando em recortar melhor o meu objeto, valorizando as abordagens teóricas que seriam a base para a futura elaboração da análise do campo obstétrico.

Um agradecimento especial para as meninas da biblioteca, que facilitaram de todas as formas a minha pesquisa bibliográfica; assim com ao Artur e à Márcia do núcleo de computação, pela paciência e disponibilidade em ajudar e esclarecer dúvidas quanto à melhor utilização dos recursos do núcleo.

À minha família, agradeço a confiança e a amizade.

E finalmente aos meus colegas da Maternidade da Praça XV, que me proporcionaram a possibilidade da observação participante e das entrevistas, agradeço também as diversas conversas informais que me ajudaram a configurar este trabalho numa forma dinâmica e que julgo coerente com a prática observada.

RESUMO

RANGEL, Vanessa Maia. *Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber obstétrico autorizador*. 2009. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Esta tese propõe uma contribuição para as análises do campo obstétrico pré-natal sendo o seu objeto a transmissão e circulação do "saber autorizador" a partir das experiências de mediação tecnológica com a cardiocografia num contexto institucional local. O principal objetivo é mostrar que o campo obstétrico contemporâneo se constrói a partir da afirmação do feto/bebê como seu símbolo dominante. Para tanto direcionei o meu olhar para a dinâmica dos agentes institucionais em torno da tecnologia da cardiocografia, observando as relações entre o conceito de "saber autorizador" e o simbolismo dominante contextual. Embora o conceito de "saber autorizador" tenha sido originalmente proposto para a compreensão da dinâmica dos agentes do campo obstétrico, ele foi atribuído apenas aos profissionais médicos que dominam as tecnologias de controle da condição fetal, portanto, supondo que a autoridade deste saber se encontra circunscrito a este grupo de agentes. No entanto, quando se apresenta a perspectiva da incorporação deste saber pelos múltiplos agentes do campo incluindo as gestantes, encontramos o direcionamento conjunto para uma categoria central híbrida que confere autoridade tanto ao saber quanto à experiência do grupo articulado à tecnologia obstétrica. A metodologia consistiu na observação participante da dinâmica da cardiocografia numa Maternidade Pública do município do Rio de Janeiro, incluindo entrevistas semi-estruturadas com cinco médicos, agentes a quem o "saber autorizador" é originalmente atribuído. As representações dos entrevistados disponibilizaram quatro categorias: a história, os valores, os instrumentos tecnológicos e as emoções que são incorporadas/corporificadas em torno da relação do saber e da experiência de cuidado com o feto/bebê. Estas categorias serviram para a análise da observação do campo, resultando na construção da nova categoria - a vitalidade fetal - que verifica o simbolismo dominante conferido pelo feto/bebê e que mostra de maneira aprofundada o movimento contemporâneo do campo obstétrico em direção à perinatologia.

Palavras-chave: Saber autorizador. Experiência. Agência. Campo obstétrico. Tecnologia obstétrica. Cardiocografia. Dinâmica institucional. Simbologia dominante. Vitalidade fetal.

ABSTRACT

This thesis aims to contribute to the analysis of the prenatal obstetrical field concerning its object which is the transmission and circulation of the authoritative knowledge from technological mediated experiences with cardiotocography in a local institutional context. The main purpose is to show how the obstetrical field is built within the affirmation of the fetus/baby as its dominant symbol. To reach this consent I turned my gaze to the dynamics of cardiotocography and its relationship between the authoritative knowledge and the contextual symbolism. Although the authoritative knowledge was a concept originally intended to explain the dynamics of the obstetrical field in regard to technology, it was only attributed to medical professionals who were able to deal with the obstetrical technology, disregarding the multiple agents who embody knowledge and experience which eventually enact a central hybrid category attached to the obstetrical technology. The methodology was based on the participant observation of a public maternity in the city of Rio de Janeiro, where I also interviewed five medical professionals to whom the authoritative knowledge is attributed. Their representations disposed four categories: their history, values, technological instruments and emotions, which are all, embodied around the relationship of knowledge and experience with the fetus/baby care. These categories were used in the fieldwork analysis to verify the dominant symbolism concerning the fetus/baby and also to demonstrate the construction of a new category – the fetal vitality – that explains the movement of the obstetrical field towards perinatology.

Keywords: Authoritative knowledge. Experience. Agency. Obstetrical field. Obstetrical technology. Cardiotocography. Institutional dynamics. Dominant symbolism. Fetal vitality.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	13
1 ABORDAGENS SOBRE O CAMPO OBSTÉTRICO - A COMPLEXIDADE DO CAMPO OBSTÉTRICO	21
1.1 O poder simbólico do campo obstétrico	22
1.2 O conceito de campo segundo Bourdieu	24
1.3 A dicotomia saber/experiência	27
2 O CAMPO DISCURSIVO DA OBSTETRÍCIA	31
2.1 Abordagem antropológica da obstetrícia: campo obstétrico-hegemonia Médica	32
2.1.1 <u>A tecnologia na obstetrícia</u>	33
2.2 Abordagem da tecnologia obstétrica a partir de sua perspectiva disciplinar	40
2.2.1 <u>O exame de cardiocotografia</u>	40
2.2.2 <u>Segurança à parturiente a partir da sua ausência</u>	42
2.2.3 <u>Múltiplas tecnologias e suas inter-relações</u>	45
2.2.4 <u>Avaliação disciplinar crítica do exame de cardiocotografia</u>	49
2.3 Experiências de controle e escolha	55
2.3.1 <u>Acesso ao saber sobre a vitalidade fetal</u>	55
2.4 Comunicação das experiências de mediação tecnológicas: Comunicação expert-leigo?	58
3 O CORPO	63
3.1 A linguagem do <i>embodiment</i>	63
3.2 O corpo disciplinar e o corpo espelhado	68
3.3 A sistematização do espelhamento	70
3.4 A experiência do corpo ampliado: Abordagem da prática tecnológica	76

4	METODOLOGIA DE PESQUISA	81
	NO CAMPO OBSTÉTRICO	86
5	O CAMPO DISCURSIVO	87
5.1	A construção simbólica do campo obstétrico: história, instrumentos, valores e emoções	87
5.1.1	<u>A visão da pediatria</u>	87
5.1.2	<u>A visão da obstetrícia</u>	94
5.1.3	<u>A visão da clínica obstétrica de risco</u>	96
5.2	A utilização da tecnologia obstétrica	100
5.3	Abordagem das entrevistas	106
6	OBSERVAÇÕES DO CAMPO	108
6.1	História: A instituição dos protocolos clínicos e a vitalidade fetal	108
6.2	Saber: A incorporação do conhecimento e da experiência sobre a vitalidade Fetal	111
6.3	Corpo/Instrumento: A tecnologia da cardiocografia na construção do conceito de vitalidade fetal	113
6.4	Controle: A vitalidade fetal e o tempo na gestação	114
6.5	Relações: A dinâmica dos agentes institucionais e a vitalidade fetal	118
6.5.1	<u>O direito ao CTG e ao saber sobre a vitalidade fetal</u>	118
6.5.2	<u>O local de direito do CTG e o lugar dos agentes institucionais</u>	121
6.5.3	<u>Cuidando da vitalidade fetal: Cuidando do CTG</u>	126
6.5.4	<u>Saber e experiência na construção identitária a partir da vitalidade fetal</u>	128
6.6	Medo e alívio: emoções que configuram o saber sobre a condição fetal	129
6.7	Ambivalência e vergonha: emoções que configuram a experiência sobre a condição fetal	132
7	CONCLUSÃO	135
	REFERÊNCIAS	139
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154

ANEXO B - Roteiro das Entrevistas Semi-Estruturadas	155
ANEXO C - Protocolo encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social. IMS/UERJ	156

APRESENTAÇÃO

Recentemente, diversos estudos da antropologia biomédica utilizam a abordagem da re-configuração da “natureza” e da “cultura”, evidenciando como o entendimento destes dois conceitos é construído na prática dos campos de análise. Este é o caso de estudos sobre a biomedicina e suas tecnologias, quando focalizam seus objetivos em pontos-chaves das teorias antropológicas, como: sentido, ideologia, identidade, conhecimento, poder e cultura, esclarecendo, portanto, os papéis da tecnologia nos diferentes contextos biomédicos.

Assume-se por isso que, em um mundo cada vez mais tecnologicado, a natureza, as culturas e as práticas médicas são re-configuradas de diferentes maneiras, de acordo com seus diferentes contextos. A saúde e a doença podem ser redefinidas ou re-formatadas, sendo atribuídos novos significados através da aplicação das tecnologias biomédicas. Os locais aonde estas tecnologias são utilizadas, desde o corpo humano até os hospitais podem ser reorganizados a partir da introdução e do uso de novas tecnologias.

Além disso, porque a tecnologia usada na medicina se interpõe dentro de limites culturais, sociais e corporais, ela oferece um sítio de investigações interdisciplinares, sendo potentes lentes do olhar para antigas questões de uma nova maneira. A sua análise permite a configuração de um lugar onde natureza e cultura, saúde e as comunidades se cruzam.

A evolução histórica destes estudos da tecnobiomedicina compreende múltiplas visões como: a visão determinista da tecnologia; a avaliação da falta de um arcabouço teórico para sua abordagem mais complexa; a questão da emergência de uma nova cultura tecnológica; a análise do humano versus o não humano; a obtenção de um campo particular; a análise de fatores sociais e suas implicações; e mais recentemente, a implicação dos significados que as pessoas dão à tecnologia, construindo um discurso que enfatiza os sentidos e as materialidades destes, em um sistema sociotécnico complexo. Este último aspecto relaciona-se especialmente com a medicina, pois a tecnologia médica evoca referências potentes em relação ao corpo, a vida e a morte (Casper e Koenig, 1996).

Embora a biomedicina trabalhe prioritariamente com o domínio dos conceitos de corpo, vida e morte, este domínio foi pego emprestado da cultura onde ela está inserida. Sendo assim, a biomedicina, construída na prática por profissionais de saúde e pacientes, não seria constituída por nenhuma classe dominante em si, mas compartilharia esse domínio cultural hegemônico entre os seus agentes (Csordas, 1988). No entanto, quando observamos

estudos sobre análises institucionais da biomedicina, ainda constatamos a presença do referencial de hegemonia e dominação da parte dos profissionais de saúde, especialmente médicos, pela aproximação destes com o conhecimento científico e com a tecnologia a ele associada, desconsiderando a construção contextual desta possível dominação e levando, portanto, esta conclusão a um a priori ideológico que passa a pertencer à biomedicina e por fim, entendida como hegemonia biomédica.

Para Csordas (1988) também é importante afirmar que a biomedicina e a tecnologia a ela atrelada penetram na sociedade em graus variados e não se espera que a biomedicina em si estabeleça sempre valores hegemônicos na mesma intensidade e da mesma forma, pois dentro de um sistema de saúde pluralístico, a biomedicina pode ocupar um lugar dominante, mas não hegemônico, já que, quando a hegemonia é definida como algo a ser combatido, a consequência do conceito de hegemonia médica impede o reconhecimento de qualquer elemento libertador correlacionado à biomedicina.

No caso da pesquisa em questão, as abordagens teóricas escolhidas vão tentar compreender a particularização do campo obstétrico e a atuação local dos sentidos e das materialidades das experiências de mediação tecnológicas comunicadas. Esta abordagem será recortada através do olhar para uma tecnologia facilmente disponível nas instituições de cuidado com a saúde materno-fetal, ou seja, o exame de cardiotocografia. Esta articulação ajudou a formulação do objeto de pesquisa que será adiante considerada.

A primeira parte do texto refere-se às abordagens teóricas sobre o campo obstétrico. No capítulo um, consideraremos a sua complexidade e o poder simbólico atribuído ao feto/bebê. Este campo será evidenciado como um espaço de disputas conceituais entre o saber e a experiência, formando uma dicotomia que foi entendida como uma possibilidade de formação de identidades dos grupos de agentes, que se identificam com essa disputa.

O capítulo dois descreve, de maneira crítica, os discursos dos principais agentes que estudam o campo obstétrico da atualidade, quando consideramos o “saber autorizador” como um conceito que possibilita a análise do campo. Descreveremos, portanto, a abordagem antropológica da obstetrícia a partir de trabalhos que apresentam uma perspectiva feminina sobre a gestação e o parto e representando, desta forma, as identificações com as gestantes durante este processo. A seguir, apresentaremos a visão disciplinar obstétrica, considerando que esta perspectiva corresponde àquela dos agentes médicos do campo, a quem é atribuído originalmente o conceito de saber autorizador.

O capítulo três fará uma tentativa de integração desses dois blocos de discursos acima mencionados, a partir da abordagem da corporificação tanto do saber como da experiência,

evidenciando que a relação entre estes conceitos, dentro do campo obstétrico, pode ser descrita como uma relação simbiótica, de alto conteúdo emocional, referente ao feto/bebê e que se constrói neste campo por um processo de socialização do saber e da experiência sobre a gestação, para todos os agentes do campo, nas etapas do pré-natal.

Seguiremos com o capítulo quatro sobre a metodologia de pesquisa, optando pela abordagem antropológica a partir da realização da observação participante de uma Maternidade do Município do Rio de Janeiro e de entrevistas semi-estruturadas com os agentes a quem é, originalmente, atribuído o “saber autorizador”. Esta Unidade estava passando, na época do estudo, por uma reorganização do seu funcionamento, direcionando as atividades às gestações de médio e alto risco materno-fetal.

Na Parte dois abordaremos os produtos do trabalho de campo em dois capítulos: O capítulo cinco onde descreveremos os trechos considerados mais relevantes das entrevistas, a partir do referencial do “saber autorizador”, da simbologia com o feto/bebê e da utilização da tecnologia da cardiocografia. No capítulo seis descreveremos e analisaremos a observação participante em torno da dinâmica da cardiocografia, a inclusão de todos os agentes do campo envolvidos nesta dinâmica, considerando que ultrapassam os agentes a quem o “saber autorizador” é originalmente atribuído. Analisaremos estes dois capítulos como um conjunto de dados empíricos do campo. Eles vão evidenciar a construção do “saber autorizador” como uma possibilidade conceitual para análise do campo obstétrico de uma nova perspectiva, mais inclusiva de agentes, perspectivas e identidades e que transmite e faz circular uma categoria nativa do campo. A vitalidade fetal é esta categoria, que garante a simbologia dominante relativa ao feto/bebê.

Concluiremos a tese com a verificação da importância do simbolismo dominante conferido ao feto/bebê, da categoria da vitalidade fetal como marca construída na dinâmica de todos os agentes deste campo, dando especificidade a ele.

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado foi elaborada como uma contribuição para as análises do campo obstétrico pré-natal, considerando a importância da inclusão de determinadas tecnologias como agentes que constroem as materialidades e os simbolismos deste campo, sendo o seu objeto a análise da transmissão e circulação do “saber autorizador”¹ (Jordan, 1997) a partir das experiências de mediação tecnológica com a cardiocografia² num contexto institucional local.

O principal objetivo desta pesquisa é mostrar como o campo obstétrico se constrói como um campo de produção simbólica, onde o feto/bebê se afirma como o seu símbolo dominante. Para tanto, vou direcionar o meu olhar para a dinâmica dos agentes em torno da tecnologia da cardiocografia, disponibilizando e articulando os elementos estruturais centrais desta dinâmica. Estes elementos serão vistos a partir da relação que se constrói entre o conceito de “saber autorizador” e o simbolismo dominante contextual e esta relação, por sua vez, será observada através de uma linguagem prática que comunica o “saber autorizador” pelos agentes envolvidos na dinâmica de utilização tecnológica – linguagem de alta conotação emocional.

Este objeto de pesquisa surgiu a partir da minha experiência de trabalho, como médica clínica, na Maternidade Oswaldo Nazareth (Praça XV) onde realizei o trabalho de campo da minha pesquisa de mestrado. A dissertação teve como objeto as negociações entre o saber médico e a experiência de dor e sofrimento das parturientes no contexto ritualizado do trabalho de parto hospitalar, sendo a sua principal conclusão estabelecida a partir dos encontros e das divergências entre uma abordagem epistemológica conferidora de legitimidade à intervenção obstétrica e as premissas humanizantes que valorizam a agência feminina na gestação e no parto. Observei que este diálogo seria apenas possível por meio de um olhar que contemplasse a dinâmica de todos os agentes do contexto local no seu conjunto. A partir deste olhar, percebi que as ações destes agentes se direcionavam ao compromisso de

¹ As aspas em “saber autorizador” se referem à discussão, que se seguirá no texto, dos agentes que autorizam este saber e a quem este saber confere autoridade, que se mostrará diferente da autoridade atribuída ao termo, pela autora original.

² A cardiocografia (CTG) é um método biofísico não invasivo de avaliação do bem estar fetal. Consiste no registro gráfico da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas. É classificada em cardiocografia anteparto (quando realizada antes do início do trabalho de parto) e intraparto. É chamada de basal quando o exame ocorre sem interferência do examinador, e estimulada quando se utilizam recursos mecânicos ou vibro-acústicos para testar a reação do feto (Nomura, et al, 2003).

salvaguardar a vida do feto/bebê, definindo desta maneira o paradigma obstétrico, o simbolismo dominante desta prática e os limites da capacidade de resolução institucional.

Nesta mesma época, enquanto eu me preocupava em definir, portanto, uma ordenação para a dinâmica dos agentes do contexto local através deste diálogo entre saber e experiência, tive a oportunidade de observar e anotar uma mudança no funcionamento institucional, quando passou de uma unidade de baixo para médio e alto risco obstétrico. Esta mudança implicou na entrada de novos agentes institucionais e na re-organização do seu arranjo, favorecendo a transmissão e a circulação de uma saber clínico associado ao risco materno-fetal que resultou, imediatamente, na valorização do instrumental que pudesse garantir o controle das situações consideradas patológicas da gestante e do feto/bebê.

A entrada deste saber sobre o risco direcionado à gestação em uma unidade considerada originalmente de baixo risco demandou uma transformação na orientação e na capacidade de mediação dos agentes locais, que passaram a ampliar as suas experiências corporais utilizando instrumentos de controle da condição fetal e particularmente, na unidade estudada, o exame de cardiotocografia.

Percebi que este exame, embora de uso controverso dentro do campo obstétrico³ (Silva et al, 2005), é capaz de criar experiências que incorporam/corporificam algum nível de controle sobre a condição fetal, sendo por este motivo, encenadas como veículos comunicativos deste controle. Observei também, que esta comunicação, geralmente de alta conotação emocional, se faz de maneira diferenciada na dependência do tipo de inserção que cada agente tem em relação a esta tecnologia.

Portanto, considerei que a cardiotocografia poderia ser vista como um veículo de alcance e controle do sujeito paradigmático⁴ da obstetrícia, codificando de forma concreta a simbologia dominante do grupo amplo de agentes assim como podendo funcionar como instrumento mediador da distinção⁵ de uma determinada categoria de agentes em relação aos outros pertencentes à dinâmica institucional (Hess, 1995).

³ O uso controverso do exame de cardiotocografia no campo obstétrico será abordado com maior profundidade mais adiante no texto.

⁴ O termo paradigma obstétrico deriva do conceito de paradigma de Thomas Kuhn (1989) que define paradigma como um modelo ou um padrão aceito por uma coletividade, no caso kuhniano, de cientistas, sendo um compromisso no sentido da resolução de problemas pertinentes a essa comunidade dentro de um tempo delimitado. Pode ser entendido como um filtro que norteia e configura a experiência do profissional e interfere nas suas práticas. Assim sendo, “o paradigma governa, em primeiro lugar, não um objeto de estudo, mas um grupo de praticantes da ciência” (KUHN, 1989, p. 226).

⁵ Hess (1995) elabora a perspectiva do totemismo científico ou tecnototemismo a partir do conceito de totemismo de Lévi-Strauss (1963). Para ele, o totemismo seria a ligação do homem com um elemento da natureza resultando em um sistema de distinção individual ou coletiva. No caso do tecnototemismo, isto aconteceria através da utilização da tecnologia disponível. Um atributo fundamental do totemismo é que as categorias sociais e naturais/tecnológicas são co-construídas como um sistema de distinção através de relações que extrapolam o sentido/significado e envolvem um mecanismo de poder

Entendido desta maneira, as experiências de mediação tecnológica com a cardiocografia poderiam ser analisadas como objetos fronteiriços (Lowy, 1995), que materializadas e materializantes no campo obstétrico, proporcionam uma visibilidade⁶ do simbolismo dominante institucional ao mesmo tempo em que contribuem para a manipulação de grupos identitários bem definidos e dos discursos a eles atrelados.

Desta maneira, a finalidade analítica de estudar a dinâmica do exame de cardiocografia dentro do campo obstétrico deste contexto institucional local é supor que ela “condensa algumas orientações valorativas centrais através dos quais a performance e a excelência dos agentes da dinâmica do contexto local podem ser julgados” (BARTH, 2000, p.73) ao mesmo tempo em que permite a observação e análise deste campo obstétrico como uma zona fronteira (Gallison, 1999).

A importância desta abordagem de Gallison (1999) no entendimento da dinâmica dos agentes do campo obstétrico é que embora se possa observar um processo de intensas negociações entre agentes com diferentes perspectivas e posicionamentos, assim como a transmissão e circulação de diferentes identidades, a existência de um objetivo prático comum incentiva a “coordenação local de crenças e ações” (GALLISON, 1999, p. 138).

A hipótese do exame de cardiocografia como objeto fronteira dentro de um campo obstétrico que se assemelha a uma zona de fronteira sugere, portanto, que a comunicação deste campo se faz a partir de grupos de agentes que não necessariamente compartilham das mesmas informações epistêmicas, mas que, apesar disso, podem apresentar impressionante coesão e consenso que são apenas alcançados pelas relações de troca que os grupos de agentes constroem na prática, na ação.

Assim sendo, a relativa rigidez e estranhamento que pode se observar de um grupo de agentes em relação a outro não permite um transplante de conceitos inteligíveis, no entanto suscita um domínio de trocas onde uma nova forma de comunicação é construída pela coordenação de diferentes ações materiais e simbólicas e que ajuda a criar uma determinada conexão local. Esta forma de comunicação pode não ser uma nova língua, mas um veículo material a partir do qual se articulam diferentes entendimentos.

Prosseguindo a partir desta idéia, iniciei uma pesquisa bibliográfica de vertente antropológica que considerasse a inserção tecnológica no campo obstétrico. Com esta

⁶ Semelhante às propostas de Greene (2002, p.5) de “ferramentas exemplificadoras” como mecanismo de visibilidade para a compreensão de arcabouços sociais complexos ao mesmo tempo em que contribuem para o entendimento e transformações importantes nos mecanismos paradigmáticos de determinados grupos.

pesquisa entrei em contato com uma série de artigos que estudavam o campo obstétrico a partir do conceito de “saber autorizador” (Jordan, 1997), arcabouço teórico de estudos etnográficos sobre o campo, com o objetivo de entender o próprio campo e a dinâmica dos seus agentes a partir da perspectiva de inclusão tecnológica.

Entendi que esse conceito tratava de um corpo sistemático de conhecimento textual (de origem científica atribuído à medicina), inserido em um regime institucionalizado de direcionamento pedagógico, sendo materializado na dinâmica dos agentes envolvidos na utilização de tecnologias obstétricas e comunicado de forma tal a reproduzir o corpo de conhecimento textual na prática.

Embora o conceito de “saber autorizador” tenha sido originalmente proposto para a compreensão da dinâmica dos agentes relativa ao campo obstétrico, ele não parece amplo o suficiente para designar por si só a linguagem prática que permite a sua reprodução dentro deste campo. Além disso, as análises sobre o campo obstétrico que utilizam o conceito de “saber autorizador” o atribuem aos profissionais médicos que dominam as tecnologias de controle da condição fetal supondo, portanto, que a autoridade deste “saber” se encontra circunscrito a este grupo de agentes. Algumas destas análises, por outro lado, mostram que quando este “saber autorizador” é inscrito no corpo para a ação obstétrica, ele é comunicado através de mediações que parecem pouco valorizadas por estas mesmas análises.

Se considerarmos a finalidade original do conceito de “saber autorizador” para o entendimento do campo obstétrico, ele pressupõe a importância da autoridade para o grupo amplo de agentes pertencentes a este campo. Observei que a legitimação da autoridade é alcançada através de um processo coletivo e não restrita a um grupo e que se caracteriza por uma constelação de regulações deste campo, dos múltiplos lugares de subjugação e das interligações entre estes lugares, pressupondo, portanto, a identificação e caracterização da pluralidade de agentes inseridos neste campo, dos instrumentos utilizados e dos conhecimentos suscetíveis de serem mobilizados nesta constelação de regulações (Santos, 2005).

De especial importância, para esta pesquisa, se faz, portanto, a linguagem prática que comunica os modos de obediência ao “saber autorizador”. Esta comunicação parece se dar, por sua vez, através das diferentes disposições (Bourdieu, 1989) incorporadas/corporificadas (Frank, 1997) no campo obstétrico a partir do contato com o que se nomeou “saber autorizador”.

Considerando a interação dos principais agentes deste campo obstétrico pré-natal que atuam⁷ o “saber autorizador”, encontramos, a partir dos discursos da antropologia médica, a centralidade do obstetra, cuja identidade parece formada em um campo simbólico (Bourdieu, 1989) onde o objetivo principal das suas ações é compartilhado por outros agentes que dividem o trabalho da vigilância para com o bebê. A gestante é um destes outros agentes, cuja identidade se constitui como tal dentro do mesmo campo, embora a partir de uma perspectiva experiencial particular (Lazarus, 1994).

No entanto, na instituição estudada, observei que outros agentes complexificam a dinâmica obstetra/gestante dentro deste campo. São eles: médicos clínicos, responsáveis pelo controle das eventuais doenças da mulher durante a gravidez, que apresentam possível interferência no binômio materno-fetal e especialmente aquelas entendidas como representantes de risco para a condição materno-fetal. Enfermeiras e auxiliares, assim como acompanhantes que exercem os cuidados corporais com as gestantes visando direta ou indiretamente à condição fetal além de implicarem no conforto da experiência de cuidado corporal. Os médicos pediatras trabalham nas etapas posteriores ao nascimento, com os seus pacientes (os bebês) e estão geralmente atentos para as gestações de risco em relação à condição fetal, quando ao término, estes agentes entrarão em ação.

Observei que este campo simbólico de vigilância para com a condição fetal foi especialmente materializado com o surgimento de um arsenal de tecnologias que possibilitaram a concentração do enfoque do olhar institucional obstétrico para com o feto/bebê. Esta possibilidade emergiu a partir das experiências de mediação tecnológicas, possibilitadas por sua vez, por instrumentos específicos⁸ para a obtenção do controle da

⁷ Embora este termo possa soar estranho a primeira vista, eu resolvi preservá-lo por uma coincidência fortuita que me aconteceu quando esta tese já estava escrita e eu estava fazendo as correções e os ajustes para a defesa. Nesta época, tive a oportunidade de ler o livro da pesquisadora Annemarie Mol: *the body multiple* (2005) onde ela constrói uma narrativa sobre a arteriosclerose a partir da dinâmica da observação desta categoria na prática de um hospital de médio porte. Para isso a autora lança mão de um conceito – *enactment* - para descrever e analisar esta dinâmica. Ela ressalta que a arteriosclerose é atuada pelos atores do campo hospitalar, sendo este conceito uma derivação de construção e performance, mas que, para a pesquisadora, seria mais apropriado o seu emprego, devido a centralidade da sua análise na dinâmica e não nos atores. Embora eu tenha estudado a dinâmica da cardiocardiografia a partir da perspectiva dos agentes do campo, tanto teóricos como da prática, achei que este termo também pode ser usado em momentos onde a categoria central do campo obstétrico parece adquirir autonomia dos seus agentes.

⁸ São exemplos destes instrumentos: a ultra-sonografia obstétrica, a doplervelocimetria e a cardiocardiografia. A ultrassonografia é método biofísico que utiliza ondas de alta frequência de uso em obstetrícia para o diagnóstico da idade da gestação, morfologia, crescimento e avaliação do bem estar fetal. A Doplervelocimetria é uma ultrassonografia que também faz

a avaliação hemodinâmica da circulação placentária, em ambos os compartimentos - materno representado pelas artérias uterinas (direita e esquerda) e fetal representado pelas artérias umbilicais.

Sendo de total relevância para grávidas c/ fatores de risco tais como:

Em grupo de alto risco para insuficiência placentária como: síndromes hipertensivas, restrição do crescimento fetal (RCF),

condição fetal. Estes instrumentos em conjunto, portanto, materializam um conceito, que passa a ser também um valor disciplinar e que direciona a ação no campo obstétrico – a vitalidade fetal (Furley, 1996).

Esta categoria é perseguida como um valor por todos os agentes do campo a partir de diferentes perspectivas, (Hannerz, 1992) sendo que os desencontros destes agentes com a vitalidade fetal se evidenciam pela mobilização de uma emoção particular⁹ – o medo, do encontro com a condição contrária, ou seja, o “sofrimento fetal”.

O valor atribuído à condição fetal, significando o par vitalidade/sofrimento fetal, faz com que o medo se torne um elemento constitutivo deste campo ao mesmo tempo em que funciona como um comunicador da vulnerabilidade dos agentes desta dinâmica. Estes, por sua vez, apresentam, na incorporação dos instrumentos tecnológicos, uma possibilidade de restituição (Frank, 1997), ou seja, a promessa de uma experiência que pretende ampliar o poder corporal de controle sobre a condição fetal pela atribuição de virtuosidade a este corpo.

O exame de cardiocografia é um destes instrumentos diagnósticos, utilizado no final da gestação e sendo o instrumento mais disponível (Romano et al, 2006) em instituições de cuidado materno-fetal.

Embora o conceito de “saber autorizador” subentenda a multiplicidade de agentes pertencentes ao campo obstétrico, foi em análises que verificam uma relação contrastante entre obstetras e gestante dentro da prática deste campo que surgiu este conceito, fazendo com que os dois grupos mais bem estudados tenham sido, conseqüentemente, os de obstetras e de gestantes (Lazarus, 1988). Desta forma, partindo da abordagem destas análises, acredito que cada um destes grupos possa ser definido, respectivamente como “porta-vozes” (Latour, 2000) de um “saber autorizador” e porta-vozes de “experiências” particulares de gênero (Rapp, 2001).

natimortos anteriores, abortamentos tardios, colagenoses, diabetes com vasculopatias, cardiopatias graves, pneumopatias restritivas, síndrome antifosfolípides, trombofilias. Diante de resultados alterados, tanto nas artérias uterinas (de 18 a 26 semanas de gestação) quanto nas umbilicais (a partir de 24 semanas de gestação), cuidados pré-natais mais diferenciados devem ser adotados em função dos riscos adicionais para a ocorrência de RCF e sofrimento fetal. A cardiocografia é um método biofísico de avaliação da condição fetal através da aferição da frequência cardíaca fetal (Nomura et al, 2002). Uma discussão extensa sobre este exame se encontra mais a diante neste texto.

⁹ Este achado é proveniente de exemplos do trabalho de campo da dissertação de mestrado, que não foram propriamente considerados e analisados naquela ocasião e que serão abordados nesta tese.

Além disso, estas análises conferem que as relações entre estes dois grupos bem definidos se estabelecem a partir de uma interação disciplinadora e hierarquizada que valoriza a principal regra do campo obstétrico de maneira sistemática através da tecnologia. Observei, no campo estudado, que esta norma parece compartilhada, porém de forma distinta, por todos os agentes do campo; sendo estabelecida pelo seu uso neste espaço social.

Este uso se refere exatamente à linguagem prática que possibilita ver a relação de obediência entre o “saber autorizador” e o simbolismo dominante contextual, sendo que a autoridade desta relação não parece se restringir aos grupos de obstetras e gestantes, embora seja materializada nas experiências de mediação tecnológicas, circunscritas na maioria das vezes a obstetras e gestantes.

Desta maneira, as análises sobre o campo obstétrico que propõem o “saber autorizador” para o entendimento da dinâmica dos seus agentes, mas que delimitam os grupos de obstetras e gestantes a partir das fronteiras respectivas de “saber” e “experiência” não parecem ajudar a esclarecer que a relação de autoridade ou obediência que se verifica entre o “saber autorizador” e o simbolismo dominante contextual se materializa na experiência de mediação tecnológica, ou seja, na linguagem prática deste campo.

“Prática, neste caso, incluindo tudo aquilo que recai na noção clássica de Marcel Mauss de técnicas corporais, onde o corpo é ao mesmo tempo ferramenta, agente e objeto” (CSORDAS, 1994, p. 5), ou seja, onde há o borramento das fronteiras entre saber e experiência. Estes três atributos corporais entremeados na ação vão mostrar como a realidade social local se inscreve no corpo ao mesmo tempo em que faz deste, o mediador de um processo de produção simbólica.

No entanto, quando se resgata a noção do campo obstétrico institucional como uma zona fronteira, se entende que a comunicação do simbolismo local se faz através de diferentes perspectivas, possibilitando, desta forma, a visualização do mecanismo de manutenção de determinadas fronteiras e as suas “conexões fronteiriças” (BARTH, 1998, p.6), ou seja, a natureza das fronteiras que constituem os grupos de agentes que já foram bem definidos.

A importância desta abordagem é entender que a partir do fato de que a maioria das análises sobre o campo obstétrico pesquisado utilizou os achados que são referentes às representações de cada grupo de agentes (referentes aos discursos dos obstetras e das gestantes), se obtém uma visão preconcebida dos fatores significativos da gênese, estrutura e função destes grupos. Assim, constrói-se uma abordagem de isolamento onde características muito particulares são atribuídas a cada um dos grupos. Esta abordagem de isolamento produz

uma história de mundos separados, embora cada grupo possua a sua legitimidade interna de atuação (Barth, 1998).

Portanto, acredito que esteja subentendido que as análises sobre o campo obstétrico que propõem o conceito de “saber autorizador” para o entendimento da dinâmica dos seus agentes também sugerem que podem ser transmitidas e que circulam as identidades dos grupos de obstetras e de gestantes, definidos pela sua natureza contrastiva, construídas neste campo a partir da incorporação/corporificação do que se chamou de “saber autorizador”.

Embora, como acima sugerido, as relações entre obstetras e gestantes não sejam a totalidade das relações entre os agentes do campo obstétrico no contexto institucional local, parece ser nesta relação dual de identificação (Bateson, 1958) através do feto/bebê que se observa a linguagem prática que comunica não apenas a relação entre o “saber autorizador” e o simbolismo dominante contextual, mas os elementos estruturais constitutivos da dinâmica de todos os agentes deste campo.

De interesse especial ainda no campo estudado, se faz que as experiências de mediação tecnológicas surgem a partir de um sistema tecnológico complexo (Pacey, 1983), onde elas são atuadas como elementos mediáticos e midiáticos do simbolismo dominante contextual. Esta atuação, por sua vez, parece estar na dependência da incorporação/corporificação de elementos, que articulados, garantem a obediência e consequentemente a autoridade na reprodução da dinâmica institucional.

Estes elementos articulados e comunicados pelas experiências de mediação tecnológicas parecem configurar um modelo interativo, “o jogo” (Wittgenstein, 1989) com seu *ethos* (Bateson, 1958). Este jogo, se assim entendido, demonstra modalidades de agências cujos significados e afetos são captados dentro de uma lógica de reprodução da norma, onde as práticas específicas deste campo se referem à subjugação, que por sua vez, constroem sujeitos deste imaginário social possível (Mahmood, 2005).

Considerando a afirmação acima, abordaremos o campo obstétrico atual dentro das perspectivas que consideram a inserção tecnológica a partir da dinâmica da cardiocografia.

Parte I: Abordagens teóricas sobre o Campo Obstétrico.

Capítulo 1 A complexidade do campo obstétrico.

“It has become fashionable today to argue that in past times women somehow had “control” over their own deliveries, and that today they have none. Hence traditional procedures are thought to have been better for women. However, women never really controlled their own births, for birth has always been subject to a web of custom and community regulations which reduce the scope of choice open to an individual mother. Today hospitals have rigid protocols about what procedures to use under what circumstances. The implicit protocols of the traditional midwives were no less rigid. When custom counts so heavily in how people organize their lives, it is ridiculous to think that traditional mothers were in control” (SHORTER¹⁰, 1997, p. 68).

A importância desta abordagem teórica, na ordem que será colocada a seguir, é de mostrar que, nas análises sobre o campo obstétrico atual ainda persiste o uso de binários especialmente no que conforma ao saber e experiência e à tradição e modernidade. Esta abordagem será vista especialmente neste primeiro capítulo. Desta maneira, aqueles que advogam o nascimento natural ou tradicional e a perspectiva agencial feminina tendem a se oporem ao nascimento medicalizado, como uma expansão dos valores masculinos e tecnocráticos codificados pela ciência. Estes (as) autores (as) não são, geralmente, persuadidos pelo clamor do aumento da sobrevivência e segurança nos hospitais e clínicas e vêm o modelo do nascimento medicalizado como usurpador do saber e poder orgânico feminino e desempoderador da integração da mente, corpo, espírito e suporte familiar femininos, presente no modelo tradicional de nascimento.

Por outro lado, aqueles que estão comprometidos com o modelo de nascimento biomédico e com as instituições modernas de cuidado com a maternidade tipicamente justificam seus projetos pelos interesses da sobrevivência materna e fetal e pela segurança da maternidade (Jolly, 2002). Concordando com Jolly (2002), a abordagem binária desta primeira parte do texto se seguirá de uma tentativa de borrar e de subverter estes binários moralizantes, tentativa que dimensionará o discurso binário na sua relação com o corpo/ incorporação/corporificação, dentro de um contexto da prática obstétrica.

¹⁰ Este autor ainda coloca que o controle das mulheres perante o parto nunca aconteceu. E a razão é que durante a década de 1930 os médicos mudaram a sua preocupação que de manter a mulher viva passou para a produção do bebê saudável. Antes dos anos trinta pouca atenção médica era dada à perinatologia – o cuidado para com o bebê antes e logo após o nascimento. Desde o século XVI até o início do século XX, os atendentes do nascimento estavam preocupados em poupar as agonias maternas dos partos prolongados e depois de 1880, poupando-as das infecções. Mas na primeira metade do século XX estes objetivos foram alcançados e os médicos começaram a intervir no processo “natural” do parto com a intenção de reduzir os danos fetais.

Para o entendimento do objeto de pesquisa da maneira como ele foi formulado, iniciaremos esta parte do texto com a abordagem que me pareceu mais esclarecedora das condições que implicam na transmissão e circulação do “saber autorizador” da maneira originalmente formulada no campo obstétrico pré-natal, só que agora, a partir das experiências de mediação tecnológicas com a cardiotocografia.

Esta abordagem parte do princípio de que o que define o campo obstétrico é o poder simbólico que se direciona para e emana do feto/bebê e de que este poder é disputado pelos agentes pertencentes ao campo obstétrico não sendo exclusivo nem limitado pelo grupo a que se atribui o “saber autorizador”. Para este entendimento vamos dispor, portanto, dos conceitos de poder simbólico e de campo, mostrando como, na nossa visão, se encena o jogo de disputas do campo obstétrico discursivo.

1.1) O poder simbólico do campo obstétrico.

A tradição neo-kantiana trata os diferentes universos simbólicos como mito, língua, arte e ciência como instrumentos de conhecimento e construção do mundo dos objetos e comunicação, exercendo um poder estruturante por serem estruturados. Este poder foi chamado por Bourdieu (1989) de poder simbólico sendo um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem de sentido imediato do mundo.

Nesta concepção os símbolos seriam os instrumentos por excelência de integração social, enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação. Eles tornam possível o consenso acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem: a integração lógica e a condição da integração moral. Os sistemas simbólicos comunicados exercem função política, veiculando ideologias ou representações de interesses particulares quando se apresentam como interesses universais comuns ao conjunto do grupo.

Bourdieu (1989) afirma que as relações de comunicação são de modo inseparável, sempre, relações de poder que dependem na forma e no conteúdo do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes ou pelas instituições e envolvidos nessas relações e que permitem acumular poder simbólico. É como instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento que os sistemas simbólicos cumprem a função política de instrumentos de legitimação, fazendo do campo de produção simbólica um microcosmo de disputa simbólica entre subgrupos.

Segundo o autor, os sistemas simbólicos distinguem-se fundamentalmente conforme sejam produzidos e ao mesmo tempo apropriados pelo conjunto do grupo, ou ao contrário, quando produzidos por um corpo de especialistas e mais precisamente por um campo de produção e circulação que se entende relativamente autônomo; mas que não se separa da história da incorporação da ideologia, do conhecimento sistemático dos especialistas, da evolução da divisão de trabalho, da dimensão da divisão do trabalho social e das experiências que se possuem e que se desapossam dos instrumentos de produção simbólica (Bourdieu, 1989).

Desta forma, os sistemas simbólicos devem a sua estabilidade às relações de força que neles se exprimem e se manifestam nas relações de sentido. Este poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver, de fazer crer, de confirmar ou transformar a visão de mundo só se exerce se for reconhecido. Esta crença na legitimidade das palavras e daqueles que a pronunciam não está na competência das palavras, mas na subordinação a esta legitimidade e que garante uma verdadeira transubstanciação das relações de força, fazendo ignorar-reconhecer a violência que elas exercem objetivamente e as transformando assim em poder simbólico.

Foucault (1976) admite que este poder seria o nexos crucial para a constituição dos jogos de verdade, pelo remanejamento que faz do registro da linguagem pelas relações de força que perpassam o espaço social. Estes jogos de verdade seriam o que chamamos de saber, os modos de produção de seus enunciados e as regras de produção de sua legitimidade. Estes jogos de verdade ou de linguagem implicam a presença de uma regra, estabelecida pelo uso, arbitrária no sentido de compartilhada pelos possíveis jogadores, naquilo que ao mesmo tempo autoriza e proíbe (Birman, 2002).

.Para o estabelecimento destes jogos de verdade seria necessária a produção de certezas e crenças que se fundariam na ação de dispositivos de poder pelos quais a verdade se legitimaria e se inscreveria nos corpos dos indivíduos (Foucault, 1974).

Assim, o que estaria em jogo seria uma circularidade entre saber e poder, mas na forma de espiral, onde as relações mútuas entre saber e poder criam um cenário onde os oponentes se situam em desequilíbrio permanente e em posições espacialmente diferentes e mutáveis (Birman, 2002).

Foucault (1987) denominou este poder de poder disciplinar, que se exerce através dos saberes e que desloca a problemática do poder para uma periferia, ou seja, para o campo de relações sociais tecido pelas diferentes forças vetoriais que estabelecem relações de dominação e assujeitamento. Para Birman (2000) este poder seria o sustentáculo da produção

e reprodução de regras ou normas, com a finalidade de dominação e assujeitamento e criando um saber particular situado no registro individual ou coletivo.

De particular interesse sobre o conceito de poder simbólico para esta proposta de pesquisa é o entendimento do feto/bebê como o símbolo dominante do campo obstétrico e de que existe uma disputa de poder dos agentes do campo em torno desse feto/bebê, disputa que configura o saber sobre o bebê como um elemento fundamental para a conquista desse poder, produzindo, portanto, relações de assujeitamento impostas por esse jogo em diferentes graus, na dependência do tipo de inserção que cada agente tem neste campo.

1.2) **O conceito de campo segundo Bourdieu.**

O conceito de campo se refere a um campo de forças dotado de uma estrutura e também de um espaço de conflitos pela manutenção ou transformação desse campo. É na relação entre diferentes agentes (concebidos como fonte do campo) que se engendra o campo e as relações de força que o caracterizam (Bourdieu, 2004).

Bourdieu (2004) está falando especificamente sobre o campo científico, onde a força de um agente depende dos seus diferentes trunfos, fatores diferenciais de sucesso que podem garantir-lhe uma vantagem em relação aos rivais, ou seja, mais exatamente depende do volume e estrutura do capital de diferentes espécies que possui.

O autor ainda confere que a estrutura de distribuição do capital determina a estrutura do campo e as relações de força entre os agentes. A posse de uma quantidade importante de capital confere poder sobre o campo, portanto sobre os agentes comparativamente menos dotados de capital, além de comandar a distribuição das hipóteses de lucro.

Bourdieu (2004) aponta que a estrutura do campo, então definida como desigual, faz-se sentir não por interação direta, mas regulando as possibilidades que lhes são abertas, conforme os agentes estejam piores ou melhores situados no campo. O dominante é aquele que ocupa na estrutura, uma posição tal, que a estrutura age em seu favor.

Estes princípios muito gerais, que valem para outros campos, permitem, segundo Bourdieu (2004), compreender os fenômenos de comunicação e circulação do campo e que não podem ser inteiramente explicados por uma interpretação puramente semiológica.

Bourdieu (2004) utiliza o conceito de campo para questionar o que está em jogo em determinado campo e quais os instrumentos ou as armas que se deve ter para jogar com hipótese de ganhar. Se as estratégias e hipóteses de sucesso dependem da posição ocupada na

estrutura, podemos perguntar como são possíveis transformações do campo, uma vez que as forças do campo tendem a consolidar as posições dominantes.

O autor propõe que as mudanças no interior do campo são geralmente determinadas por redefinição das fronteiras entre campos ligados à irrupção de recém-chegados, providos de novos recursos, o que explica que as fronteiras do campo sejam quase sempre questões de conflito no seio do campo.

Desta forma, Bourdieu (2004) propõe que a importância de trazer à luz a estrutura do campo como estrutura objetiva da distribuição das propriedades ligadas aos indivíduos ou às instituições, é se ter um instrumento de previsão dos comportamentos prováveis dos agentes que ocupam diferentes posições nesta distribuição.

Mas para isso deve-se compreender que entre o espaço das posições e o espaço das tomadas de decisões não há uma relação de reflexo mecânico: o espaço das posições só atua de algum modo sobre as tomadas de posição por intermédio do *habitus* dos agentes que apreendem no espaço e a percepção que os outros agentes envolvidos neste espaço têm do todo ou de parte do espaço. Bourdieu (2004) constrói assim a análise das disposições como formas de mediação entre o campo e o *habitus*, ou melhor, a forma dos possíveis do próprio campo.

A consideração sobre o conceito de campo nos parece pertinente como uma possibilidade de expandir o enfoque, que será visto a partir de agora, que delimita a dicotomia dos discursos sobre obstetras e gestantes para além de suas fronteiras, sinalizando exatamente para a entrada dos novos agentes no campo e para os instrumentos que são utilizados na tentativa de jogar o jogo e permanecer no campo.

Além disso, as considerações práticas que o campo obstétrico coloca, permitem que se refira à profissão obstétrica, pelo menos parcialmente, como um ofício, composto por uma série de rotinas, a maioria delas manuais e que exigem destreza e envolvem instrumentos delicados.

Embora a atividade obstétrica possa da perspectiva de sua prática, se assemelhar à atividade artística, ela caminha para o encontro da atividade científica quando consideramos a importância do “saber informacional” que é dominado no estado prático, graças principalmente à sua sistematização e por outro lado, pelo papel dos instrumentos que são o saber informacional sistematizado feito coisa.

Para Bourdieu (1989) este modo de pensamento é fundamentalmente transmitido de prática a prática, firmados num contato direto e duradouro entre aquele que ensina e aquele

que aprende, resultando em um sistema de evidências que é geralmente validado e garantido pela tradição pedagógica em que a prática se situa.

A adesão rígida a um ou outro método, definirá a filiação numa escola, o monismo metodológico que mobiliza todas as técnicas pertinentes ao objeto construído e que dadas às condições de prática de recolha dos dados resultantes, serão praticamente utilizados. Assim, constrói-se uma dinâmica de pensar e agir relacionalmente, construindo uma realidade prática contextual fundamentalmente relacional.

Os agentes por sua vez, na disputa pelos espaços de legitimidade, dispõem de forças que dependem dos seus pertencimentos a campos objetivamente hierarquizados e da suas posições nos campos respectivos, incorporando diferentes experiências que, para o autor, define-se pela noção de *habitus* (BOURDIEU, 1989, p. 61), sendo um conhecimento adquirido e também um capital.

Indica a disposição incorporada, quase postural de um agente em ação e uma relação de “cumplicidade ontológica com o mundo... o funcionamento sistemático do corpo socializado” (BOURDIEU, 1989, p. 62)

Assim, quando as coisas e os cérebros ou as consciências são concordantes, ou seja, quando o olhar é produto do campo a que ele se refere, este, com todos os produtos que propõe, aparece de imediato dotado de sentido e de valor.

De fato, estas experiências serem imediatamente dotadas de sentido e de valor é um efeito da concordância entre as duas faces da mesma instituição histórica, o *habitus* e o campo, que se fundam mutuamente e em relação ao objeto produzido por eles, objeto simbólico porque dotado de sentido e de valor.

Este objeto só existe enquanto tal quando apreendido por espectadores dotados de atitude e de competências específicas, tacitamente exigidas, e que constituem o objeto como tal a partir da longa convivência com as relações do campo produtoras do objeto. Bourdieu (1989) afirma que este círculo institucional acontece como um jogo de atitudes e interesses, que cria fenômenos novos que sem eles não poderia funcionar, por meio da concorrência que opõem todos os agentes investidos no jogo, reproduzindo incessantemente o interesse pelo jogo e a crença no valor daquilo que está em jogo.

Assim, na medida em que o campo vai se constituindo como tal, o sujeito que pratica o seu valor e seu sentido não é produto do seu objeto na sua materialidade, mas sim do conjunto dos agentes organizados em campo.

Eles têm interesses no objeto e na disciplina, vivem para a disciplina em diferentes graus e se opõem em disputas onde está em jogo a imposição de uma visão de mundo e

também do mundo da materialidade. Esta colabora para as disputas na produção do valor desta materialidade e do agente que a produz.

A partir daí, destaca-se que, indivíduos que ocupam posições opostas no espaço social podem dar sentidos e valores totalmente diferentes aos objetos, na dependência dos pontos de vista individuais, situados social e historicamente nas relações sociais que constituem a verdade do jogo.

Mais que jogo seria este?

1.3) A dicotomia saber/experiência.

Partindo desta questão do que seria este jogo, a tentativa de elucidação parece recair no que Glendinning (1998) chamou de “ameaça do ceticismo” (Glendinning, 1998, p. 8) que se desenvolve quando, no encontro com outros, e da perspectiva do conhecimento ou saber, não se pode elucidar a experiência do outro, já que não há possibilidade de nenhuma evidência para isto. Ou seja, na concepção cética, ter a remota idéia de um estado interno que não é o próprio, é impossível; ter um guia confiável de saber sobre a experiência de outro é uma afirmação não provada.

Tudo que se pode julgar ser a evidência da presença de outro pode derivar apenas do comportamento de uma entidade que simula esta evidência. Assim, o autor coloca que, dentro da perspectiva do ceticismo, não se pode, portanto, conceber uma experiência que não seja essencialmente uma experiência própria, qualquer julgamento sobre os outros será feita “entre aspas”, ou seja, uma suposição sem evidência e que não pode ser justificada.

Glendinning (1998) considera ainda que a ameaça do ceticismo não é uma ameaça individual onde alguém pode saber sobre a experiência, mas uma ameaça que vem do outro, uma ameaça coletiva; pois ela é concretizada apenas quando alguém pergunta: Como você sabe?

Assim, dentro do argumento acima, a ausência de justificativa é o alimento do ceticismo que divide dois espaços de possibilidades: um onde o erro é uma característica básica do uso ordinário de “eu sei” no sentido de “eu pensei que sabia” (Glendinning, 1998, p. 30) e outro, para além do ordinário, uma perspectiva que o autor julga idealizada, que está inserida no contexto, mas que, ao mesmo tempo, estando de fora, aprecia a necessidade de uma justificativa para se saber sobre a experiência. Este uso idealizado do conceito de “saber” parece configurar a união da informação com a elucidação, um entendimento que pertence à função de transmitir pensamentos e suscitar julgamentos. Sendo este o uso idealizado do

saber, o uso ordinário ser necessariamente questionado como um “saber”, já que ele não informa nem elucida para além de uma vivência privada.

Na concepção wittgensteiniana, este seria o caráter paradoxal da vivência privada (Stern, 2004), pois para que seja comunicada, ela deve ser expressa de alguma forma; esta expressão se refere a algum tipo de critério de identidade, que torne esta experiência, pública, ao mesmo tempo em que confira o seu caráter de auto-intitulação.

Wittgenstein (1989) chamou esta combinação do caráter público da expressão da experiência com a auto-intitulação, de representação; valorizando a sua capacidade relacional ao mesmo tempo em que define a possibilidade do estabelecimento de uma fronteira para a experiência.

Além disso, para o autor, é esta passagem mediada da vivência privada ou experiência para a representação, que proporciona o seu entendimento como um “saber”¹¹. Este deve ser comunicado a partir da representação, na tentativa de mostrar que a experiência pode ser compreendida.

No entanto, a possibilidade do aparecimento de diferentes representações a partir da experiência, mesmo com algum caráter já instituído como informacional, não necessariamente elucida sobre a experiência. Desta maneira, dentro da ameaça do ceticismo, se estabelece uma diferenciação de “espécie” entre o “saber informacional” e o “saber experiencial”, sendo que não se pode saber sobre a experiência, mas talvez senti-la e (não) tê-la.

Portanto, a experiência adquire um caráter emocional, ela mobiliza, ela define algo. Ela parece desejar a autoridade do ser, mas isto é entendido como uma crença. Enquanto isto, o “saber informacional” demanda o estabelecimento de critérios, de limites, de fronteiras.

Csordas (1994) analisa este problema como a dominância da semiótica sobre a fenomenologia, onde, dentro desta perspectiva, nós não poderíamos realmente estudar a experiência, porque ela seria sempre mediada pela linguagem ou discurso, isto é, pela representação. Assim, deste ponto de vista, a linguagem garantiria acesso ao mundo da experiência a partir do momento em que esta experiência fosse trazida para a linguagem.

Retornando para a possibilidade do “saber experiencial”, Wittgenstein (1989) aponta para o caráter impalpável da consciência e da experiência. Seus exemplos parecem sugerir que ela deve ser mediada. Transforma-se em representação, um tipo de informação a ser compreendida como um saber. Seriam pelo menos três tipos de mediações: a primeira, quando

¹¹ Para Wittgenstein (1989) a gramática do “saber” está estreitamente aparentada com a de “poder”, “ser capaz de” e “compreender”, sendo todos estes conceitos relacionados ao que seria o domínio de uma técnica.

se concebe a representação como informação; a segunda, quando ela é comunicada pela linguagem no contexto local e a terceira, quando é compreendida como um saber.

Mas, pela filosofia do autor, de entender este jogo de linguagem de maneira imagética, se conceberia que estas mediações acontecem como “um golpe”, “critério para que isto me seja evidente” (Wittgenstein, 1989, 238). Este critério, por sua vez, não se refere ao entendimento da representação da experiência, mas de “ver” como ela é usada no contexto local.

E aqui se estabelece o principal argumento de Wittgenstein (1989) em relação ao caráter da vivência privada ou experiência, pois, para o autor, os critérios de utilização da representação estão contidos na ação, “no jogo”, sendo ele quem “autoriza” a representação como tal e as suas passagens, as mediações feitas para que ela seja compreendida ou não; e se estabeleça ou não como um “saber”.

De acordo com Turner & Stets (2005) a autoridade, dentro de um grupo, seria o direito de prescrever uma tarefa e esperar o seu cumprimento. Para isto, a autoridade requer a legitimidade, que, por sua vez, é conceituada como um processo coletivo onde existem normas e regras que o grupo acredita que devam ser obedecidas. Quando estas regras e normas são desejáveis e apropriadas pelos agentes envolvidos diz-se que elas possuem propriedade ou adequação (cânones sociais), enquanto que, quando são apenas obedecidas, apesar de não serem desejadas e apropriadas, diz-se que têm validade.

Assim, estes autores afirmam que a autoridade pode ser legitimada por duas vias: a autorização e o endosso. Autorização envolve o suporte e a aprovação de pessoas que ocupam posições superiores em relação à pessoa ou à ação central, enquanto que o endosso envolveria o suporte e aprovação de pessoas que ocupam a mesma posição ou posição inferior à pessoa ou à ação em foco.

Os autores enfatizam ainda, que o suporte tanto no sentido da autorização ou do endosso é um mecanismo poderoso de cumprimento das regras e normas. Membros de um grupo cumprem o que é acordado, mesmo que individualmente não dêem suporte para a figura de autoridade, geralmente devido ao medo de sanções negativas de superiores ou de seus pares.

A importância da abordagem wittgensteiniana de “jogo” para esta proposta de pesquisa, é supor, que é este “jogo” de atuações e representações de diferentes agentes, nas suas diferentes vozes, que “autoriza” - o que e quem - será entendido e comunicado como um “saber”.

Se a operação coletiva do grupo na autorização do saber já foi estabelecida no próprio conceito de “saber autorizador”, fica a cabo desta proposta de pesquisa analisar que, de dentro do coletivo, é o outro que questiona: Como você sabe? Assim, será necessário prestar atenção nos detalhes deste contexto coletivo, ou melhor, “nas circunstâncias particulares” (Eldridge, 1997, p. 224), nas maneiras que possibilitam a transmissão e circulação do “saber autorizador” no que se refere aos diferentes agentes e vozes deste contexto.

Neste momento, no entanto, voltamos às fronteiras do “saber informacional” e do “saber experiencial” num entendimento de que estes saberes são apropriados e/ou incorporados nas práticas dos contextos locais, inclusive sendo observados nos textos acadêmicos sobre o campo obstétrico onde a filiação ao saber científico e a filiação a um certo entendimento de experiência da gestação vão se colocar em disputa, ampliando, portanto, no contexto empírico, as premissas do próprio jogo do campo obstétrico discursivo.

Esta disputa entre saber e experiência passa, a nosso ver, a ser muito relevante, na medida em que incide largamente na literatura que intenciona esclarecer sobre a dinâmica do campo obstétrico, particularmente o campo obstétrico contemporâneo, de inclusão tecnológica. Além disso, observaremos a seguir que a vinculação a um destes princípios: saber ou experiência serve de arcabouço para a construção das principais identidades de grupo identificadas dentro do campo obstétrico, quais sejam as identidades de obstetras e de gestantes.

Capítulo 2. O Campo Discursivo da Obstetrícia.

A escolha da abordagem teórica a seguir tem a intenção crítica de mostrar como o campo obstétrico, entendido a partir do referencial de “saber autorizador” e de quem detém o saber dito autorizador, vai forçar uma certa delimitação de fronteiras entre aqueles que supostamente estão afiliados ao saber científico e a tecnologia daqueles que estão afiliados à experiência da gestação.

A nosso ver, quando estas delimitações são supervalorizadas e colocadas em contraste, corremos o risco de deixar de observar o elemento de ligação entre estas identidades afiliadas, ou seja, o feto/bebê, visualizado através da experiência de mediação tecnológica.

Confirmando esta afirmação pelos aspectos discursivos e empíricos disponíveis no campo obstétrico, podemos entender a tecnologia como elemento de disputa de poder ao mesmo tempo em que configura um instrumento de produção simbólica.

Dentro do contexto discursivo de disputas pelo “saber autorizador” apresentamos uma abordagem das análises do campo obstétrico de inclusão tecnológica a partir de perspectivas feministas seguido de uma abordagem da tecnologia da cardiocografia pela perspectiva disciplinar obstétrica.

Acreditamos que a primeira parte pode ser entendida como um ponto de vista feminista, não sendo propriamente uma metodologia ou uma epistemologia, mas uma abordagem que se origina de experiências femininas, feita geralmente por mulheres pesquisadoras engajadas em uma luta política (Harding, 1987). Para esta autora, o ponto de vista não é uma aclamação, mas uma conquista obtida por pessoas engajadas na luta intelectual e política.

A importância desta abordagem se caracteriza pelo que a autora chama de falta de reconhecimento da autoridade feminina em termos do conhecimento, o que legitima o lugar de uma ciência social feminista. Esta se concretiza principalmente por abordagens empíricas, que têm a intenção de refletir o mundo a nossa volta de forma menos distorcida e incompleta do que a ciência social tradicional; e isto inclui as perspectivas das mulheres pesquisadoras e que teoricamente estariam representando de maneira problematizada as perspectivas das mulheres atuantes no campo obstétrico como pacientes.

2.1) A abordagem antropológica da obstetrícia: campo obstétrico –hegemonia médica.

O nascimento no ocidente (na maioria dos lugares) é um evento controlado pela profissão médica, ou ao menos, normativamente, se julga que deva sê-lo. Uma significativa parcela da literatura das ciências sociais já documentou vários aspectos deste fenômeno: o crescimento da autoridade dos obstetras sobre o nascimento (Leavitt, 1986), o treinamento dos obstetras como cirurgiões e a dependência de tecnologias médicas sofisticadas para a distinção da gestação de progressão normal, trabalho de parto e parto, das possíveis variações patológicas (Lazarus, 1994). A autora argumenta que apesar da existência de múltiplos entendimentos sobre o nascimento em uma cultura ocidental pluralista, o monopólio da autoridade profissional sobre os recursos direcionados ao nascimento, define e garante sentido oficial tanto à dimensão biológica quanto ao contexto social do nascimento.

Lazarus (1994) ainda afirma que, embora o nascimento natural esteja em moda, ele passou a ser, a partir da incorporação tecnológica na prática obstétrica, um casamento entre biologia e tecnologia. Este modelo dita que o nascimento deve ser administrado a partir de tecnologia avançada, como a monitoração eletrônica fetal (cardiotocografia) e a ultrasonografia.

Além disso, o receio de muitos médicos em relação aos processos legais referentes à prática obstétrica, promove a utilização em grande escala, do maior número de tecnologias disponíveis para assegurar o controle sobre a vitalidade fetal. Esta concepção, associada à aceitação e desejo, por parte das gestantes, pelo uso de tecnologias no mesmo sentido, promoveu a construção de um consenso¹² tecnológico na promoção do nascimento perfeito (Lazarus, 1994).

Este consenso parece, no entanto, ter sido criado a partir de mitos direcionados tanto aos médicos quanto às gestantes. De acordo com o chefe de um departamento de obstetrícia e ginecologia de um hospital americano onde Lazarus (1994) fez entrevistas para sua pesquisa, estes mitos se resumiriam em:

1) os médicos agem como se a tecnologia desenvolvida pudesse prever e resolver todos os problemas. Isto gera uma confiança falsa, além de proporcionar um esquecimento quanto ao

¹² Fiedler (1996) demonstra que este consenso tem influência da concepção da gestação e parto serem considerados fisiológicos e conseqüentemente com pouca necessidade de intervenção médica ou “naturalmente” patológicos requerendo hospitalização e auxílio de especialistas e tecnologia avançada. Esta autora fez trabalho de campo no Japão, onde encontrou uma expectativa da gestação e do parto considerada fisiológica apesar da possibilidade de intercorrências que precisam ser monitoradas. Esta expectativa, no entendimento da autora, gera uma menor necessidade de intervenção médica e especialmente de tecnologias de controle sobre a condição fetal.

objetivo de instrumentos que possibilitam a monitoração eletrônica fetal (ex: cardiotocografia) – instrumentos que devem auxiliar a tomada de decisão por médicos e não máquinas que decidem e/ou substituem o julgamento médico;

2) do lado da paciente, houve o desenvolvimento de uma expectativa do nascimento perfeito. Assim, um nascimento com problemas é visto como a culpa de alguém. Não se têm mais a expectativa de que algumas coisas estão além do controle médico.

O entrevistado afirma que parte deste contexto foi proporcionado pelos próprios médicos, que fizeram esta propaganda de “suas”¹³ tecnologias e dos sucessos associados a ela. Ainda para o entrevistado, em qualquer escala, quando se utiliza a tecnologia obstétrica, se define uma situação de maior intervenção, especialmente em relação ao número de cesarianas, pois se acredita que este procedimento garante a certeza de um bom final.

Desta forma, fazer tudo o que é possível, significa muitas vezes a indicação de uma cesariana para salvar o bebê. Os mitos tecnológicos associados à prática obstétrica demonstram que há uma confusão dos fatos médicos com a ideologia médica criada pela profissão médica (Lazarus, 1994).

2.1.1) A Tecnologia na Obstetrícia.

“Increasingly, the public image of the fetus shapes the emotional and the bodily perception of the pregnant woman. In response, a number of women are now asking themselves how they can protect their own experience of pregnancy from the intrusion of their public fetuses”
(DUDEN, 1993, p. 52)

Desde a década de sessenta, algumas tecnologias têm sido sistematicamente incorporadas na prática obstétrica. Uma das mais frequentemente utilizadas e estudadas é o ultra-som obstétrico, parte das tecnologias visualizadoras e de grande impacto para a medicina como um todo e a obstetrícia em particular.

Anteriormente à introdução tecnológica de forma rotineira, as mulheres e seus fetos já eram representados através de discursos atravessados pelo poder, mas os fetos individualmente faziam seus aparecimentos durante a gravidez de maneira gradual e decorrente do próprio desenvolvimento da gestação. Esta apresentação fetal estava sempre vinculada aos sinais da gestação: seja por explicações miraculosas, mundanas ou científicas,

¹³ Cabe aqui ressaltar que apesar das tecnologias que são utilizadas na prática obstétrica serem reconhecidas, neste caso, como pertencentes à disciplina obstétrica, elas são em sua maioria, derivadas de conhecimento e instrumental externo a ao conhecimento obstétrico propriamente dito, ou seja, quando o obstetra se torna um leigo parcial dentro do seu campo de expertise.

porém sempre veiculadas através da codificação da experiência materna (Rapp, 1997). Para Davis-Floyd (1992), esta incorporação tecnológica permitiu uma ruptura epistemológica nos cuidados com a gestação, onde antigas explicações e práticas, assim como saberes locais sobre o corpo grávido foram deslocados pelos discursos tecnológicos.

Estas tecnologias, consideradas por alguns autores (Jordan, 1993; Georges, 1996; Rapp, 1997) como tecnologias reprodutivas, ajudam a organizar diagnósticos e medidas assim como geram sentido e poder. Este poder é considerado por Georges (1996) um tipo de “saber autorizador”¹⁴ ou seja, que se configura como legítimo e conseqüente, sendo continuamente reforçado e reproduzido através de relações sociais hierárquicas que acontecem nos encontros clínicos, legitimando e descartando diferentes tipos de conhecimentos.

Jordan ¹⁵(1997) aponta que vários modos de saber podem existir em determinados contextos, mas alguns vão ter peso e outros não. Assim, alguns indivíduos aparecem como possuindo um saber autorizador (aquele que conta), aceito como legítimo e, portanto, aquele que serve para a ação no campo. A análise de Jordan enfatiza a importância do controle dos procedimentos técnicos necessários para administrar a gestação e o parto, definindo quem deve ser visto como legítimo para a tomada de decisão correspondente a estas situações.

Seguindo o seu argumento, o “saber autorizador” não significa o saber particular de pessoas que possuem status no contexto descrito, mas de como determinadas práticas se tornam legítimas e reproduzidas dentro de uma comunidade em situações específicas como a gestação e o parto. Para Jordan (1997) o saber autorizador é conferido àqueles que controlam os instrumentos necessários para desempenhar esta tarefa.

Fiedler (1996), estudando o campo obstétrico, argumenta que ser dono dos instrumentos necessários para a realização da assistência à gestação define e comunica, ao mesmo tempo, quem deve ser visto como possuindo o “saber autorizador” e conseqüentemente legítimo em relação ao poder de decisão.

¹⁴ Hahn (1987) já descreve a idéia de um saber autorizador muito anterior à introdução das tecnologias obstétricas mais contemporâneas, sendo este saber autorizador através da origem científica da disciplina obstétrica, da inserção dos médicos em um processo de iniciação rotineiro deste saber através de exemplos que valorizam a transmissão e circulação de experiências objetivas em detrimento daquelas que se expressam através de emoção. Assim, este sistema de saber autorizador aparece natural, razoável e compartilhado, fazendo com que pessoas possam ativamente se engajar na produção e reprodução do saber autorizador e continuamente reforçando a sua validade (Jordan, 1997).

¹⁵ É importante observar que Jordan (1997) concebe este conceito de saber autorizador a partir do trabalho de campo em locais com grande emprego de tecnologia pré-natal e durante o nascimento. Nestes lugares, a autora confere que saberes competidores, seja das próprias gestantes ou de outros participantes, eram considerados irrelevantes. Assim, o saber autorizador proveniente das tecnologias se estabelece como aquele que conta como determinante da decisão a cerca da gestação e de seu término.

O rótulo de “autorizador” foi formulado para chamar a atenção do status de um corpo de conhecimento dentro de um grupo social particular e do trabalho que este desempenha em manter a definição grupal da sua moralidade e racionalidade (Jordan, 1997).

Jordan (1997) exemplifica que as tecnologias, como a ultra-sonografia, cumprem com um importante papel na *performance* e disposição deste saber autorizado, na medida dos seus valores simbólicos e práticos, suas associações com o trabalho de *experts* e sua expressão de poder e outras relações significativas entre pessoas engajadas na prática obstétrica. Elas também incorporam e ajudam a construir determinado tipo de ordem social, cognitiva e expressiva dentro desta comunidade.

Para a autora, o ponto específico da ultra-sonografia no contexto obstétrico, seria o seu posicionamento único, na interseção entre a tecnologia popular (televisão) e a científica¹⁶, aonde o visual codifica as convenções de representação do que é real e tem o potencial de produzir novas experiências cognitivas e corporais sobre a gestação. Embora haja uma heterogeneidade deste processo de incorporação tecnológica, mesmo nos contextos locais, em geral se observa que o modelo tecnológico do nascimento é o mais frequentemente encontrado; as gestações sendo monitoradas por exames rotineiros, incluindo o ultra-som.

Este exame é utilizado por uma variedade de razões como a confirmação da gestação, o acompanhamento do crescimento fetal, o estabelecimento de datas prováveis dos partos, a certificação da apresentação fetal e surpreendentemente mais frequentemente como uma demanda da gestante para ver o bebê. Jordan (1997) confirma que esta demanda aparece a partir do momento que a mulher tem contato com as tecnologias de diagnóstico pré-natal, quando considerações gerais sobre a gestação são deslocadas para uma preocupação específica com a saúde do feto. Ou seja, medos genéricos passam a ser cristalizados em torno do desejo de ter um bebê saudável.

A demanda¹⁷ ainda é enfatizada a partir de expressões de angústia e ansiedade que precedem geralmente a realização do exame e que se acalmam após o procedimento, quando o médico pode melhor assegurar à mulher que o seu bebê está bem. Ou seja, se articulam o desejo e a “necessidade” de controle sobre a condição fetal a partir das tecnologias diagnósticas pré-natais.

¹⁶ Segundo Ortega (2008), as técnicas de visualização no século XX produzem um fascínio inusitado sobre a psique coletiva, ultrapassando rapidamente a esfera biomédica de origem, produzindo imagens do interior do corpo que transitam entre o conhecimento especializado e a fantasia popular, entre a pesquisa científica e os processos de divulgação, que incluem a arte e a cultura popular.

¹⁷ Para Camargo Jr (2005), a demanda é resultado de um processo de negociação, mediado por diferentes atores envolvidos no processo de construção desta demanda, que implica fundamentalmente a agência humana.

Assim a gestante depende desta experiência médica de mediação tecnológica para estabelecer um contato “mais real” com o seu feto. Para a maioria das mulheres, “se sente melhor quando se vê” (GEORGES, 1996, p. 164) e esta experiência da gestante, articulada à experiência médica de mediação tecnológica, atinge uma primazia em relação à experiência corporal¹⁸ desprovida, que passa a ser, na comparação, entendida como secundária. Esta afirmação parece estar em sintonia com a frase de Latour (2000):

“Veja por si mesma” [...] Está convencida agora? [...] Diante da própria coisa [...] O discordante agora tem que escolher entre aceitar o fato ou duvidar de sua própria sanidade; a última alternativa é muito mais dolorosa” (LATOURE, 2000, p. 117).

Este achado vai em direção às análises de Davis-Floyd (1992) em relação à aceitação e incorporação, tanto pelas mulheres quanto por médicos, do que a autora chamou de modelo tecnocrático¹⁹. Embora tenha concluído que este modelo é desempoderador²⁰ para as mulheres, por outro lado parece ter sido a incorporação tecnológica a garantir uma expansão para além do que tradicionalmente se considera a ordem natural feminina, ou seja, que as permitiu vê-las como agentes para além de “escravas” de sua própria biologia. A tecnologia (desde as mais simples como a mamadeira) incorporada crescentemente na rotina das mulheres permitiu a elas uma participação mais ampla na sociedade e esta tendência não parece estar em declínio.

Esta mesma observação foi analisada por Parker & Parker (1979) definindo que pela primeira vez na história da humanidade, os desenvolvimentos tecnológicos possibilitaram à mulher o controle sobre a sua paridade e do tempo de ter filhos. Diferentes fontes de energia e poder mecânico têm substituído as ditas dificuldades biológicas femininas, fazendo com que as mulheres possam ocupar atividades tradicionalmente entendidas como masculinas e não mais estarem definidas e confinadas à esfera reprodutiva e doméstica.

Ainda em relação à análise do modelo tecnocrático definido por Davis-Floyd (1992) cabe ressaltar que a participação das mulheres (gestantes) no sistema tecnológico atrelado e constitutivo do processo de nascimento moderno não implica necessariamente em voz ativa na decisão sobre a intervenção obstétrica de modo geral. Como analisam Sargent & Bascope (1996), embora o “saber autorizador” seja produzido de forma interativa, em algumas situações não prevalece a negociação dentro do regime tecnológico, mas a pré-suposição que

¹⁸ A experiência corporal desprovida e secundária é de ambos: obstetras e gestantes.

¹⁹ Este modelo denotaria uma visão de mundo compartilhada de intervencionismo cultural e controle sobre a natureza.

²⁰ Gaskin (1996) questiona se o prazer experienciado pelas gestantes, obstetras e a indústria da ultra-sonografia é merecedor do conhecimento e das habilidades manuais perdidas como consequência da utilização das tecnologias.

confere a distribuição assimétrica do “saber autorizador”. Assim, a gestante parece se constituir em um agente do campo obstétrico a partir do momento em que atua neste contexto coletivo, embora não seja, necessariamente em todos os momentos, considerada como sujeito das ações deste campo.

Estes casos acontecem quando as mulheres, como pacientes, interagem com os profissionais de saúde, mas de maneira minimamente participativa, fazendo com que uma forma de interação negativa construa este saber autorizador porque reproduz a grande lacuna entre os sustentadores do saber autorizador e sobre as quais ele se sustenta (Sargente & Bascope, 1996).

Esta parece ser uma questão central no discurso feminista aqui apresentado, pois vem sendo esclarecido que as mulheres conformam um elemento (constituído por elementos diferentes entre si) agencial neste sistema tecnológico inclusivo, mas parece que ainda permanecem excluídas dos processos de decisão, especialmente no que se refere à consideração da “experiência”²¹ da gestação e do parto para a tomada de decisão sobre este mesmo processo.

O entendimento desta “experiência” como episódica, particular e de conotação emocional elevada parece em desacordo (talvez incomensurável) com a experiência obstétrica de corpo ampliado a partir das tecnologias que são utilizadas para investigar e decidir sobre rotinas do dia-a-dia das instituições adaptadas ao cuidado materno-fetal.

Retornando à experiência médica a partir do uso de tecnologias, o ultra-som se tornou o estetoscópio dos obstetras, embora o treinamento que confere a habilidade de realizar este exame seja também bastante heterogêneo. Georges (1996) nota que para os médicos mais jovens o ultra-som é indispensável e os qualifica como praticantes da moderna obstetrícia que deve, por sua vez, o seu progresso recente às possibilidades garantidas pelas tecnologias como o ultra-som. Já para alguns médicos mais velhos²², o ultra-som pode conferir um sentido falso de precisão em relação à gestação e “afastar o médico do paciente” (GEORGES, 1996, p. 166).

²¹ Giddens (1991) chama este processo de seqüestro da experiência, fenômeno da modernidade tardia, segundo o autor. No entanto atenta para o aparecimento de diferentes mediações destas experiências, geralmente pelo contato com experts de maneira pessoal ou pela sua literatura e pela combinação destas com a utilização tecnológica; paradoxalmente seqüestrando uma experiência original, que se modifica e muitas vezes se enriquece pela sua transformação.

²² Crespo (1990) aponta que esta crítica dos médicos mais jovens em relação aos mais antigos não é nova e já se evidenciava na sua análise histórica do corpo, incluindo a medicina dos séculos XVIII e XIX. Segundo este autor os médicos antigos sempre foram criticados pelas suas indiferenças perante os avanços científicos e preferência pelas suas atividades rotineiras. Os médicos antigos mostravam-se desconfiados perante as inovações científicas acreditando mais nas suas experiências do que nas promessas dos novos conhecimentos. Por outro lado, os médicos mais jovens encontravam nas especializações técnicas e no sincretismo das novas complexidades científicas fundamentos para a afirmação das suas atividades, enfim para a valorização do seu estatuto profissional e social. Neste contexto, afirma CRESPO (1990, p. 95) “A aspiração ao saber era a primeira qualidade que um médico deveria possuir para se distinguir”.

Esta diferença de opiniões entre as faixas etárias é, no entanto, simplificada, quando se observa certo consenso entre estes mesmos médicos em relação a constante falta de confiança que as gestantes expressam, verbalmente ou corporalmente, quando se utiliza apenas a técnica manual de exame²³. Como nas palavras de Latour (2000):

“Ele está bem em frente para a coisa na qual lhe pediam que acreditasse. Quase não há intermediário humano entre a coisa e a pessoa; o discordante está exatamente no lugar onde se diz que a coisa acontece e no preciso momento em que ela está acontecendo. Quando se atinge tal ponto parece que não há mais necessidade de confiança: a coisa impressiona diretamente nossos sentidos. O discordante se transforma em crente” (LATOURE, 2000, p. 117).

A incorporação de tecnologias duras ao exame clínico tradicional parece, portanto, ir ao encontro de uma necessidade por parte dos médicos de ampliar as suas experiências de exames originais e que são congruentes com alguma demanda que é demonstrada por parte das gestantes. Como afirma Duden (1993), ver uma ultra-sonografia da barriga é uma experiência normal para muitas gestantes. E quanto mais intensa a abordagem pré-natal, maior a probabilidade de que mulheres sejam afetadas nos seus próprios corpos pelas imagens que elas aprendem a ver na tela. “Ela promete informação, certeza e controle” (DUDEN, 1993, p. 75).

De acordo com Latour (2000), quando postos diante do instrumento, assistimos a um espetáculo audiovisual. Há um conjunto de inscrições produzidas pelo instrumento e um comentário verbal proferido pelo cientista (no caso profissional de saúde). Recebemos os dois juntos, o efeito sobre a convicção é contundente e não conseguimos distinguir o que vem da coisa e o que vem do ator²⁴.

Este profissional pode dizer nada além do que está sendo inscrito, mas sem os seus comentários as inscrições dizem bem menos. Latour (2000, p. 172) utiliza o termo “porta-voz” para explicar esta situação onde não há distinção nítida entre coisas e pessoas. Mas o mais importante é que estar diante de um porta-voz não é o mesmo que estar diante de um homem comum, pois é se estar diante das muitas coisas ou pessoas e dos interesses dos quais se está falando²⁵.

²³ O que se deve lembrar no caso de qualquer exame complementar e especialmente no caso do ultra-som, é que “por mais objetivos que sejam os dados de exames, sua utilização estará sempre sujeita à subjetividade do médico... o ato de interpretar os achados é determinado pela chave de interpretação, que no caso do médico, é representada pelo arcabouço teórico da clínica” (CAMARGO Jr, 1992, p. 211).

²⁴ Esta análise da experiência fenomenotécnica está sendo colocada na parte referente ao ultra-som, mas equivale também para outras tecnologias que conferem uma inscrição e a necessidade de mediação de um agente.

²⁵ O conceito de porta-voz de Latour (2000) parece tentar esclarecer o caráter social da semiologia humana; como nas palavras de CHATTOPADYAYA (1990, p. 211) “quando enfatizamos o aspecto social de um sinal, temos em mente o seu caráter relacional, pois um sinal assim como uma ação humana, precisa de pessoas que sejam social e epistemicamente

Esta força vem da palavra dos representantes quando eles não falam sozinhos nem por si, mas na presença daquilo que representam. Este “encontro” de experiências “divergentes” a partir da possibilidade da tecnologia em questão, permite ao médico conferir uma constante rede de observações em torno do indivíduo normal e de poder intervir, a partir desta experiência de saber autorizador, nos casos onde algo não previsto pela disciplina obstétrica, acontece.

Desta forma, articulada à demanda da gestante, a tecnologia do ultra-som faz o médico se aproximar do “novo paciente” (CHAZAN, 2005) ao mesmo tempo em que a gestante se aproxima de seu objeto de desejo. Santos (2005) mostra que esta dificuldade de distinção entre a relevância do sujeito em relação ao objeto pode derivar de uma falsa subjetivação, dado que os objetos são subjetivados de forma a aumentarem a sua competência como objetos (sedução, consumo), mas apesar de tudo aponta o limite da distinção entre sujeito e objeto.

A partir desta configuração de experiências intercomunicativas (proporcionadas pela mediação tecnológica) a questão hierárquica mencionada por Georges (1996) que constrói o saber autorizador intervencionista de forma hegemônica, parece se deslocar para uma experiência médica de maior responsabilidade e compromisso com o paciente em questão, ou seja, lapida a construção disciplinar paradigmática.

Ainda nesta perspectiva de possibilidade interacionista, não parece ser a tecnologia que incorpora o saber autorizador disciplinar, mas as experiências de mediação tecnológicas agregadas aos conteúdos disciplinares congruentes, que se evidenciam como autoridade de decisão e intervenção.

Esta análise acima pode ser mais compreensível, quando se entende que raramente um obstetra faz apenas o (um) exame de ultra-som durante o acompanhamento da gestação. Além disso, é importante mencionar que o ultra-som obstétrico parece o exame disciplinar que mais inclui a gestante no sistema tecnológico em questão, pois como já foi mencionado, ver o bebê o torna mais real. Por outro lado, como a tecnologia fornece uma imagem exclusiva da representação do bebê, substitui o enfoque da mulher no seu possível saber incorporado para a redução a uma imagem do feto como entidade separada (Rapp, 1997).

Como é mais freqüente, a realização de um exame, pode gerar questões referentes aos limites disciplinares, técnicos e experiências contextuais, sendo necessário (para o

aparentados com o significador. Igualmente, uma ação falha em ser significativa a menos que a sua intenção ou a sua expressão externa, preferencialmente ambas, provem, de algum modo, serem compartilhadas pelos que estão em volta deste ator”.

profissional, por exemplo) esclarecer esta questão com a utilização de outros exames disponíveis, que agregam soluções e novos problemas para o conjunto anterior.

Esta experiência fenomenotécnica, de congruência disciplinar, é uma experiência geralmente mais atribuída ao profissional, que participa de todas as incorporações anteriores e que foi ensinado a agregar os elementos apresentados de forma emaranhada e sintética, construindo uma experiência que é suficiente para a possibilidade de decisão e intervenção.

Esta atribuição não é garantida à gestante²⁶, que por mais incluída como participante no sistema tecnológico obstétrico, tem sua experiência de mediação tecnológica atribuída à semelhança de um processo de bricolagem²⁷. Ou seja, ela parece adicionar as demandas, as solicitações e os exames, sem, contudo, sintetizá-los em uma iniciativa intervencionista legitimada, embora concorde muitas vezes com ela.

A abordagem aqui relacionada ao ultra-som obstétrico foi escolhida, portanto, como uma contrapartida ao dito acima, para proporcionar o entendimento de que, durante o pré-natal, a gestante está sendo iniciada nas tecnologias obstétricas de controle da condição fetal, sendo tacitamente ensinada a valorizar a vitalidade fetal e construindo uma demanda que, a partir desta tecnologia, se assemelha em parte à experiência obstétrica.

Passamos a seguir a examinar a tecnologia da cardiocografia a partir da perspectiva disciplinar obstétrica, abordagem que teoricamente estaria representando, de forma problematizada, as perspectivas dos (as) obstetras dentro do seu campo de atuação.

2.2) Abordagem da Tecnologia Obstétrica a partir da Perspectiva Disciplinar Obstétrica.

2.2.1) O exame de cardiocografia.

A cardiocografia é a técnica diagnóstica pré-natal mais utilizada na clínica obstétrica. A gravação simultânea da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas proporciona informação útil sobre o bem estar fetal durante a gestação e o parto. Desde a sua

²⁶ Este argumento coincide com os achados de Gaskin (1996) que observa que por mais perigoso que os partos hospitalares pareçam ser, é pouco freqüente a escolha do nascimento em casa, devido à perda e destruição do conhecimento útil sobre a gestação e o parto a partir dos membros leigos da sociedade.

²⁷ A teoria de bricolagem de Lévi – Strauss (1976) aponta especificamente para a questão do bricoleur empreender uma tarefa a partir do conjunto pré-determinado de conhecimento teórico e prático e dos meios técnicos que restringem as suas soluções possíveis, ou seja, de o bricoleur estar à disposição de mensagens já pré-transmitidas, que condensam a experiência passada da profissão, mas que, contudo permitem fazer face a todas as situações novas (com a condição de que pertençam à mesma classe das antigas).

introdução na década de sessenta, a monitoração eletrônica fetal levou a considerável redução na morbidade e mortalidade perinatais (Romano et al, 2006).

Esta tecnologia, assim como todas as outras que se direcionam no sentido da vigilância para com a condição fetal estão inseridas no contexto do acompanhamento pré-natal, que tem o propósito de diferenciar entre gestações de baixo e alto risco (Langer et al, 1999).

No prefácio de seu livro: *Monitoração Obstétrica: um manual prático*²⁸, Furley (1996) analisa a importância das incorporações tecnológicas na obstetrícia, afirmando a monitoração eletrônica da frequência cardíaca fetal como um marco, que simbolizou um novo caminho para a evolução e o tratamento do feto, separando a gestante da era da Medicina Fetal. O autor exemplifica este caminho, em sua dedicatória ao seu mestre, afirmando que a incorporação tecnológica “alterou os rumos da obstetrícia clássica para a era da Medicina Fetal” (FURLEY, 1996).

A importância deste novo caminho consiste na possibilidade da aplicação universal destes procedimentos tecnológicos, resultando em uma melhora da sobrevivência fetal²⁹. Acrescenta que muitas abordagens tecnológicas foram incorporadas pela obstetrícia, sendo uma delas a ultra-sonografia, que também tem como objetivo, dentro do campo obstétrico, avaliar o bem-estar-fetal e este exame se complementa com a monitoração eletrônica (CTG) no chamado perfil biofísico fetal.

O autor afirma que na prática obstétrica a aplicação cuidadosa e metódica da ausculta dos batimentos cardíacos fetais é uma alternativa para a monitoração eletrônica, especialmente em gestações de baixo risco³⁰. No entanto, a monitoração mesmo nestes casos, aumenta a produtividade, a segurança e o aprendizado, principalmente de principiantes.

Foi o conforto que os obstetras ganharam devido ao traçado cardiotocográfico normal que tornou a cardiotocografia uma ferramenta tão atraente para a monitoração da condição fetal durante a gestação e o parto (van Geijn, 1997). Gourounti (2006) também comenta que alguns

²⁸ Este manual prático de cardiotocografia me foi recomendado por um obstetra do meu campo da pesquisa de mestrado, sendo referência para estudantes e obstetras no aprendizado e emprego prático da técnica do exame.

²⁹ Esta idéia relativa à diminuição da mortalidade fetal já era considerada relevante desde o início do século XX, como aponta um estudo sobre o principal tratado de obstetrícia: *William's Obstetrics* (Hahn, 1987).

³⁰ Esta comparação entre a ausculta dos batimentos cardiotocográficos e a monitoração pela cardiotocografia foi analisada em um estudo randomizado incluindo 8580 gestantes com a média de 40 semanas de gestação. O resultado foi a falta de diferença significativa entre os dois procedimentos quando considerados em relação à admissão dos bebês na unidade neonatal de um hospital universitário na Irlanda. Os autores concluíram que a cardiotocografia não melhorou a condição fetal em gestações de baixo risco em relação à ausculta intermitente dos batimentos cardiotocográficos. Os autores afirmam também que um dos problemas em relação à anormalidade dos achados da cardiotocografia, é que a única intervenção que se legitima é a interrupção da gestação (em geral pela cesariana) ou repetir o exame cujo resultado já foi analisado como anormal. Interrupção que pode não ser de benefício para a condição fetal, mas que aumenta a morbidade materna (Impey, L. et al, 2003).

pais e mães se sentem seguros quando realizam o exame. Mas para Furley (1996), o objetivo da monitoração é a observação, demonstração e quantificação de grandezas físicas, de potenciais elétricos ou químicos e de efeitos acústicos, óticos e mecânicos em relação ao paciente, que no caso é o conceito.

Furley (1996) aprofunda o seu argumento dizendo que foi apenas a partir da década de sessenta, com a ajuda da engenharia biomédica, que foi possível o aperfeiçoamento e lançamento de sofisticada aparelhagem com múltiplas finalidades dentro da especialidade obstétrica. A importância deste contexto de incorporação tecnológica é que, com a monitoração da gestação e parto, o obstetra pode assegurar-se do bom andamento do trabalho de parto e da vitalidade fetal, transmitindo assim, sua segurança à parturiente.

2.2.2) Segurança à parturiente a partir da sua ausência.

Furley (1996) mostra em seu livro o caminho que descreve da transformação da obstetrícia clássica para a era da medicina fetal. Na consideração deste aspecto, ele exemplifica com diversas figuras e explicações que demonstram este caminho.

Uma das primeiras ilustrações do seu livro diz respeito ao método convencional de ausculta dos batimentos cardíacos fetais, sendo a figura o desenho de um médico que examina a gestante deitada com a sua blusa levantada e expondo o seu abdômen gravídico. A explicação referente a esta figura diz: “Na contagem da frequência, na visualização do relógio e na permanência do estetoscópio sobre o abdômen tornam este método impreciso” (FURLEY, 1996, p. 34).

Segue-se uma próxima ilustração comparativa, onde se observa um corpo nu sem a cabeça e atrelado na parte abdominal, às faixas que se conectam a um aparelho. A figura possui setas que apontam para os elementos constituintes da aparelhagem: cinta elástica, sonar doppler, monitor fetal e registro gráfico da frequência cardíaca fetal. A explicação desta segunda figura diz: “processo de registro gráfico da frequência cardíaca fetal, medida pelo método externo, usando o Sonar Doppler com cinta semi-elástica adaptada ao abdômen”.

A partir destas primeiras figuras, o livro evolui com uma série de outras, que cada vez mais recortam o olhar para o abdômen da gestante e detalhes da anatomia fetal e dos múltiplos componentes da aparelhagem que garantem ao obstetra o controle sobre o que o autor chamou de vitalidade fetal. Estes exemplos, em forma ilustrativa, são extremamente significativos do que Furley (1996) aponta como a transformação da obstetrícia clássica para a era da Medicina Fetal. Prevê a incorporação importante de tecnologias de abordagem fetal, ao

mesmo tempo em que desconsideram a competência agencial da gestante (e parturiente) e da experiência médica clássica³¹ (exames manuais) para um controle mais científico e mensurável da condição fetal.

Esta afirmação coincide com a análise de Ortega (2008) sobre a relação entre a redução cadavérica do corpo e o mito da objetividade; relação esta que é exemplificada pelos aparelhos de registro e visualização supostamente capazes de fornecer imagens e dados objetivos, neutros e quantitativos, reduzindo o observador ao nível da neutralidade óptica. Ainda nesta abordagem da criação objetiva do corpo, Ortega (2008) aponta que o privilégio do sentido da visão que garante um entendimento ao amplo uso das tecnologias de imagens no mundo contemporâneo proporciona um modelo de corpo como objeto, um conjunto de fragmentos sem substância ou materialidade, uma mera imagem a ser olhada e não carne subjetiva para ser tocada e experienciada.

Este mesmo estilo de pensamento (Fleck, 1979) é encontrado no estudo que Hahn (1987) realizou sobre o tratado de obstetrícia mais estudado nos Estados Unidos, (*William's Obstetrics*) desde a sua primeira edição em 1903 até o ano de 1985. O autor considera que embora a partir dos anos sessenta os autores do livro mostrem preocupação em ampliar a disciplina obstétrica, pela abertura aos conhecimentos sistemáticos de outras especialidades médicas e conhecimentos não biológicos, derivados das ciências sociais; ainda permanece a visão da mulher na situação de gravidez como um organismo materno que apresenta um sistema gerador – um sistema de órgãos abstraído da pessoa onde a mulher, como pessoa, não é mais reconhecida.

Esta idéia classificatória se atrela à visão do nascimento como potencialmente perigoso e, portanto, implicando na necessidade de atenção médica e controle constante.

A gestante permanece em situação de participação discernível do seu evento fisiológico, embora em posição passiva, enquanto o obstetra assume a agência central no nascimento, sendo o condutor da fisiologia e da reprodução (Hahn, 1987).

Hahn (1987) também considera como este entendimento mais contemporâneo da obstetrícia tradicional como uma disciplina insuficiente, se por um lado, valoriza a incorporação de novos saberes (tecnológicos, de outras especialidades médicas e sociais), por

³¹ Ortega (2008) aponta que desde o século XIX, com a invenção de novas técnicas de visualização médica do corpo, o "tato" perdeu o estatuto epistemológico, clínico e diagnóstico que possuía, sendo substituído pela visão, que se apresenta como mais objetiva. A medicina tecnológica apresenta uma desconfiança crescente do tato, localizando na visão o ideal de objetividade, precisão e de não-mediação. Existe uma relação direta entre o receio do tato na cultura visual contemporânea e na tecnobiomedicina e a perda de experiência corporal.

outro lado, desorganiza a prática institucional que não parece ter acompanhado a incorporação teórica de diferentes saberes.

No entanto, mesmo que sigamos este tipo de raciocínio, observamos que para que o obstetra consiga o seu objetivo legitimador, de monitorar da melhor forma possível a condição fetal, ou seja, que possa incorporar o entendimento e a prática da vitalidade fetal, ele passa a depender cada vez mais do interesse e da curiosidade da gestante em relação à condição do bebê. Esta, por sua vez, é verificada pelas imagens e traçados que são criados pelas tecnologias obstétricas a partir do feto.

Como já analisaram Costa (1979), Donzelot (1980) e Rohden (2003), de certa forma a obstetrícia já tinha um vínculo historicamente traçado com a mulher no papel de cuidadora³² quando estas tecnologias de monitoração fetal foram introduzidas e se tornaram articuladas de maneira inteligível para o obstetra.

Se quando Furley (1996) sugere que a tecnologia de monitoração fetal possibilitaria a obstetrícia de se livrar tanto de uma observação ao olhar nu do obstetra, quanto às descrições funcionalmente subjetivas sobre a condição fetal no interior do ventre, pelo contrário, parece estabelecer um elo ainda maior de vínculo com esta mulher, já que parece mobilizar com os recursos construídos, a categoria tradicional de gênero feminino ao mesmo tempo em que não se livra da sexualidade corporal da mulher.

É interessante notar que Furley (1996) sugere que a transformação da Obstetrícia Clássica para a Era da Medicina Fetal seja um processo de desobjetivação dos agentes, sem, no entanto, a perda do agenciamento. Isto porque os agentes do campo se mobilizam em função da condição do feto/bebê, mas não necessariamente com voz ativa, como na fala de Davis-Floyd (1992), ou seja, com autoridade na intervenção.

Assim, supõe-se que mulheres que se enquadram na categoria de gestante tenham interesse pelo bem estar dos seus fetos/bebês em desenvolvimento e conseqüentemente estejam aptas a se adequarem às tecnologias e procedimentos cujos empregos são justificados por este mesmo motivo. Portanto, parece interessante lembrar, que esta expansão e aprofundamento do olhar médico/obstétrico em direção à condição fetal foram ambos possibilitados pelo acesso tanto à tecnologia como a presença de mulheres como “pacientes”, que neste caso, se refere a agentes.

A mulher gestante não é o paciente em questão, no sentido de foco da atenção dos cuidados e dos compromissos principais. Ela também não parece ser sujeito das ações do

³² Como aponta Camargo JR (1992), a base do trabalho médico é a classificação dos pacientes nas categorias fornecidas disciplinarmente.

campo já que a autoridade da sua experiência de gestação não é geralmente considerada. Sendo assim, as gestantes respondem ao compromisso obstétrico, como agentes deste campo, se mobilizando por aceitar as tecnologias que prometem a possibilidade de acesso e controle sobre a condição fetal. Elas³³ se estabeleceram como “as ferramentas³⁴ corretas para o trabalho” (CASPER & CLARK, 1996, p. 613).

Ainda em relação às tecnologias obstétricas que possibilitam o controle sobre a condição fetal, vimos que o exame de cardiocografia é entendido pela disciplina obstétrica como uma tecnologia no sentido restrito, ou seja, um método que constrói e auxilia o entendimento sobre conceito de vitalidade fetal. Mas para este trabalho, estamos especialmente interessados no sentido da tecnologia mais ampla, aquela que interage com outras tecnologias e que está implicada nos conceitos que cria, nas relações sociais que articula e na possível organização institucional que proporciona. Assim, teríamos não apenas as relações estabelecidas entre obstetras e gestantes através do exame de cardiocografia, mas das múltiplas relações que se estabelecem entre outros profissionais com obstetras e gestantes, e que estejam implicadas na realização deste exame a ser estudado.

Cabe aqui agora entender quais as outras tecnologias do campo obstétrico que se articulam com o exame da cardiocografia, para que haja o melhor entendimento de outros aspectos ligados ao saber sobre a vitalidade fetal.

2.2.3) Múltiplas tecnologias e suas inter-relações:

Durante as últimas três décadas, a utilização de tecnologia avançada na obstetrícia moderna permitiu o conhecimento detalhado da fisiologia fetal, solicitando uma propedêutica especializada. O recente avanço tecnológico proporcionou aos obstetras a possibilidade de abordar o feto como um paciente, permitindo, com os exames disponíveis, avaliar a condição fetal.

Esta vigilância, por sua vez, impõe a necessidade de métodos que sejam capazes de reconhecer precocemente, e de maneira confiável, sinais preditivos de desordem no complexo sistema materno-fetal-placentário, para que os obstetras sejam capazes de decidir se o sistema tem reserva suficiente para se manter em equilíbrio em caso de stress; ou se apresenta risco de

³³ “Elas” se refere aqui tanto às tecnologias quanto às mulheres.

³⁴ Nesta afirmação, ferramentas comportam o sentido de “técnico” de Latour (2001, p. 219 e 220) que designa o papel subordinado de pessoas, habilidades ou objetos que ocupam a função secundária de estarem presentes e serem indispensáveis posto que invisíveis. Indica, portanto, uma tarefa especializada, altamente circunscrita e claramente subordinada na hierarquia. Ao mesmo tempo, podem ser de certa maneira caprichosos, misteriosos, incertos (já que dependem de uma destreza altamente especializada e circunscrita).

colapso; e se o dano é inaceitável em relação à possibilidade de manutenção da vida fetal extra-uterina (Bozóki, 1997).

A avaliação da vitalidade fetal constituiu propedêutica fundamental, pois, ao assegurar o bem-estar do feto, permite o prosseguimento da gestação segura até o termo. Assim, a utilização da propedêutica ampla pode ser necessária na medida em que os exames mais corriqueiros se tornam insuficientes para assegurar o bem-estar fetal em desenvolvimento (Yamamoto, 2000).

A avaliação da vitalidade fetal inclui vários exames como: cardiotocografia (CTG), o perfil biofísico fetal, a avaliação do volume do líquido amniótico e a dopplervelocimetria obstétrica. Estes recursos³⁵ são essenciais para avaliação de gestações de alto risco, complementados por exame de ultra-sonografia obstétrica (Yamamoto, 2000).

Neste contexto, a cardiotocografia tem sido um dos métodos mais empregados na avaliação da vitalidade fetal. Este exame se baseia na análise dos padrões da frequência cardíaca fetal, sendo efetuado pelo cardiotocógrafo: dispositivo que registra, em traçados próprios, esta frequência e as contrações uterinas. A facilidade, praticidade e inocuidade próprias do exame cardiotocográfico permitiu a ampla difusão do método pelo mundo e atualmente está presente nos centros que acompanham as gestações de alto risco (Nomura et al, 2002).

Tradicionalmente a análise da cardiotocografia baseia-se na observação visual de acelerações da FCF (frequência cardíaca fetal) e na variabilidade da frequência basal, porém mais recentemente, para suprimir os possíveis erros oriundos da subjetividade e visando diminuir as variações da avaliação visual intra-observador e inter-observador, foi desenvolvido um sistema computadorizado de análise da frequência cardíaca fetal (Nomura et al, 2002). Este autor afirma que os primeiros resultados da cardiotocografia computadorizada encorajaram pesquisadores no aperfeiçoamento e aprimoramento desta tecnologia, resultando na confecção de um software específico.

O propósito do exame, quando feito no período pré-natal, é identificar a hipoxemia ou acidemia fetal. Para isto os vários padrões de traçados que resultam do exame são resumidos em dois padrões principais: reativo e não reativo; sendo reativo, quando este traçado apresenta duas ou mais acelerações (> 10 batimentos/min e duração de >15s) num período de exame de 40 minutos na ausência de desacelerações (Visser, 2005). O autor explica, no entanto, que o

³⁵ Não é objetivo desta tese detalhar sobre cada tecnologia em questão, apenas demonstrar a complexidade do conjunto de exames articulados que podem proporcionar o que se chama de controle sobre a condição fetal ou a afirmação da vitalidade fetal.

valor preditivo do exame normal depende do processo patológico subjacente (no organismo materno), já que complicações gestacionais como o descolamento de placenta, a pré-eclâmpsia/eclâmpsia e o diabetes insulino-dependente, podem provocar rápida deterioração do feto logo após um teste considerado normal.

Para van Geijn (1997) as indicações de monitoração da frequência cardíaca fetal estariam baseadas nas doenças maternas existentes anteriormente à gestação (diabetes, hipertensão, patologias renais, doenças cardíacas), problemas que se desenvolvem durante a gravidez (crescimento intra-uterino restrito, posmaturidade³⁶, gestação gemelar), sinais agudos que se apresentam na gestação (sangramento vaginal, redução dos movimentos fetais, dor abdominal aguda), sinais baseados em outras avaliações (diminuição do líquido amniótico, anormalidade dos fluxos dopplervelocimétricos, frequência cardíaca fetal alterada na ausculta) ou a combinação destas.

As vantagens da introdução da tecnologia computadorizada da cardiotocografia foram apontadas por estes autores, sendo especialmente valorizada a possibilidade de conferir maior possibilidade de reprodutibilidade dos resultados e da utilização do sistema em rede, oferecendo possibilidades de ampla acessibilidade aos dados, facilitando à visualização dos traçados a partir de qualquer terminal de computador interligado à rede. Por outro lado, a desvantagem do sistema de análise computadorizada do exame é a falta da detecção de desacelerações tardias, que podem ser indicativas de sofrimento fetal³⁷. Esta falha pode, porém, ser compensada pela presença de um profissional médico especializado, que acompanhe sempre a análise dos dados obtidos.

Além desta desvantagem, Nomura et al (2002) enfatiza que quando os critérios de normalidade não são atingidos há indicação da complementação da propedêutica fetal, geralmente utilizando o exame de Doppler obstétrico. A dopplervelocimetria tem sido amplamente utilizada na obstetrícia para se avaliar a função placentária. A alteração funcional da placenta acontece especialmente em gestações consideradas de alto risco, onde a deterioração placentária provoca aumento da resistência do fluxo sanguíneo, evidenciado pela redução da velocidade diastólica nas artérias umbilicais. Quando esta alteração é terminal³⁸, observa-se ausência do fluxo diastólico final (diástole zero) ou fluxo reverso na diástole

³⁶ A posmaturidade é uma questão que se relaciona com o tempo que a gravidez deve durar havendo dúvida se deve correr seu curso natural ou se deve ser feita intervenção em caso de evidência de comprometimento materno-fetal. Esta evidência é geralmente buscada ativamente entre 41 e 42 semanas de gestação, frequentemente com a utilização da cardiotocografia (Roach & Rogers, 1997). Os autores mencionam que a definição de posmaturidade está na dependência da precisão da idade gestacional, geralmente determinada pela ultra-sonografia de primeiro trimestre.

³⁷ Sofrimento fetal é o termo utilizado pela obstetrícia para indicar o adoecimento fetal dentro do útero materno.

³⁸ Este termo é utilizado para sinalizar a condição de extrema gravidade do bebê, quando o exame de dopplerfluxometria sinaliza estes achados.

(diástole reversa). Estas alterações do fluxo de sangue placentário comprometem a alimentação e o suprimento de oxigênio para o bebê, ou seja, resultam em sofrimento fetal (Nomura et al, 2003).

A autora afirma que nestes casos de grande alteração do fluxo placentário detectados pela dopplervelocimetria, a propedêutica fetal deve ser aplicada de forma o mais intensiva possível, especialmente utilizando o exame de cardiotocografia. Visser (2005) propõe que esta monitoração seja feita especialmente após 30 semanas de gestação em todos os casos complicados de pré-eclâmpsia.

A intensiva abordagem de Nomura et al (2002) na vigilância quanto à vitalidade fetal considera particularmente que a gravidade da insuficiência placentária, em gestações longe do termo, preocupa sobremaneira o obstetra, a paciente e seus familiares; pois resultados desfavoráveis passam a constituir real possibilidade de interrupção da gestação em curso. Estes resultados conferem a indicação de cesariana em 100% dos casos e a necessidade do encaminhamento do bebê para a unidade de cuidados intensivos neonatais.

A importância da relação entre estas tecnologias de monitoração da condição fetal, é que a preocupação obstétrica com um resultado fetal desfavorável, pode ser objetivamente delimitada pela observação e análise da associação entre frequência cardíaca e acidemia fetal – aspectos demonstrados pelos exames de cardiotocografia e dopplervelocimetria. Quando a relação entre estes aspectos é desfavorável, ou seja, quando indica o sofrimento fetal já instalado, há respaldo da conduta obstétrica intervencionista mesmo em situações de extrema prematuridade. Em contrapartida, a manutenção de padrões normais de cardiotocografia, permite o acompanhamento da gravidez sob vigilância rigorosa da vitalidade fetal, através do mesmo método, auxiliando na condução destes casos.

Yamamoto (2000) afirma que nestas gestações de risco, a complexidade dos exames que auxiliam na avaliação da vitalidade fetal deve ser considerada no seu conjunto. Esta avaliação conjunta proporciona a detecção precoce do comprometimento da oxigenação fetal, evitando as lesões neurológicas causadas pela hipoxemia e também aquelas decorrentes da realização de partos prematuros desnecessários. O diagnóstico precoce das alterações da condição fetal reduz a ocorrência de resultados perinatais adversos, auxilia o obstetra na ação oportuna de corrigir alterações maternas ou indicando a interrupção da gestação sem os agravos da hipoxemia para o feto.

A autora analisa de forma separada cada um destes exames apontados por ela, definido que os diferentes métodos exigem análise particularizada, embora demonstre que, em geral,

quando todos apresentam alterações, estas também se correlacionam com alterações da condição materna.

Assim, a intervenção na gestação de alto risco implica na utilização de protocolos assistenciais que priorizem a monitoração rigorosa das patologias maternas que causam ou colaboram com a condição de sofrimento fetal: hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes mellitus, doenças hemolíticas, nefropatias e colagenoses. O objetivo destes protocolos é manter um controle intensivo e articulado entre a condição materna e a fetal; priorizando a vigilância quanto a possíveis doenças maternas, com o objetivo de diminuir ao máximo as adversidades que implicam em resultados neonatais adversos.

É importante entender que a abordagem de Yamamoto (2000) se refere às gestações de alto risco, que são acompanhadas em unidades terciárias, de alta incorporação tecnológica e que possuem recursos humanos especializados disciplinarmente e que trabalham com o conjunto de resultados associados que as tecnologias empregadas possibilitam. Esta abordagem não é, no entanto, a mais freqüente encontrada em relação aos cuidados hospitalares materno-fetais, onde em muitos casos, apenas tecnologias mais corriqueiras estão disponíveis para a avaliação da vitalidade fetal.

O que nos importa nesta descrição sobre o uso das múltiplas tecnologias que têm a intenção de verificar a condição fetal é de entender que aspectos estão nas intermediações destas tecnologias. Destacamos a gestação de alto-risco como o principal aspecto mencionado e que demanda a utilização de outras tecnologias associadas à cardiotocografia. A presença da gestação de alto-risco pressupõe, portanto, um maior controle da condição do feto/bebê que é alcançada com estas tecnologias obstétricas diagnósticas, fazendo da cardiotocografia uma tecnologia muitas vezes questionável quando avaliada isoladamente.

2.2.4) Avaliação disciplinar crítica do exame de cardiotocografia.

Em debate sobre o tema da incorporação tecnológica na obstetrícia contemporânea, três obstetras de uma unidade perinatal do município do Rio de Janeiro, analisam como os resultados adversos fetais no início do século XX impulsionaram o desenvolvimento de exames de avaliação fetal; no entanto, apontam como apenas os exames mais corriqueiros, como a cardiotocografia, estão disponíveis na maioria das unidades de cuidados materno-fetais (Silva, et al, 2005). Os autores comentam, como atualmente, a maioria das decisões³⁹ de

³⁹ Quando a cardiotocografia foi introduzida na década de setenta era esperado que esta técnica reduzisse a incidência de paralisia cerebral fetal e seu conseqüente retardo mental em 50%. Desapontadoramente, os resultados de ensaios clínicos

interrupção da gestação e a via de interrupção, devido ao sofrimento fetal, são baseadas nas informações obtidas através da cardiocografia.

Esta avaliação concorda com a análise de Casper & Clarke (1996) sobre o exame de citologia ginecológica, onde as autoras observaram um crescente aumento na complexidade das classificações em relação à crescente “escolha” daquelas que oferecem a maior simplificação. Neste caso estamos lidando com apenas uma classificação, a vitalidade fetal, mas da complexa interação entre tecnologias para defini-la de forma mais certa. A escolha pela simplificação, como aponta Casper & Clarke (1996) parece relacionada com a própria utilização da tecnologia em grande escala, relativa ao processo de institucionalização nacional e internacional do instrumento ligada a critérios epidemiológicos e econômicos.

A crítica que os obstetras levantam, no entanto, é relativa à validade dos parâmetros que são utilizados para a consideração do achado de normalidade⁴⁰ da condição fetal⁴¹. Os autores abordam alguns fatores complicadores do emprego do exame de cardiocografia, quando feito em grande escala, a partir do que se conhece sobre o exame na atualidade. Estes fatores se encontram listados abaixo:

1) O conhecimento da fisiologia cardíaca fetal é insuficiente até o momento. A complexidade do ritmo cardíaco fetal define padrões que podem ser mutáveis e frequentemente o são, resultando em dificuldade quanto à classificação dos padrões entendidos como normais.

2) A utilização da frequência cardíaca fetal é um parâmetro indireto da vitalidade fetal.

3) A diferença entre os aparelhos utilizados e a falta de sua padronização provavelmente contribui para o encontro da alta taxa de resultados alterados em nascimentos sem repercussões fatais (falsos positivos).

4) A cardiocografia é um exame de screening primário, no entanto, usado como método diagnóstico. A falta de consenso de como, quando e em que gestações monitorar e a

randomizados mostraram pouco benefício com respeito aos danos neurológicos mesmo com o amplo emprego do exame. Devido a estes resultados, alguns obstetras questionam o valor da cardiocografia intraparto pelo pequeno valor preditivo para paralisia cerebral, e pela reivindicação que o seu uso rotineiro causa aumento do número de cesarianas. Apesar disto, a cardiocografia permanece como evidência documental central para todas as reivindicações quanto à questão da asfixia fetal, sendo que 70% dos processos contra obstetras e parteiras são baseados em anormalidades do exame de cardiocografia e sua interpretação (Williams & Arulkumaran, 2004). Baseados em seus achados estes autores perguntam se o exame de cardiocografia é uma benção ou uma praga! Parece importante considerar a análise sociológica de Ortega (2008) sobre as tecnologias de visualização médica que não apenas dão relevância ao interior do corpo sem precedentes em nossa história, mas que também extrapolam o campo estritamente biomédico e se introduzem no campo sociocultural e jurídico.

⁴⁰ Isto é de extrema importância, pois os limites da conduta obstétrica assim como os da medicina clínica estão dispostos entre as noções de normal e patológico. Ver Canguillhem (1990).

⁴¹ Observar que aqui há certa confusão sobre o conceito de vitalidade fetal, já que teoricamente a vitalidade fetal é uma categoria que se refere à normalidade fetal enquanto o sofrimento fetal (para a obstetrícia) seria o seu oposto, ou a patologia fetal. No entanto é de se esperar que esta confusão aconteça, pois não parece existir uma definição sobre a vitalidade fetal, ou seja, a vitalidade fetal pode ser capturada concretamente através de tecnologias como é o caso da cardiocografia, mas o conceito em si é definido pela sua oposição, que seria o sofrimento fetal.

existência de examinadores sem treinamento adequado para o diagnóstico da condição fetal justificam as críticas dos próprios obstetras em relação à utilização deste exame no pré-natal.

Os autores parecem mostrar a complexidade interna à própria tecnologia da cardiocografia, pelo grande número de elementos com os quais o seu conceito de vitalidade fetal trabalha, além de acrescentar a controversa indicação do exame e de quem está apto a realizá-lo. Esta controvérsia⁴² é também encontrada de maneira mais ampla quando se considera o acompanhamento pré-natal, onde as discordâncias na utilização dos procedimentos de vigilância se tornam mais evidentes, especialmente no final da gravidez. Estas discordâncias incluem o exame de cardiocografia e refletem as incertezas quanto ao valor dos numerosos procedimentos e tratamentos utilizados na avaliação pré-natal (Langer, et al, 1999).

Mas aqui cabe apenas prolongar um pouco o que foi caracterizado pelos autores brasileiros como sendo a cardiocografia um método de screening primário utilizado como método diagnóstico, pois parece ser exatamente o oposto que explicaria as conclusões que os próprios autores admitem em relação à utilização tão ampla deste exame.

Esta confusão, que pode se estabelecer entre o que seria um método diagnóstico ou de screening parece estar relacionado com a questão da vigilância, que seria uma marca da medicina do final do século XX, mas que estaria ligada a conceitos muito mais antigos como as idéias de perigo, estigma e contaminação (Kaufert, 2000). Teria na incorporação de tecnologias mais recentes a possibilidade de concretização da monitoração sobre os processos de saúde e doença, estabelecendo, segundo a autora, a filosofia e prática do screening.

Esta implicaria na concordância com um conjunto de afirmações sobre a natureza da doença que inverteria a ordem mais antiga das noções de senso comum, onde se sentir bem e estar bem é trocado por se sentir bem poder esconder algo de errado no interior do corpo. Ou seja, esta filosofia e prática parecem concordar com o entendimento de um corpo enganoso e por isto objeto de constante necessidade de monitoração, avaliação e vigilância, um corpo para screening (Kaufert, 2000).

Kaufert (2000) analisa como esta nova abordagem da medicina teve que convencer os clínicos das vantagens do poder de controle precoce sobre os processos de doença, assim

⁴² Langer, et al (1999) demonstram as discordâncias em relação ao acompanhamento pré-natal em nove países europeus, onde estas discordâncias são mais pronunciadas no final da gestação. Os autores mostram que no caso da utilização rotineira da cardiocografia, cinco países a utilizam, enquanto quatro não a utilizam. Os autores afirmam não conseguir concluir especificamente a respeito deste exame, já que os testes usados na avaliação do bem estar fetal são raramente feitos isoladamente, sendo assim sua utilização deve ser considerada no conjunto dos exames realizados de rotina.

como convencer os pacientes de que algo poderia estar errado em seus corpos e que suas vidas estariam na dependência de uma descoberta precoce.

Neste caso, Kaufert (2000) está analisando os exames de mamografia e citologia vaginal, mas a semelhança com esta pesquisa (em relação ao exame de cardiotocografia) parece se dar no fato da passagem destes exames do laboratório para a prática, coincidirem com as suas transformações de exames diagnósticos para testes de screening. A autora coloca que realmente existe uma linha tênue entre estas duas definições, mas que de maneira geral, o exame diagnóstico seria recomendado para confirmar a existência de algo já suspeitado ou conhecido pelo exame físico ou pelas queixas das pacientes. A questão da abrangência seria então crítica para entender a filosofia dos procedimentos de screening, onde um número bem maior de mulheres assintomáticas e não suspeitas, originalmente, estariam elegíveis aos mesmos exames diagnósticos.

A questão que se colocaria então é de saber se um teste que funciona bem sob condições diagnósticas funcionaria adequadamente em condições de screening, onde a autora destaca que geralmente esta passagem implica em diminuição das habilidades para a realização do exame, realização sob condições de trabalho inferiores e operação sob diversos constrangimentos de tempo e recursos.

Esta explicação parece coincidir com a abordagem do acompanhamento pré-natal em geral e particularmente com o exame de cardiotocografia, que seria recomendado como teste diagnóstico em gestações consideradas de alto risco (geralmente em casos de doença materna com acometimento conseqüente da saúde fetal), mas que, na prática, se define como teste de screening, que define, por sua vez, o final da gestação.

Desta forma, a problemática estatística do screening parece preconizar que o entendimento e o manejo corporal, tanto por parte dos médicos como das mulheres gestantes, estaria atravessado por uma relação de incerteza e possível traição dos seus corpos, incentivando a eterna procura de algo errado para ser restituído e a persistência de adesão a esta perspectiva. Esta dinâmica parece configurar, portanto, uma situação de disciplinarização e espelhamento corporal entre médicos e pacientes, pois se torna muito difícil desafiar os objetivos benevolentes da idéia de manutenção da saúde.

O desdobramento desta questão discutida acima passa a ser se é aceitável intervir nos corpos e mentes de tantas mulheres no sentido de detectar e controlar anormalidades nos corpos de tão poucas. Além disto, cabe também questionar até que ponto esta transformação da relação diagnóstico/screening não está mudando o significado do corpo e do *self* pela introdução do medo (Kaufert, 2000). Este aspecto é amplamente discutido por Ortega (2008)

em “O corpo incerto” onde o autor entende o discurso do risco como tendo posicionamento preferencial na cultura contemporânea, sendo um elemento estruturante da biossociabilidade e representando o parâmetro existencial da vida nas nossas sociedades.

Agora, voltando à crítica sobre o exame de cardiocografia e as suas conclusões em relação a ser ou não ser um exame de screening ou diagnóstico, os autores concluíram, a partir de uma meta-análise (avaliando artigos que relacionam a monitoração eletrônica fetal e os resultados adversos fetais), que nenhum parâmetro adverso fetal importante teve redução significativa quando considerado o laudo do exame de cardiocografia. No entanto, foi observada elevação nas taxas de cesarianas e parto vaginal operatório. Ou seja, a avaliação demonstra que quando o exame de cardiocografia é utilizado como o único recurso disponível, a vigilância sobre a vitalidade fetal resulta em um maior controle sobre o tempo da gestação e na qualidade da intervenção obstétrica.

Silva et al (2005) ainda conferem que a introdução simultânea de diretrizes para classificar e interpretar padrões da frequência fetal por obstetras notáveis de diferentes partes do mundo contribuiu ainda mais para a confusão de nomenclaturas e definições⁴³. Apesar disto, conclui que a monitoração eletrônica fetal é por si só um suplemento útil e indispensável para a monitoração de bem-estar fetal, mas que deveria ser restrito aos casos de gestação de alto risco.

Esta abordagem crítica sobre o exame de cardiocografia no período pré-natal é ainda complexificado pela avaliação de Visser (2005) que afirma que padrões “não reativos” podem ser achados normais em gestações não complicadas, sendo um reflexo do sono fetal. O autor ainda aponta que embora haja uma ampla variação dentro do que seria considerado normal para a frequência cardíaca fetal, fetos individuais tendem a apresentar um padrão consistente durante a gestação. Desta forma, a monitoração da tendência de cada feto deveria ser seu próprio controle, dentro dos parâmetros padronizados de normalidade.

A monitoração longitudinal, portanto, poderia indicar uma deterioração da condição fetal, mesmo antes de instalada a hipoxemia fetal e em contrapartida a monitoração única pode não ser indicativa de um processo inicial de deterioração em desenvolvimento. Visser (2005) conclui que a cardiocografia pré-natal não é um teste de screening útil e deveria ser

⁴³ Williams & Arulkumaran (2004) apontam que a dificuldade da interpretação do exame de cardiocografia é a fonte mais frequente de alegação de negligência obstétrica em processos legais e que a inexata natureza dos traçados do exame causa grande confusão nos julgamentos. Os autores afirmam que é consenso que existe variação quanto à interpretação do exame fora do que é considerado perfeitamente normal ou grosseiramente anormal, mesmo entre experts do campo obstétrico. No entanto, os autores acreditam que a interpretação do CTG pode melhorar com a educação formal e o treinamento dos profissionais e a melhor forma de adquirir competência na interpretação do CTG é provavelmente pela combinação de estratégias educacionais e não apenas com uma única abordagem.

aplicado no acompanhamento longitudinal⁴⁴ e individualizado da população gestante de alto-risco.

Sendo desta forma, os autores parecem estar inclinados ao entendimento do exame de cardiotocografia como parte da propedêutica diagnóstica pré-natal, que incluiria as suspeitas da mulher⁴⁵ em relação ao seu bebê ou as suas sintomatologias (mal-estares, doenças) que poderiam comprometer a vitalidade fetal.

Este fato é de importância notável quando se entende que o único meio comprovado⁴⁶ de acessar o risco fetal em gestações consideradas de baixo-risco é através da monitoração materna dos movimentos fetais. Segundo Gribbin & James (2005) este feto implicado pela gestante deveria ser considerado, a partir de então, de alto risco e monitorado de acordo, com cardiotocografia e dopplerfluxometria.

Aqui se coloca a questão levantada por Gourounti et al (2006) da dificuldade de se estabelecer os fetos de alto risco em gestações consideradas de baixo risco. A consequência desta dificuldade é geralmente o aumento do uso da cardiotocografia na identificação deste possível risco.

O que nos importa desta crítica ao exame de cardiotocografia é que a partir do entendimento de que é preciso monitorar de maneira confiável a condição fetal, este exame parece insuficiente para a intervenção obstétrica, demandando a utilização de outros exames que auxiliarão a obter o controle sobre o feto/bebê. Além disso, partindo do referencial de “saber autorizador” fica mais uma vez nítida a dicotomia entre o domínio do saber através da tecnologia e o domínio da experiência desprovida desta. Estes dois domínios diferentes vão servir mais uma vez para o nosso entendimento das condições diferenciadas de controle e escolha durante a gestação e o desequilíbrio entre estes dois domínios vai demandar, por sua vez, mais saber sobre a condição fetal e conseqüentemente mais tecnologia.

⁴⁴ van Geijn (1997) afirma que se deve ter em mente que aumentar a frequência e a extensão da monitoração cardíaca fetal no pré-natal implica também em aumentar as chances de obtenção de traçados “anormais” e conseqüentemente aumentar a chance de intervenção obstétrica.

⁴⁵ Embora Visser (2005) afirme que mudanças na quantidade de movimentos fetais sejam um achado tardio na deterioração fetal intra-útero, a reclamação espontânea da mulher grávida em relação aos movimentos fetais deveria ser sempre verificada pelo exame de cardiotocografia.

⁴⁶ Gribbin & James (2005) comparam, em artigo, onze ferramentas disponíveis para acessar a saúde fetal durante a gestação, incluindo os exames obstétricos mais comumente empregados como a ultra-sonografia, o Doppler obstétrico e a cardiotocografia. Concluem que, em gestações consideradas de baixo risco, a melhor evidência entre todas as ferramentas utilizadas para avaliação do risco de morte fetal intra-útero se faz pela contagem reduzida dos movimentos fetais através da monitoração da gestante. Esta conclusão se fez a partir de meta análises utilizando ensaios clínicos controlados e randomizados.

2.3) Experiências de controle e escolha.

Lazarus, (1994) em seus doze anos de pesquisa com a questão do nascimento nos Estados Unidos mostrou que a maioria das mulheres embora se sinta responsável pelos eventos relacionados à gestação e ao nascimento, têm influência limitada sobre os procedimentos médicos. Para a autora esta afirmação é uma consequência da interação entre biomedicina e tecnologia, num contexto de uma prática imposta e de uma ideologia poderosa.

Lazarus (1994) define que o enfoque na tecnologia afasta a atenção das relações sociais de poder e de dominância existentes entre médico e paciente, e da autoridade das instituições médicas em constranger as escolhas femininas; conseqüentemente as suas experiências de controle. Os seus achados de campo resultaram em considerações quanto à natureza do nascimento, mas, em diferentes graus, Lazarus (1994) refere que todas as mulheres aceitaram a visão médica do nascimento, pois, em muitos momentos há o entendimento de que algo pode dar errado, implicando na necessidade de confiar em um saber profissional e tecnológico para garantir que tudo o que é possível será feito para se ter um bebê saudável.

A demanda por uma experiência de controle⁴⁷ sobre a condição fetal está desta forma, na dependência das experiências médicas de mediação tecnológica, no “saber autorizador” que elas comunicam e que como qualquer outro saber é inseparável das relações sociais e das experiências sociais.

Este saber é, no entanto, desigualmente distribuído e ligado a questões de poder e controle. Este controle é assegurado pela profissão médica e cada vez mais contido dentro das instituições. Assim, há uma interdependência entre um saber, a habilidade de se posicionar de acordo com este saber, as instituições sociais que estabelecem e constroem as ações e a posição dos agentes numa estrutura social mais ampla (Lazarus, 1994).

2.3.1) Acesso ao saber sobre a vitalidade fetal.

Considerando o achado acima de que as experiências de controle das gestantes sobre a condição fetal estão na dependência da transmissão e circulação de um “saber autorizador”,

⁴⁷ Giddens (1991) observa uma grande ênfase do controle - como a subordinação do mundo à dominância humana na modernidade tardia. Para o autor, este controle aparece à primeira vista como uma expansão da racionalidade instrumental, ou seja, a aplicação de princípios humanos organizados da ciência e tecnologia no domínio do mundo natural. No entanto completa esta primeira impressão, observando a sua relação com o que se chamou de “o fim da natureza” (GIDDENS, 1991, p. 144) significando que o mundo natural foi, em grande parte, transformado em um ambiente construído, que consiste de sistemas estruturados cujo poder e dinâmica derivam de saberes socialmente organizados.

Lazarus (1994) entrevista gestantes de diferentes classes sociais com o objetivo de esclarecer sobre as experiências e expectativas em relação ao acesso sobre este saber.

Ela encontra que nas classes de nível sócio-econômico mais baixo, as experiências com o sistema de saúde são (em geral) reflexos de seus níveis sócio-econômicos e educacionais. Estas mulheres têm menor acesso à possibilidade de escolhas e um conhecimento fragmentado sobre o processo de decisão médica. Estes fatores propiciam a construção de experiências que tendem a aceitar com menos resistência os cuidados impessoais e fragmentados que se constituem na única maneira possível de certificação de que tudo corre bem com o bebê.

Em relação às entrevistas com mulheres de classe média, a autora encontrou uma expectativa de encontro de um profissional inspirador de confiança e com boa comunicação em relação à condição da gestação (o que inclui a condição fetal). Para estas mulheres, a escolha de um profissional qualificado nestes termos indica a possibilidade de controle sobre a própria condição desejada.

Lazarus (1994) também entrevistou gestantes, que são profissionais de saúde, encontrando uma expectativa do alcance de grande controle sobre a vitalidade fetal além de uma alta confiança nas tecnologias obstétricas para o controle desta condição. A autora aponta como o fato de mulheres serem profissionais de saúde, influenciou nas suas decisões pessoais em relação ao uso das tecnologias de monitoração em relação à condição fetal.

A autora analisa que diferentes contextos sócio-educacionais definem diferentes expectativas e experiências em relação à gestação e ao parto. No entanto, em todos os grupos encontrou-se um dado em comum: mesmo com maior acesso à informação, esta nunca se mostrou suficiente para construir um “saber autorizador” como o saber do campo obstétrico e, portanto, a consequência mais freqüente se mostrou a de subordinação à autoridade médica.

Os dados empíricos de Lazarus (1988) sugerem, portanto, que as gestantes não possuem as qualidades necessárias para a decisão obstétrica, sendo consideradas como aquelas que “não”, ou nas palavras de Hartsock (1989) sujeitos colonizados, entendidos como parte de um sistema caótico, desorganizado e de uma coletividade anônima.

Embora seja freqüente o encontro de queixas relativas à falta de comunicação, insatisfação com o tratamento e a resultante falta de adesão às determinações médicas, na maioria dos momentos estudados, Lazarus (1988) encontrou que as gestantes (mesmo de diferentes níveis sócio-econômicos, educacionais e étnicos) desejam procurar o auxílio, os conselhos, o conhecimento e as habilidades técnicas de médicos para alívio de suas condições e para tratamentos.

O mesmo acontece, em vigência da gravidez, quando a autora evidenciou que os modelos explicativos⁴⁸ das gestantes não entravam em conflito com o dos médicos. Não havia discrepâncias importantes em relação ao tipo de tratamento ou no entendimento da própria gestação e do parto.

Fiedler, (1996) a partir de sua pesquisa de campo no Japão, analisa como manuais médicos que são entregues às gestantes com informações sobre a gestação e o parto incluindo a normatização de expectativas e a valorização de uma padronização da experiência da gestação e parto são vistos pelas mulheres como fonte de inclusão e participação agencial nos cuidados com a gestação e o parto. Esta autora compara como nos Estados Unidos, as mulheres, ao contrário do Japão, não são encorajadas a adquirir informação suficiente enquanto a autoridade obstétrica aumenta relativamente. Mesmo considerando a convergência dos modelos explicativos (quando esta abordagem teórica é utilizada), ainda se encontrou grande insatisfação no cuidado e especialmente em relação ao que a autora chamou de interação entre médicos e pacientes.

A autora tenta explicar esta interação insatisfatória retornando para o modelo de socialização e treinamento de obstetras que proporciona uma perspectiva muito consistente, um modelo poderoso que define a medicina e as identidades de maneira extremamente mecanicista. Adicionalmente, Lazarus (1988) aponta que as pessoas que são atraídas pelo campo médico são geralmente de orientação científica; muito disciplinadas, inclinadas a atingir metas e com interesses e inserções restritas nas humanidades em geral.

Dentro do contexto obstétrico, os médicos aprendem a considerar a mulher gestante como um paciente no sentido da aceitação ao modelo médico e da gestação e nascimento como uma doença, que devem ser controlados pela profissão médica seja a partir de tecnologias, farmacologias ou procedimentos cirúrgicos.

Em relação às mulheres, Lazarus (1988) refere que seus modelos explicativos derivam, em grande parte, das suas experiências com as rotinas médicas adicionadas às informações da mídia e de amigas e família. Esta combinação parece proporcionar uma experiência de conhecimento incompleto sobre a gestação e o parto, o que promove uma dependência do sistema médico e especialmente das instituições de cuidado materno-fetal. Pelo contrário, quando a gestante compartilha de forma mais próxima do saber textual,

⁴⁸ O modelo explicativo é um conceito proposto por Kleinman (1980) se referindo a crenças, expectativas, normas e comportamentos, significados de doença e saúde, atividades terapêuticas e avaliação de acompanhamentos inseridos em sistemas cognitivos das pessoas e dos padrões culturais da sociedade local. Estes modelos são apenas parcialmente conscientes, representam um sistema mais abrangente da sociedade no indivíduo e que pode ajudá-lo a entender e cooperar com o processo de adoecimento e recuperação.

considera-se e é considerada como tendo agência participativa e conseqüentemente um agente reconhecido do campo.

O termo agência participativa pode parecer paradoxal, pois como subentendido anteriormente, o agente é exatamente aquele que necessariamente participa. Mas, neste caso, o termo parece dar ênfase a participação diferenciada que o agente pode ter quando é autorizado pelo saber.

O diálogo que Lazarus (1988) nos coloca acima pode parecer a primeira vista com a conhecida relação expert-leigo à moda de Boltanski, no entanto, podemos perceber que há uma demanda clara por saber e conseqüentemente pelo controle da condição fetal de ambos os lados desta relação encenada pelo obstetra e pela gestante. Esta busca pelo saber e a desvalorização da experiência desprovida de tecnologia parecem configurar uma relação expert-leigo que começa a demonstrar a sua inconsistência, pois se configura em uma relação onde o expert não tem autoridade absoluta, mas que se re-configurou através do uso da tecnologia. Vamos ver em que contexto esta nova relação expert-leigo poderia se estabelecer.

2.4) Comunicação das experiências de mediação tecnológicas: Comunicação expert-leigo?

Em uma sociedade de grande complexidade cultural, afirma Hannerz (1992), a divisão do conhecimento associada à divisão de trabalho proporciona um grande domínio ou gerenciamento por parte dos experts, os leigos se tornam vulneráveis às disposições dos outros e se transformam em clientes. Se considerarmos este contexto, não se pode imaginar uma organização social dos significados que seja simétrica em todos os sentidos. A simetria poderia superar a necessidade de comunicação. Mas em relação à comunicação, o fato parece ser que quanto maior a simetria e menor ou mais limitada a área de assimetria de bases, mais certamente e sem esforço os sentidos podem fluir entre os participantes que possuem um senso de distribuição dos sentidos/significados.

Neste sentido, para o autor, o que é explicitamente comunicado pode ser apenas o topo do iceberg, pois já existe tanto compartilhado, que as contextualizações podem ser completamente tácitas. Aonde há grande assimetria entre as bases, há maior esforço feito para “ver a perspectiva do outro” (HANNERZ, 1992, p. 56), geralmente necessária para criar um fluxo ordenado de sentido, mas havendo por outro lado um maior risco de desentendimento.

O autor coloca que a divisão do conhecimento proporciona exemplos de como as assimetrias de base são construídas em culturas complexas. Novamente, quando a divisão de

conhecimento cria especialistas, também cria leigos. A construção cultural destas categorias implica em que, os limites entre as suas áreas de competência cultural e formas de complementaridade, são definidos mais ou menos claramente, por convenção ou negociação.

Frequentemente a organização social de sentido destes contatos é trabalhada em rotinas. A comunicação entre especialistas e clientes pode ser feita na maioria das vezes na direção do especialista ou partindo dele. No entanto, pode ser re-definida mais do ponto de vista do leigo do que do especialista, já que a tarefa do especialista é técnica e não comunicativa. O autor adota o termo perspectiva para localizar as experiências individuais dentro dos contextos coletivos. Assim, as coisas parecem diferentes na dependência de onde se vê essas coisas. As pessoas gerenciam os significados de onde eles estão localizados na estrutura social. O autor coloca que a perspectiva é uma variante da teoria da regra, embora ela seja centrada em atividades e experiências e não em normas.

Entretanto, os repertórios de regras podem contribuir para a perspectiva individual e como as perspectivas são construídas mais ou menos de forma cumulativa, elas refletem envolvimento e experiências prévias. “A perspectiva é uma estrutura biográfica” (HANNERZ, 1992, p. 66). O autor ainda confere que com o acúmulo e a organização das experiências, a perspectiva caminha para a generalização em responder a novas experiências e novas demandas para a ação, se torna um paradigma pessoal, promove determinados hábitos da mente.

Retornando à comunicação entre profissionais e leigos, Hannerz (1992) coloca que estes profissionais podem ser vistos como engajados em serviços para seus clientes, mas como os clientes não estão em completo controle, aqueles que fornecem o serviço podem ser vistos como controladores que incorporam o poder, como no caso dos médicos. O autor coloca que embora o cliente às vezes tenha a sensação de ser dominado, em uma sociedade de experts, no entanto, o senso de dominação não tem necessariamente o foco em um tipo particular de expert. Se a ideologia é como o poder, uma forma cultural inteira, a expertise profissional é uma forma a varejo. Para o cliente, a experiência pode vir junto com um sentimento difuso de dependência, intensificado talvez, por demandas não coordenadas e mesmo contraditórias. Deve se questionar se este senso de dominação pode ser experimentado de ambos os lados.

Giddens (1991) analisa este mesmo processo a partir do que foi chamado da expansão dos sistemas abstratos, especialmente do sistema de experts, que, inserido nas experiências rotineiras da vida, desloca as formas de controle local pré-existentes, processo que pode ser percebido como uma perda. No entanto, o autor chama a atenção que num sistema

especializado a maioria dos experts é leiga na maior parte do tempo; pois estes sistemas abstratos se constituem de tal forma que ninguém está totalmente no controle e sob controle. Além desta questão da pulverização do controle, observa-se frequentemente a re-apropriação do controle pelos considerados leigos, definindo um processo de dialética do controle, onde uma primeira experiência de perda pode ser re-significada em uma de empoderamento, formando o que Giddens (1991) chama de re-organização das habilidades e competências dentro de um sistema de carência de autoridades absolutas.

Também pode se considerar que devido à diferença de perspectivas dentro da relação considerada, o expert pode não reconhecer o seu poder. Para ele o mundo pode ser dividido em uma multiplicidade de campos delimitados de conhecimento, onde o expert lida apenas com um particular. A relação expert-cliente pode ser para ele uma rotina, mas pode também haver uma experiência de dominação sem ser intencional (Hannerz, 1992).

Mas como coloca este autor, ainda existe uma diferença entre expert e leigo, sendo muito difícil abolir a assimetria da diferença de conhecimento/saber na relação entre eles. A questão principal aqui então se refere à “natureza da assimetria e da qualidade do fluxo dos sentidos” (HANNERZ, 1992, p. 121), onde pode se observar maior ou menor sentido de renúncia. Assim, diz o autor, quando o expert comunica a situação do seu cliente, ele pode até mesmo intensificar o sentimento de desqualificação. Na interface semântica entre o expert e o cliente, pode haver muito que mova o cliente à incerteza e à ansiedade.

Termos como necessidade e cuidado são absolutamente centrais para muitas relações clientes-experts, sugerindo a vulnerabilidade do cliente e sua passividade. Como nas palavras de Hannerz (1992, p. 122) “depois de se render ao expert, sela-se o acordo”. Entretanto nem todos os clientes são igualmente desvantajosos, pois quando os modelos explicativos são compartilhados, existem mais informações divididas do que em relacionamentos onde os modelos explicativos não o são.

Aqui o autor quer chamar atenção exatamente para diferentes experiências de mediação que acontecem na diferença de modelos explicativos ou entendimentos entre expert e cliente, sendo a demanda de mediação maior, quando os modelos explicativos são muito diferentes.

No que esta abordagem se refere ao contexto obstétrico, cabe observar que talvez não se trate de diferenças marcantes no modelo explicativo em relação ao controle sobre a vitalidade fetal, mas talvez no tipo de mediação que está acontecendo dentro e fora desta relação obstetra-gestante, quando consideramos o campo obstétrico permeado pelas tecnologias de controle sobre a condição fetal.

Se conseguirmos adequar a crítica da falta de comunicação apontada por Lazarus (1988) à descrição da ênfase nas habilidades técnicas dos experts em detrimento das habilidades comunicativas por Hannerz (1992) podemos entender o papel comunicativo central ocupado pela tecnologia obstétrica, quando parece se transformar num veículo de comunicação material do saber obstétrico ao mesmo tempo em que compartilha o simbolismo atrelado ao feto/bebê através da experiência corporal da realização do exame apesar da mínima comunicação verbal a ele vinculada.

Embora esta consideração seja frequentemente observada no acompanhamento da gestação e do parto, ela não parece inevitável. Fiedler (1996) utiliza a mesma perspectiva do “saber autorizador” que valoriza a intervenção pelo uso de tecnologia obstétrica em relação ao controle manual do parto realizado por parteiras⁴⁹; ela encontra uma grande diferença nas atitudes de diferentes possuidores deste “saber autorizador”.

O que parece ser o principal achado de sua pesquisa é que o “saber autorizador” pode ser demonstrado de forma mais gentil (autorizador, mas não autoritário), onde o (a) profissional faz um trabalho de mediador entre o trabalho corporal da gestação e parto e o conhecimento sobre o processo. Esta comunicação não exclui a utilização de tecnologia⁵⁰ de monitoração fetal, que também pode ser comunicada à gestante, no sentido de uma melhor mediação do controle sobre a gestação e o parto.

Outro ponto importante é entender que, dado que as tecnologias de controle obstétrico sobre a condição fetal (e especialmente no caso da cardiocografia) são prioritariamente utilizadas em momentos onde o “saber autorizador” decide sobre a gestação e o bebê, sua dinâmica se faz presente em momentos de drama social, onde o stress da interação está posicionado na lealdade e na obrigação, nos aspectos vistos como fundamentais da interação. Os agentes legitimados para a decisão devem escolher um lado em termos dos imperativos e constrangimentos morais, frequentemente contra as suas preferências individuais, ou seja, onde a escolha é subjugada pela obrigação (Turner, 1974).

Este parece ser o direcionamento central e que parece guiar todo o campo obstétrico, a totalidade de seus agentes, que estarão em obediência à principal norma não negociável deste campo, sendo o nascimento do bebê saudável (Rangel, 2006). Mas o controle ideal sobre este nascimento, a partir da perspectiva do “saber autorizador” é apenas possível diante do

⁴⁹ De acordo com Shorter (1997) estas parteiras modernas são altamente treinadas, praticando a sua maioria em hospitais e sob supervisão constante. O único ponto em comum destas parteiras modernas com as tradicionais é que elas são mulheres.

⁵⁰ Embora o grande achado do trabalho de Fiedler (1996) seja o trabalho de mediação do conhecimento obstétrico das parteiras sobre a “experiência” corporal das gestantes, a autora conclui o seu artigo enfatizando e de certa forma valorizando a distinção entre “técnicas antigas (a poesis dos artesãos) e tecnologias modernas (de larga escala, inumanas e tirânicas) (Latour (2001, p. 223))”. Fiedler (1996) é antropóloga e enfermeira obstétrica.

controle das intercorrências com a saúde da gestante e das tecnologias de acesso à vitalidade fetal, inseridas em um campo onde elas controlam não apenas a condição fetal, mas também o medo da condição oposta. Esta mobilização do medo é feita em contraste à propaganda da virtuosidade atrelada a estas tecnologias, de forma a constituir um campo onde a mais alta conotação emocional parece estar ligada à coesão dos agentes deste campo e não às suas disputas.

Se o que precisa ser entendido é uma teoria sobre os mecanismos que conectam e fazem mediação entre os elementos cognitivos, morais e simbólicos que caracterizam as fronteiras públicas de um grupo social e que podem se traduzir pelo termo identidade, este campo coloca o corpo como um espaço privilegiado para esta análise, porque ele constitui a arena de mediação (Lock, 1993) onde se observam os aspectos normativos e simbólicos do sistema social e os aspectos experienciais e reflexivos das biografias individuais (Pinto, 2005).

Colocamos esta possibilidade mediática do corpo para evidenciar que a interação destas identidades que se constituem discursivamente, pode ter uma conformação simbiótica na ação da prática obstétrica e de borramento das suas fronteiras aclamadas, já que existe um elemento de conexão entre essas duas identidades, sendo a ligação ou o direcionamento do cuidado ao feto/bebê, o que torna esses grupos identitários em disputa, coesos na maior parte do tempo da ação no campo obstétrico.

Além disso, a preocupação da delimitação das fronteiras identitárias utilizando os referenciais de saber e experiência é tão intensa que parece ter deixado de lado o elemento que faz a ligação entre estas identidades, estes grupos e estes agentes do campo. Este elemento, a nosso ver, é a experiência de mediação tecnológica, que ancorada no corpo e nos instrumentos tecnológicos do campo obstétrico, constrói um híbrido que alberga ao mesmo tempo saber e experiência, ou seja, controle sobre a condição do feto/bebê.

Deste modo, incluiremos a seguir como o corpo/incorporação/corporificação está inserido na prática do campo obstétrico e como ele auxilia a formação da experiência que intenciona controlar a condição do feto/bebê.

3 O CORPO

3.1) A linguagem do *embodiment*.

“If bodies are objects or things they are not like others, for they are the centers of perspectives, insight, reflection, desire, agency. Bodies are not inert. They function interactively and productively. They act and react. “They generate what is new, surprising, unpredictable” (GROSZ, 1994. Introduction).

Para entender a dimensão corporal da relação entre saber e experiência inerente à relação médico-paciente, Frank (1997) propõe a linguagem do *embodiment* como uma possibilidade de mostrar como processos corporais se expressam através de suas histórias, assim como, nestas histórias, determinada cultura se internaliza no corpo⁵¹. O autor descreve quatro possibilidades principais de *embodiment* e como estas possibilidades constroem “tipos ideais” de corpos que são utilizados por ele para a reflexão sobre os possíveis “corpos reais”.

A formulação do autor é interessante e extensa, mas cabe aqui sinalizar apenas para os aspectos que parecem mais direcionados à construção simbiótica dos corpos na medicina e particularmente na obstetrícia contemporânea. O primeiro problema apontado seria o controle⁵², sugerindo que o corpo vive num contínuo que vai da previsibilidade à contingência e esta sendo a condição corporal de estar sujeito a forças que estão fora de controle. Desta maneira, as pessoas se definem pela sua capacidade de controle e pelas ações que se direcionam no sentido do controle das contingências inevitáveis (Frank, 1997).

O autor utiliza o conceito de controle para enfatizar as possibilidades de escolha que as pessoas têm na dependência do grau de possibilidade de previsão ou contingência e da interpretação que pode ser feita a partir destes pólos. Assim, a pessoa pode procurar níveis crescentes de previsibilidade a qualquer custo ou pode aceitar graus variados de contingências. O autor afirma também que a maioria das pessoas transita entre estes dois pólos e emprega estratégias diferentes para controlar aquilo que é entendido a ser controlado.

Como colocado anteriormente, o desenvolvimento do paradigma obstétrico resultando no compromisso com a salvaguarda da vida fetal implicou na dependência de uma relação de

⁵¹ Ortega (2008) aborda o *embodiment* ou corporificação como um posicionamento que considera a experiência subjetiva do corpo, tendo, ao seu ver, uma vantagem epistemológica e ética na hora de analisar os efeitos, na corporeidade e na subjetividade, das tecnologias de visualização médica do corpo.

⁵² Gibbs (1989, p. 23) define genericamente a tentativa de controle como um comportamento “premeditado” de um indivíduo na crença de que este comportamento aumente ou diminua a probabilidade de uma condição subsequente e este aumento ou diminuição é desejável. As aspas na palavra “premeditado” se refere à dificuldade de tradução do termo original *overt* que pode também ser traduzido por público ou aberto, sem necessariamente ser intencional. A importância da definição de tentativa de controle de Gibbs (1989, p. 67-68) para este trabalho é a relação que este autor faz entre o conceito de controle com o de poder, onde poder seria a capacidade percebida de controle efetivo. Portanto, um indivíduo ou grupo de indivíduos é percebido como tendo poder em proporção direta à frequência que este indivíduo ou grupo, de fato, exerce controle efetivo.

controle que se estabelece com o corpo da gestante, com o objetivo de atingir um melhor controle sobre a condição fetal. Esta questão do controle sobre a gestação e mais recentemente sobre a condição fetal não é uma novidade para a disciplina obstétrica que desde seus primeiros tratados do início do século XX descrevem a diferença entre as atitudes ativas do obstetra e as passivas da gestante; esta devendo confiar o seu bem-estar ao obstetra, aceitando o seu comando (Hahn, 1987).

Hahn (1987) analisa que a principal agência da mulher gestante é a adesão ao encorajamento obstétrico no que se refere à instituição e prática obstétricas no compromisso com a sua saúde e a de seu bebê. Esta experiência obstétrica de possibilidade de controle sobre a condição fetal possibilita por sua vez uma possível experiência⁵³ de cuidado⁵⁴ para com a gestante, valorizada após a experiência de controle sobre a condição fetal e talvez de certa liberdade pela transferência desta responsabilidade para outra experiência que se forma concomitantemente.

Sendo assim, a relação de simbiose acima mencionada se assemelha mais especificamente ao que Bateson (1958) chamou de relação de identificação, ou seja, um comportamento que se assemelha no seu aspecto geral, mas que se contrasta nas suas particularidades. Assim, o “jogo” que se estabelece no comportamento identificatório promove que, quando identificados, os agentes são considerados aliados, enquanto quando em contraste, são entendidos como em oposição.

Este autor também observa que o comportamento identificatório se faz no real, mais especificamente no comportamento cerimonial, ou seja, no comportamento o mais público possível. Além disso, pode existir uma terminologia ou uma marca específica que concretize esta identificação, “colorida” por sua vez no discurso, pelo seu conteúdo emocional. Este passa a suscitar, portanto, a distinção da relação identificatória mais fortemente marcada.

Desta maneira, no caso da obstetrícia, se consideramos a relação obstetra/gestante como uma relação de identificação, esta se estabelece através da relação com o feto/bebê, sendo que esta identificação promove a vigilância em relação à condição fetal através de instrumentos que possibilitem esta ação. Este instrumental, como no caso do exame de

⁵³ Davis-Floyd (1992) afirma que esta sensação de uma “experiência” é particularmente apreendida nas entrevistas com mulheres que passaram pela primeira ou única gestação, sendo menos observada quando as gestações subseqüentes acontecem. Como se as gestações posteriores funcionassem como um processo de rotinização e transformando as subseqüentes gestações e partos em meras experiências. De acordo com Shorter (1997) esta experiência do nascimento pode ser entendida historicamente pela mudança da sensibilidade da feminina que passou a almejar a escolha da ajudante do parto, o parto na cama, a demanda pelo alívio da dor e a ligação desta experiência com a vida do bebê.

⁵⁴ Ver: Cuidado Prudente Para Uma Vida Decente (Mattos, 2004).

cardiotocografia caracteriza uma marca e uma terminologia específica para a comunicação do controle para com o feto/bebê, concretizando esta identificação.

A contribuição da abordagem de Bateson (1958) vem acrescentar a importância do aspecto emocional dos comportamentos identificatórios, fundamental não apenas para o entendimento desta complementaridade, mas principalmente para a manutenção do caráter de identificação. Além da dimensão emocional do caráter identificatório obstetra/gestante atrelado ao feto/bebê, verifica-se que a realização do exame de cardiotocografia acontece no final da gestação, quando a ansiedade e os medos referentes ao seu término podem denotar um momento de “drama social” (Turner, 1974) onde, mecanismos ajustadores ou re-direcionadores são utilizados em determinada fase para limitar o avanço da crise.

Estes mecanismos podem envolver desde aconselhamento pessoal e mediação informal ou arbitrária até a utilização de máquinas para resolver certos tipos de crise ou legitimar outras formas de solução. Para Turner (1974) é nesta fase re-direcionadora que tanto técnica pragmática e ação simbólica atingem sua expressão mais completa, pois é neste momento que a unidade do grupo está mais consciente na sua ação. É nesta fase que, “formas ritualizadas de autoridade são invocadas para conter o drama e re-direcioná-lo de maneira ordenada” (GEERTZ, 1983, p. 28). Embora este re-direcionamento na contenção do caráter do drama possa ser entendido como ritualizado, ele parece comunicar o conteúdo emocional que está presente na dinâmica do drama a partir dos agentes envolvidos na sua resolução.

Turner & Stets (2005) descreveram as emoções⁵⁵ como a “cola” que une as pessoas e gera compromissos nas estruturas sociais e culturais em larga escala. De fato, para estes autores, as emoções são o que torna as estruturas sociais e sistemas de símbolos culturais possíveis. Por outro lado, as emoções também podem separar as pessoas e as fazer romper estruturas sociais e desafiar tradições culturais. Portanto, a experiência, o comportamento, a interação e a organização estão relacionadas com a mobilização e expressão das emoções. Turner & Stets (2005) acreditam que um dos aspectos característicos do ser humano é a confiança nas emoções para a formação de relações sociais e a construção de estruturas sociais complexas. Ou seja, as emoções podem ser entendidas como um *link* crucial entre os níveis micro e macro da realidade social.

Ainda na tentativa de entender o lugar das emoções dentro das dinâmicas sociais

⁵⁵ Turner & Stets (2005) entendem que o termo “emoção” denota um fenômeno que pode ser definido por outros rótulos como sentimentos, afetos ou sensações.

Benedict [1934] (1959) propôs um modelo inteligível⁵⁶ vinculado às emoções que chamou de “personalidade cultural” - uma estética que permeia a ação, a emoção e o pensamento. Conceito este, que ficou mais conhecido como *ethos*, na análise de Bateson⁵⁷ (1958) e que aparece de maneira semelhante em Middleton (1989) com o nome de estilo emocional. Este seria uma organização normativa das emoções, incluindo a sua classificação, forma de comunicação, intensidade de expressão e padrões de relação entre as emoções e com outros domínios da cultura local. Esta organização se preocupa especialmente com o caráter público das emoções e é concebida como guia para facilitar a descoberta, a descrição e a discussão das emoções.

A importância destes diferentes conceitos a partir das emoções é de tentar esclarecer que a análise funcional do contexto estudado não está desconectada dos seus conteúdos emocionais, muito pelo contrário, como aborda Bateson (1958), a maioria dos incidentes de um campo pode ser pouco elucidativa quando desconectada dos seus conteúdos emocionais, ou seja, o aspecto emocional do campo é ativo dentro da sua estrutura pragmática de funcionamento.

Este aspecto público das emoções também se articula com o seu caráter político: o entendimento de que a organização e a manipulação das emoções podem ser estratégicas na apresentação dos agentes do campo. O uso estratégico das emoções é, portanto, parte da dinâmica de poder da interação entre estes diferentes agentes (Turner & Stets, 2005).

Seguindo este mesmo caminho, no entendimento de Lutz (1986), o conceito de emoção exerce funções ideológicas, ou seja, existe dentro de um sistema de relações de poder onde este conceito tem a função de manutenção destas relações. A autora explica que a emoção ocupa um lugar importante nas ideologias de gênero, particularmente quando considerada em oposição ao pensamento, sendo assim identificada com a irracionalidade, a subjetividade, com características caóticas e negativas, com atos descontrolados, com perigo e vulnerabilidade, com o corpo, com a natureza, com o feminino e com valores.

Se estas características forem relacionadas, como aponta criticamente Lutz (1986), com os aspectos negativos das emoções, resta falar dos aspectos positivos. Este contraste seria afirmado pela oposição das emoções ao estranhamento e pela sua referência ao aspecto

⁵⁶ Redfield (1953) faz menção a uma série de termos correlatos como estilo de vida, *ethos*, padrões culturais, valores, configuração da cultura e personalidade modal, enfatizando que todos eles sugerem o que é mais fundamental e duradouro sobre o modo como um grupo persiste historicamente. Estes termos aparecem, portanto, como possíveis respostas dos pesquisadores à necessidade de caracterizar um grupo ou cultura. Além disso, o autor afirma que estes termos enfatizam os julgamentos implícitos ou expressos do que é considerado correto na conduta do grupo em questão.

⁵⁷ *Ethos* pode ser definido como a expressão de um sistema cultural e padronizado de organização dos instintos e emoções dos indivíduos (BATESON, 1958, p.118).

relacional. Esta visão da emoção se opõe particularmente à alienação de contextos “puramente” racionais.

Lutz (1986) afirma que esta concepção das emoções vista com enfoque positivo deriva da tradição romântica, onde naturalidade (incluindo a emoção) é considerada como sinônimo de incorruptível, puro, honesto e original. Sendo assim, a emoção é vista como fonte de vida, um “poder da vida”, uma fonte de energia individual. O indivíduo alienado e descomprometido, por outro lado, é aquele que perdeu a emoção como fonte de energia, de interesse e de acesso ao propósito e ao poder.

Acredito que esta característica dual do tratamento das emoções se relaciona com o que é entendido como positivo e negativo na comunicação entre os agentes dentro do campo obstétrico. Se pelo lado das representações dos obstetras existe a tendência à valorização das avaliações cognitivas e do controle através dos instrumentos tecnológicos, do lado das representações femininas há celebração do aspecto emocional, da aproximação da natureza e do comprometimento interpessoal como produtor de afeto.

Estas características em oposição, no entanto, parecem se dissolver parcialmente quando se refere à emoção não apenas com os aspectos cognitivos e afetivos, mas como experiências incorporadas/corporificadas: aprendidas e expressadas no corpo em interações sociais através de mediações de sistemas de sinais, verbais e não verbais. Desta forma, como afirma Leavitt (1996), as emoções devem ser entendidas como fundamentalmente sociais e não simplesmente individuais, como geralmente expressas, como culturais e situacionais ao mesmo tempo em que são reconhecidas como sentidas pela experiência corporal, não apenas conhecida pelo pensamento⁵⁸.

Segundo Reddy (1997) talvez seja interessante deixar em aberto a relação entre a construção cultural das emoções e a dinâmica individual psicológica. O importante seria entender que as emoções são influenciadas e influenciam diretamente aquilo a que elas se referem. Dentro desta abordagem dinâmica das emoções, elas não podem ser vistas como um domínio residual, somático e anti-racional da consciência, cuja turbulência constantemente ameaça a clareza das idéias. Pelo contrário, elas podem ser localizadas como mediadoras ou moduladoras das estruturas discursivas. Reddy (1997) enfatiza que as emoções são

⁵⁸ Esta re-organização do caráter dicotômico das emoções é criticada por Lutz (1985), quando se entende o conjunto emoção/pensamento como pertencentes às características internas das pessoas. A autora critica a concepção de uma “essência” tanto da emoção como do pensamento como estando dentro das fronteiras da pessoa, sendo características dos indivíduos e não das situações, relações e posições morais; sendo propriedades do indivíduo calizadas nas mentes individuais e construídas como fenômeno psicológico. A autora reconhece que este conceito da emoção é o predominante no ocidente, embora também reconheça que diversos estudos etnopsicológicos feitos em diferentes culturas impliquem a emoção como característica das relações sociais e não como características individuais.

particularmente mobilizadas e têm efeito modulador em situações de grande ambivalência, onde elas podem alterar o sentido destas situações, onde podem garantir um direcionamento ou formatar a ação. Para este autor, é nestes casos que se pode dizer que existe um estilo emocional.

Considerando a importância das emoções na interação dinâmica dos agentes, a questão do controle que se coloca acima não pode ser vista como única questão incorporada no jogo do campo obstétrico. Pode estar, todavia, em articulação com outros problemas de resolução corporal como no caso da relação do corpo com a pessoa, a relação do corpo com outros corpos e o desejo corporal, questões que geralmente envolvem a mobilização de emoções. Para Frank (1997) estes quatro tipos de ação definem as “escolhas”⁵⁹ que fazemos; sendo que quando fazemos a escolha pelo controle estamos criando dois tipos de corpos, que serão agora tratados.

3.2) O corpo disciplinar e o corpo espelhado.

Frank (1997) define o corpo disciplinar primeiramente nas ações de auto-organização, sendo o seu problema mais importante o do controle⁶⁰. Assim, o corpo experimenta seu maior grau de crise na perda do controle, quando, como resposta, ele reafirma a previsibilidade através de regimes terapêuticos. Nestes regimes, o corpo tenta compensar a contingência que ele não consegue aceitar.

Nesta perseguição disciplinar o corpo se torna um objeto e não sujeito; desconecta-se da relação com outros corpos e se concentra na ritualização das normas de conduta prescritas. A sua principal demanda passa a ser a concretização do regime entendido como correto e suas expectativas aparecem como surpreendentemente baixas, já que a performance do regime prescrito conta mais de que o seu resultado (Frank, 1997).

O corpo espelhado, assim como o corpo disciplinar, atenta para a previsibilidade, devido ao medo da contingência, que é diferente para os dois tipos ideais. Enquanto o corpo disciplinar teme a contingência pela interrupção das rotinas da prática, o corpo espelhado

⁵⁹ Frank (1997) afirma que a palavra escolha é sempre uma opção complicada, pois esta escolha acontece em contextos sociais onde geralmente há restrição de escolhas, portanto este é o motivo das aspas.

⁶⁰ A caracterização do corpo como disciplinar advém da teoria foucaultiana sobre o poder disciplinar, sendo um poder sem centro, exercido em toda a sociedade, fragmentado e capilar, exercendo-se a partir da base e criando alvos próprios como veículos para o seu exercício. Parte de um discurso científico da normalização e padronização. Este é um poder referente a um conhecimento-regulação, sendo uma trajetória entre um estado de ignorância designado por caos e um estado de saber designado por ordem (Santos, 2005).

teme a perda da imagem. Ambos tentam garantir um controle sobre a contingência na forma do desempenho ou na aparência.

Além disso, o corpo disciplinar se relaciona com outros a partir da sua instrumentalização ou por se tornarem obstáculos; o corpo espelhado encontra seu espaço nas expectativas dos outros que são a sua audiência. Ambos agem sozinhos em um ambiente que os julga, mas os julgamentos são diferentes. O autor coloca como é freqüente o encontro da alternância entre estes dois tipos ideais de corpos, estabelecendo uma relação de interdependência e falta de comunicação.

Este é o ponto chave para o autor, quando conceitua os dois tipos ideais de corpos acima mencionados. O seu objetivo é compará-los com um outro tipo de corpo, o comunicativo, sendo este último não apenas ideal, mas idealizado.

O corpo comunicativo seria aquele que aceita as contingências como parte da contingência fundamental da vida. A previsibilidade seria entendida como excepcional e a contingência passaria a ser aceita como normativa. O corpo contingente é sempre associativo com outros corpos e com ele mesmo e desta forma, realiza um ideal ético de existência para outros corpos. Este ideal ético seria a comunhão de corpos, envolvendo a comunicação não somente verbal, mas da linguagem do corpo, dos gestos, da atitude.

Considerando o corpo comunicativo como um tipo idealizado interessante e possível, mas pouco freqüente nos discursos que abordam as ações no campo obstétrico, optaremos por nos concentrar nas abordagens mais corriqueiras que se remetem a possíveis correspondências com os corpos disciplinares e espelhados.

Mas aqui cabe apenas pontuar que as experiências individuais não parecem ser simplesmente de adesão à norma, imitação ou resistência. Ou seja, não se trata apenas de obediência a rotinas, pois estas estão prescritas por um objetivo concreto e um desejo que parece compartilhado (embora a partir de diferentes perspectivas) que é o nascimento do bebê saudável.

Assim, estas experiências individuais não precisam ser vistas apenas como respostas e sim como ações desejosamente pragmáticas. Um pragmatismo que embora relativo às circunstâncias sociais, é iniciado e orquestrado por indivíduos, em vez de serem apenas efeitos da repressão (Lock, 1998).

Este argumento facilita o entendimento do corpo como um meio para o desenvolvimento de potencialidades da pessoa. Potencialidade, não no sentido amplo de qualquer faculdade humana, mas das habilidades que alguém adquire através de modos específicos de treinamento e conhecimento. Desta maneira, para os iniciados em determinado

contexto, o corpo não é apreensível apenas através de suas habilidades de funcionar como um sinal, mas envolve uma maneira total de ser e agir na qual o corpo é um meio desenvolvível para a sua consumação. Ou seja, o corpo é mediático (Mahmood, 2005). Esta capacidade de mediação, que necessariamente inclui o corpo, pode ser entendida como uma antiga forma de normatividade, uma saída prescrita para existir neste mundo.

Como observado anteriormente, a questão principal dos corpos acima considerados parece ser a obediência desejosamente pragmática a um princípio de regra ou imagem com o objetivo de atingir controle sobre algo entendido como importante. Estes corpos parecem, por conseguinte, corpos deficientes, que precisam de uma história de restituição.

Estes corpos que se predispõem à narrativa de restituição caem geralmente em limites entre os corpos disciplinares e espelhados. A história de restituição geralmente demandando a aderência a um regime médico e a adesão a este regime demanda um corpo disciplinar, que geralmente é também espelhado pela imitação a um padrão já pré-estabelecido.

3.3) A sistematização do espelhamento.

Esta aderência a um determinado regime parece ser compreendida pela iniciação em regimes ostensivos e sistemáticos⁶¹ que facilitam a intensa exposição doutrinal, onde os iniciados passam a ser capazes de conceituar o mundo social e o seu lugar dentro dele, de uma maneira específica.

Este processo de socialização e aquisição de identidade pode ser entendido, pelo menos parcialmente, nos termos das experiências pessoais em relação à disciplina rotinizada dentro das atividades de ensino e prática e que inserem, nos indivíduos socializados, um repertório de esquemas, de modelos ideais de como ser na performance de determinadas atividades do coletivo (Byron Good, 1994; Whitehouse, 2000).

Desta forma, o modelo ideal como uma ideologia universalizada, codificada em doutrinas científicas, parece ser construído na realidade prática através de efeitos mnemônicos da rotina conferidora de identidade de grupo, da persuasão na dependência do rigor lógico do corpo doutrinal e da plausibilidade de afirmações em que são baseadas (Whitehouse, 2000).

⁶¹ Whitehouse, H. em seu livro *Arguments and Icons. Divergent modes of religiosity*, tem como objetivo uma análise da coexistência de dois modos de religiosidade: o doutrinal e o imagístico. Em nenhum momento ele se refere às práticas hospitalares. No entanto acredito que sua teoria sobre as formas de codificação religiosa passa ser utilizada para esclarecer alguns aspectos do entendimento de outros modos de codificação, como no caso da científica, respeitando suas devidas limitações pertinentes a cada campo.

Além disso, é através de atos corporais repetitivos que alguém treina a sua memória, desejo e intelecto para se comportar de acordo com padrões estabelecidos de conduta. Estes padrões, quando não alcançados com sucesso, são percebidos como uma inadequação da formação do indivíduo, havendo um desalinhamento entre norma e desempenho e onde diversas ações vão estar na direção de ultrapassar este desalinhamento com uma aproximação do ideal.

Mahmood (2005) aponta como a ritualização, nos seus gestos e nos seus comportamentos são meios necessários para criar as atitudes requisitadas e as disposições entre os praticantes. Assim, atos externos performativos criam correspondentes disposições internas, como na teoria do *habitus*, onde este conceito explica como posições estruturais e de classe vêm a ser incorporadas como disposições – amplamente como processos inconscientes.

Se o *habitus* é um princípio gerador através do qual certas condições objetivas de um campo são inscritas nos corpos como disposições dos agentes sociais, a autora valoriza especialmente o processo pedagógico de incorporação das disposições, porque o foco principal não é que alguém age virtuosamente, mas como se atua uma virtude: com intenção, emoção e comprometimento. (Mahmood, 2005, p.133).

Este processo de atuar a virtuosidade não é simplesmente incorporado/corporificado e passa a fazer parte do indivíduo, mas necessita de constante vigilância e monitoração da prática como elemento crítico da formação ética⁶² desta tradição. Ou seja, a autora se preocupa com as ações conscientes direcionadas para fazer certos tipos de comportamentos inconscientes e não deliberativos, enfatizando a relação complexa da tríade do sistema pedagógico mais amplo, onde determinadas emoções são constituídas não simplesmente como instrumentos motivacionais, mas como aspectos integrais da própria ação.

Mahmood (2005) enfatiza especialmente como certas emoções são adquiridas e passam a comandar a autoridade de indivíduos num contexto particular. Ela se detém em algumas emoções em particular, especialmente o medo e de como ele passa a ser constitutivo na realização da conduta virtuosa.

Este argumento é muito semelhante ao veiculado por Abramson (2005) quando analisa a conduta dos médicos em relação à prescrição de medicações. Para este autor, os médicos não são obrigados a seguir nenhum protocolo à risca, mas a maioria o faz por diversas razões: eles querem praticar a melhor medicina possível; eles desejam que suas decisões médicas sejam consistentes com os padrões da comunidade científica; e eles sabem

⁶² Também chamado por Redfield (1953) de ordem moral se referindo à organização dos sentimentos humanos em julgamentos em relação ao que seria correto.

que se não as seguirem, eles têm o risco crescente de serem processados se alguma coisa der errado. Estes fatores estão alinhados à enorme propaganda da virtuosidade associada à tecnologia, que no caso de Abramson (2005) são medicamentos.

É interessante notar que a discussão de Abramson (2005) se remete fielmente aos achados durkheimianos sobre práticas culturais ritualizadas, onde o caráter “sagrado” de determinados símbolos promove a emergência de emoções positivas quando em conformidade com as normas culturais da prática, enquanto a falha nesta conformidade convida à emergência de emoções negativas e a sanções.

Portanto, o poder destes símbolos, como parece ser o caso do feto/bebê, está na sua qualidade emocional/moral, permitindo que os indivíduos se sintam virtuosos quando em conformidade com a norma e desviantes quando esta é violada, fazendo com que haja a tendência a obedecer à norma pré-estabelecida. No caso das emoções que emergem destas práticas, observa-se a íntima ligação com os valores culturais, crenças e normas; com a objetificação de elementos culturais por símbolos externos e com a sanção ritualizada daqueles que falham em se conformar com o que é ditado pela prática (Turner & Stets, 2005).

Por outro lado, a obediência⁶³ às questões normativas da prática, demonstra o que está envolvido na solidariedade do grupo, ou seja, os aspectos que levam à simbolização das relações do grupo como tendo um caráter especial. Quando o grupo é simbolizado desta maneira, a solidariedade é aumentada, o que, por sua vez, aumenta a “energia emocional”⁶⁴, a sincronização rítmica da performance do grupo, intensificando também o foco de atenção compartilhado e incrementando o valor atribuído a estas diferentes variáveis (Collins, 1993).

Este aspecto coincide com os achados sobre as representações tanto de obstetras como de gestantes, onde a emoção do medo⁶⁵ em relação ao sofrimento fetal não serve apenas como motivação/mobilização para a perseverança na virtude, mas tem um valor epistemológico: ele habita alguém para reconhecer e distinguir a virtuosidade. Assim, Mahmood (2005) considera que invocações repetidas do medo e práticas que evocam e expressam o medo, treinam a

⁶³ O caráter de obediência está enfatizado neste trabalho, pois implica nas expectativas depositadas no indivíduo de corresponder a uma norma estabelecida pelo grupo (mais restrito ou mais amplo) de sua afiliação. Uma abordagem mais individualista aparece no trabalho de Goffman (1959) que reconhece o esforço do indivíduo de se apresentar ao outro de forma a evitar a vergonha e o constrangimento. Este esforço demonstra, nesta análise, um processo de controle social mediado pelo fluxo positivo de emoções, como o orgulho, em relação às emoções negativas como o medo e a vergonha. Portanto, o controle social é, de fato, o autocontrole individual na medida em que as emoções negativas incentivam o indivíduo a aderir as prescrições normativas.

⁶⁴ Energia emocional se refere ao conteúdo afetivo que os indivíduos mobilizam em uma situação (Collins, 1993).

⁶⁵ Morton (2002), em seu trabalho de campo nas Ilhas do Pacífico, observou que o que domina as histórias sobre os nascimentos por parte das mulheres que são atendidas em hospitais é o medo geral e a desconfiança nos profissionais de saúde e seus procedimentos. Mas apesar destes aspectos negativos, as mulheres também mencionaram a notável habilidade dos médicos de lidar com as complicações da gestação e do parto.

pessoa para viver de forma ideal (nesta prática) sendo também uma condição permanente para o indivíduo ideal.

O entendimento da emoção do medo como motivação para a ação está de acordo com as tradições culturais que lidam com a emoção como causadora da ação, um entendimento conferido por historiadores e antropólogos da emoção⁶⁶ (Lutz, 1986). Mas o que parece ser significativo é que a emoção do medo não apenas impele para a ação, mas é considerada integral para a ação. Portanto, o medo parece ser um elemento interno à estrutura dinâmica do ato, uma condição para a ação considerada necessária (Mahmood, 2005).

A importância da abordagem de Mahmood (2005) para esta pesquisa é de destacar que os processos pedagógicos através das práticas corporais de um campo são incorporados/corporificados não apenas através da inculcação de um saber objetivo, informacional e textual, mas de uma experiência que mobiliza e é mobilizada por emoções mistas atreladas ao conceito de identidade. Estas emoções mistas, portanto, não apenas motivam os agentes para a ação, mas também são elementos que comunicam as subjetividades na ação.

Aqui, vale apenas ressaltar que, o termo utilizado para enfatizar a capacidade universalista e formadora de identidade da instituição ou “esquema” aparenta certa homogeneidade grupal. Esta afirmação coincide com alguns estudos lingüísticos e das ciências cognitivas que sugerem que algumas experiências universais poderosas com relação ao corpo podem constranger variações e fundamentar construções culturais locais formando experiências razoavelmente semelhantes (Keesing, 1997).

O autor explica que a sua afirmação considera o relativismo cultural na antropologia médica, no sentido de desestabilizar as afirmações do paradigma médico dominante. Ele cita os trabalhos antropológicos feministas, que, utilizando uma abordagem foucaultiana sobre o corpo, descrevem um enfoque na inscrição do poder, veiculado por símbolos culturais. O autor enfatiza que este argumento, geralmente bem colocado e etnograficamente fundamentado, com respeito à construção do corpo, assim como a construção da pessoa e da emoção, não permitem que qualquer abordagem simplista e universalmente reducionista seja entendida como produtiva.

Enquanto a crítica de Keesing (1997) não pretende questionar a existência de importantes diferenças nas experiências corporais formatadas por universos de símbolos

⁶⁶ Catherine Lutz (1986) analisa a emoção como uma categoria cultural veiculada a outras diferentes categorias, geralmente entendida no sentido contrário ao pensamento, como irracional, como ato não intencional e incontrolável, como perigo e vulnerabilidade, como física e não mental, como um fato natural, como subjetividade, como feminina, como valor e como uma categoria ou veículo de comunicação e cuidado e relação.

culturais onde as pessoas se inserem, ele enfatiza que estas diferenças apresentam o seu nível de relevância específico, que no caso desta pesquisa, se consolida com a questão dos contrastes de identidades.

Acredito que este nível contrastante, mas de relevância coletiva, pode ser entendido segundo Santos (2005), como igualdades desigualmente relevantes, onde desigualdades que se reforçam ou se neutralizam mutuamente criam um padrão de distribuição desigual difícil de combater. Para este autor, as constelações de poder sendo sempre distributivas, tanto fixam fronteiras como abrem novos caminhos. Enquanto fixadoras de fronteiras são inibidoras, e enquanto indutoras de novos caminhos são promissoras. Assim, todos os dualismos ancorados nas relações de poder revelam este duplo caráter nos seus pólos como a dupla possível/impossível, desejado/rejeitado, legítimo/ilegítimo e incluído/excluído. O primeiro pólo de qualquer um destes dualismos é promissor e abre novos caminhos, enquanto o segundo pólo é inibidor e fixa fronteiras.

Santos (2005) argumenta que a mesma constelação de poder permite múltiplas situações e contextos em que o exercício capacitante se combina com o exercício inibidor. A invalidação ou afastamento dos constrangimentos só poderá ocorrer quando as diferentes relações de poder se exercerem simultânea e convergentemente no modo de abertura de novos caminhos.

Mas o que interessa do argumento de Santos (2005) para este trabalho é que as semelhanças desiguais parecem derivar das experiências incorporadas/corporificadas nos processos disciplinares de consciência, memória e ritmos corporais, assim como da necessidade pragmática de planejar e coordenar determinadas atividades.

Desta forma, ambos obstetras e gestantes e provavelmente outros agentes, inseridos no campo obstétrico, não apenas autorizam individualmente este “saber”, mas o experimentam e vivenciam objetiva e subjetivamente de forma coletiva e desigual. Pois, para o lado de fora de cada uma de suas fronteiras corporais e de identidade existem disposições coletivas, que quando incorporadas/corporificadas, são também comunicadas e, portanto, parecem estar fazendo a manutenção deste “saber” e do campo como ele se apresenta.

Assim, a mobilização da emoção do medo e a conquista da virtuosidade parecem estar embebidas nas principais disposições compartilhadas e que são transmitidas e circuladas pelas experiências de mediação tecnológicas, mantendo este campo obstétrico no cumprimento do

que se julga ser o “consenso”⁶⁷ de todos os agentes – a vigilância quanto à condição fetal para o nascimento do bebê saudável.

A importância desta mobilização e conquista coletiva, parece interessante para entendermos o deslocamento dos conteúdos de cada fronteira de grupo no sentido para fora, ou seja, da sua transmissão e circulação. Esta abordagem, portanto, tem a intenção de mudar a visão relativa ao “saber autorizador” que de uma construção médico-obstétrica (e tecnocientífica) passa para o lugar das experiências que incorporaram/corporificaram tecnologias que se apresentam como moral e emocionalmente mediadoras de uma saber informacional, divisor de responsabilidades, fornecendo, portanto, o arcabouço para estabelecer os conteúdos fronteiriços das identidades discursivas na dinâmica dos agentes do campo.

Esta abordagem das experiências de mediação tecnológicas vai, portanto, voltar a nossa atenção para os conceitos de campo e *habitus* (Bourdieu, 2004) que na ação e como o autor coloca, na prática, delimitam fronteiras devido à luta entre os agentes pelo status e pelo poder de influência dentro do campo. No entanto, não parece ser apenas isto. A noção de *habitus* pelo reconhecimento da existência de técnicas corporais socializadas, reconhece também o corpo como sendo de natureza tanto social quanto biológica, um corpo que se evidencia por experiências centradas tanto no significado como no sentimento (Leavitt, 1996).

Embora esta abordagem das experiências de mediação tecnológicas como uma linguagem prática nos pareça esclarecer melhor a relação de autoridade do saber em função do simbolismo dominante contextual na dinâmica de todos os agentes do campo obstétrico; para os médicos, o discurso vinculado à virtuosidade, de fazer o que é correto – cientificamente aceito; e do medo de errar e ser julgado especialmente pelos pares parece crucial (Abramson, 2005). Ou seja, para estar no campo, ou melhor, para permanecer no campo como agente reconhecido, deve-se obedecer a estas regras, que na ação são consideradas como “jogando o jogo”.

No caso desta pesquisa, o jogo faz referência à adesão a um corpo disciplinar que tem na incorporação/corporificação tecnológica uma possibilidade de ampliar as fronteiras corporais, portanto, a possibilidade de atingir a virtuosidade através do controle.

⁶⁷ Este consenso está entre aspas, pois pode representar nas palavras de Santos (2005, p. 30) “sob a capa dos valores universais autorizados pela razão foi de fato imposta a razão de uma raça, de um sexo e de uma classe social”. Santos (2005) aborda a questão do silenciamento de algumas formas de saber como uma construção que se afirma como sintoma de um bloqueio, de uma potencialidade que não pode ser desenvolvida. O fato de só haver um conhecimento torna as diferenças ininteligíveis e as conduz à incomensurabilidade e em última instância à indiferença.

3.4) A experiência do corpo ampliado: Abordagem da prática tecnológica.

Quando se fala da aparelhagem implicada no contexto institucional se entende que se refere à utilização de determinadas tecnologias tanto no seu aspecto material, quanto social e humano. Pacey (1983) observa que quando a tecnologia é discutida no seu sentido restrito, os valores culturais e os fatores organizacionais são considerados externos a ela. A tecnologia é desta forma identificada com seus aspectos técnicos e a palavra técnica é de uso apropriado.

O significado mais amplo, no entanto, pode ser equacionado ao termo prática tecnológica, que é certamente inclusiva de valores e de questões políticas. Assim, a definição de tecnologia de Pacey (1983) seria “a aplicação de conhecimentos científicos e não científicos para tarefas práticas por sistemas ordenados, que envolvem pessoas e organizações, coisas vivas e máquinas” (PACEY, 1983, p. 6). Esta definição inclui, então, a ciência dentro da tecnologia.

Pacey (1983) afirma que geralmente as pessoas tendem a focalizar nos aspectos técnicos e tangíveis de um problema prático e de pensar que as capacidades extraordinárias da tecnologia moderna deveriam levar a um ajuste apropriado.

O autor coloca que a noção deste ajuste tecnológico na sociedade como um todo está associado à idéia de progresso e divisão de trabalho, onde a tecnologia funciona como o instrumental para aumentar a capacidade humana com maior rapidez e precisão assim como demanda maiores habilidades dos operadores das máquinas e especialmente um crescente discernimento quanto a sua utilização.

Desta forma, a prática tecnológica muda a demanda das habilidades humanas, desqualifica a habilidade desprovida da tecnologia e demanda a criação e o desenvolvimento de outra associada a ela. O mesmo argumento é encontrado por Martin, (1992) que exemplifica, no caso da obstetrícia, como a utilização tecnológica durante a gestação e o parto substituiu algumas habilidades manuais que foram, ao longo do tempo, perdidas e fez dos médicos trabalhadores gerenciados.

Pacey (1983) afirma que o falso otimismo que seria ligado à visão linear do progresso coloca o desenvolvimento da tecnologia como inevitável e inescapável, ou seja, estabelece um determinismo tecnológico, que apresenta no seu avanço um processo entendido como estável na sociedade em geral.

Contudo, as explicações são insuficientes quando se focalizam apenas no desenvolvimento de ferramentas. A abordagem se torna mais interessante quando se

reconhece “o todo complexo de agências mutuamente sinérgicas... ferramentas usando e fazendo a comunicação simbólica... a conduta do grupo” (PACEY, 1983, p. 26).

O autor se preocupa especialmente em entender porque se observa uma crença no determinismo tecnológico. A resposta para ele parece ser parcialmente que estas convenções servem um propósito político, fazendo com que as pessoas aceitem o conselho de “*experts*”, o que cria uma menor chance de participação nos processos de decisão que envolve a tecnologia.

Pacey (1983) ainda elabora que esta crença no determinismo tecnológico pode estar ligada àquilo que poderia se chamar de cultura do *expert*. Isto implica na utilização do conhecimento já estabelecido e adequado às questões políticas; e dependente da maneira com que os profissionais são treinados. Este treinamento, por sua vez, é essencialmente seletivo para determinados propósitos, o que o autor chamou de “visão afunilada” (PACEY, 1983, p. 37), ou seja, um aprendizado que examina aspectos específicos de problemas com atenção concentrada e que cega para outros assuntos.

Estes outros assuntos podem estar sendo resolvidos com “tecnologias invisíveis” (PACEY, 1983, p. 38) para aqueles que identificam a tecnologia com a máquina, sofrem da visão afunilada e desconsideram questões relativas à manutenção e organização.

Este fator é ainda mais evidente quando com o aumento do conhecimento sobre um determinado assunto associado a pressões políticas, industriais, valores pessoais e a cultura profissional, todos juntos, podem impelir a procura de soluções vistas como simples para qualquer problema preocupante, frequentemente na forma de uma solução tecnológica.

Para o autor esta noção de tecnologia, entendida apenas no seu sentido resolutivo, poderia ser chamada de tecnologia pela metade: quando os profissionais tendem a trabalhar num sentido auto-suficiente, dentro da esfera do *expert*, com equipamento que geralmente é custoso e elaborado, sendo o seu desenvolvimento restrito ao espectro do entendimento do *expert*.

Este entendimento englobaria não somente a noção de progresso, como também uma dimensão do tempo, onde a tecnologia confere um rápido benefício tanto ao trabalho destes *experts* quanto à sua organização institucional.

Deste ponto de vista, onde a tecnologia estaria apenas ligada à eficiência e à racionalidade (como valores importantes) se teria o “imperativo tecnológico” (PACEY, 1983, p. 79), ou seja, o reforço da visão determinista da tecnologia como autônoma e irresistível. O imperativo tecnológico implicaria parcialmente na expressão de valores, mas não exatamente na ética e nos valores que podem ser abertamente discutidos na vida profissional, mas apenas

daqueles que podem ser apresentados como parte proeminente da esfera dos *experts*, ou seja, que não elucida a parte obscura da experiência pessoal da tecnologia e dos valores de pano de fundo a ela associados.

Ainda esclarecendo o conteúdo do imperativo tecnológico, o autor chama a atenção para a implicação dos valores profissionais dentro da procura de reconhecimento, do ganho de status dentro da comunidade profissional através do desempenho atrelado à tecnologia. Este desempenho está particularmente associado a uma questão existencial e de mobilidade, que resulta em um encantamento com respeito ao aumento das capacidades individuais e habilidades que a tecnologia proporciona.

Este incremento sobre o corpo humano propriamente dito é aliado ao poder mecânico e ao controle. A máquina se torna uma extensão do corpo e dos sentidos, proporcionando um manejo espacial ou uma mobilidade, sendo então um aumento da capacidade temporo-espacial (Pacey, 1983). Ou seja, um corpo ampliado. Este aspecto do corpo talvez se relacione com o que Ortega chamou de “a reconquista psicológica do corpo” (ORTEGA, 2008, p. 64) uma tentativa de passar do corpo como objeto da tecnobiomedicina contemporânea e da biologia mais convencional, ao corpo como sujeito de sensação, de experiência e do mundo.

Este autor se baseia na filosofia de Merleau-Ponty para enfatizar que o corpo é um sistema aberto ao mundo, a partir do momento em que incorpora ao esquema corporal aquilo que lhe faz possível ser ampliado. Assim, este corpo, “o corpo que somos e temos, não é apenas um objeto de controle e vigilância, nem uma construção discursiva, midiática ou espetacular, mas o sujeito da experiência e da ação” (ORTEGA, 2008, p.180).

Um corpo que pode ser entendido como autônomo construído na experiência de competência, onde o sentido de autonomia é também um sentido de prazer e de satisfação não apenas individual, mas uma gratificação emocional gerada pela habilidade de agir efetivamente, sendo um sentimento alimentado afetivamente pela relação com o sujeito ou objeto que permite esta autonomia/capacidade (Keller, 1995).

Com intenção semelhante, Latour (2001) aponta o corpo ampliado afirmando como “alguém mais”, o alguém híbrido que compreende o agente e o instrumento. Ele adota exemplos de simetria entre agente e instrumento para obrigar-nos a abandonar a dicotomia sujeito-objeto que impede a compreensão dos coletivos. Para Latour (2001) não são os agentes ou os instrumentos que exercem a ação e a existência, mas a responsabilidade pela

ação que deve ser dividida entre vários atuantes. E este é o significado de mediação que está sendo enfocada para este trabalho, o que Latour⁶⁸(2001) chamou de interferência.

E aqui se encontra uma questão fundamental desta abordagem sobre o corpo ampliado, uma abordagem relativa à virtuosidade do corpo, pois “é claro que o corpo não é apenas um meio localizado para a ação. Ele é um organismo físico que deve ser cuidado; ele é sexualizado; e ele é fonte de prazer e dor” (GIDDENS, 1991, p. 61).

Desta forma, Pacey (1983) afirma que para se entender a cultura da tecnologia deve-se reconhecer dois sistemas de valores entremeados: um baseado na objetividade, racionalidade, materialismo e economia e outro na aventura de explorar fronteiras da capacidade e de atingir a virtuosidade⁶⁹ pela ampliação da capacidade.

No entanto, podemos problematizar este aspecto positivo da ampliação corporal, através da utilização de tecnologias, com o seu contraponto necessariamente criado, da produção de indivíduos desconfiados, melindrosos e inseguros de si; indivíduos que com insegurança para a ação se tornam reativos, adaptados, obedientes e submissos (Ortega, 2008)

O argumento do imperativo tecnológico coincide, portanto, com a analogia da passagem entre a construção do saber científico no laboratório⁷⁰ para a prática hospitalar, onde a busca pela evidência objetiva demonstra a maneira muito peculiar com que os médicos se apropriam de informações advindas de métodos experimentais, e no caso tecnológicos, transformando inferências em “verdades”, resultando em uma transposição acrítica da situação experimental para a prática clínica. “Sob a capa da “cientificidade”, encontramos a reverência dogmática pelo saber” (CAMARGO Jr, 1992, p. 222).

Este saber científico e tecnológico baseado na objetividade é para Keller (1995) um “saber generizado” com longa história de identificação com a masculinidade e onde ocorre uma associação entre a postura afetiva e cognitiva da objetivação com o masculino, enquanto que os processos que envolvem o borramento de fronteiras entre sujeito e objeto tendem a ser associados com o feminino.

Para a autora acima, esta é uma discussão que articula um sistema de crenças sobre os significados de masculino e feminino, que não correspondem ao que seja verdadeiro ou falso,

⁶⁸ Latour (2001) também concebe o conceito de mediação como sendo a composição de objetivos e obscurecimento.

⁶⁹ Virtuosidade pode ser entendida como uma emoção que é sugerida pelo trabalho de um intérprete, para o seu prazer físico, sua destreza, sua habilidade corporal, seu prazer em conquistar e em subjugar através de sua personalidade, uma grande audiência. Originalmente empregada para um excelente músico, a virtuosidade em parte se relaciona com a pureza da expressão enquanto outra parte é francamente direcionada na aquisição do sucesso (Pincherle & Wager, 1949).

⁷⁰ Latour (2001) descreve a tecnologia não como uma coisa e sim um *modus operandi*, uma cadeia de gestos e know-how que antecipa resultados. O que Latour (2001, p 221) pretende enfatizar é um problema de simetria: onde o que é verdadeiro relativamente ao objeto o é ainda mais relativamente ao sujeito, pois em sentido algum se pode dizer que humanos existem como humanos sem entrarem em contato com aquilo que os autoriza e capacita a existir (ou seja, agir).

mas o mundo que esta ordenação constrói, ou seja, a dinâmica dos processos deste mundo ordenado pelos princípios de masculino e feminino. Keller (1995) não relaciona esta visão da ciência e tecnologia como algo inevitável, pelo contrário, seu objetivo é de apontar para uma concepção de objetividade que possa se libertar de constrangimentos inapropriados.

No entanto, quando a questão é a possibilidade de controle, o saber é o principal agente (Dewey, 2002); e neste caso, estamos novamente dicotomizando os tipos de experiências que parecem proporcionar este controle desejado com a condição fetal.

Capítulo 4.

4) Metodologia de Pesquisa.

“The hermeneutic competence of consciousness is claimed to be the responsible factor for undoing the distinction between the two seemingly different worlds” (CHATTOPADYAYA, 1990, p. 171)

As abordagens descritas anteriormente foram escolhidas com a intenção de evidenciar que as construções teóricas sobre o campo obstétrico atual apresentam-se nitidamente na forma de dicotomias que foram relacionadas com os discursos de identidades de grupo, distinguindo o espaço médico-obstétrico referido ao “saber autorizador” e o espaço das construções de identidade feminina referido à experiência da gestação. No caso das tecnologias obstétricas de controle relativo à condição fetal, são consideradas como pertencentes ao espaço do “saber autorizador”, um espaço entendido como silenciador do espaço da experiência, não necessariamente por dados objetivos da prática obstétrica de inclusão tecnológica, mas pela própria oposição discursiva estabelecida entre estes espaços.

O questionamento desta oposição já se encontra presente nos estudos com a tecnologia da ultra-sonografia, evidenciando que a ampla aplicabilidade desta técnica se deveu em parte a possibilidade da experiência de subjetivação fetal pelas gestantes submetidas ao procedimento durante o acompanhamento pré-natal.

Embora a tecnologia de escolha para esta proposta de pesquisa seja a cardiocografia, que, pela imagem construída na forma de gráfico e não “foto”, não parece possibilitar o mesmo grau de participação em relação às gestantes, a intenção na escolha desta tecnologia foi de mostrar que ela assim como outras de controle da condição fetal são constituintes da prática obstétrica como campo, que inclui a relação discursiva, corporal e subjetiva dos obstetras com as gestantes e com outros agentes do campo, da associação entre diferentes tecnologias dentro de um contexto institucional complexo e que parece ser mais abrangente que a relação dicotômica inicial preconiza.

Para entender a prática deste campo obstétrico, propus como objeto de pesquisa a análise da transmissão e circulação do “saber autorizador” a partir das experiências de mediação tecnológica com a cardiocografia num contexto institucional local. Proposição que sugere que o “saber autorizador” é comunicado pelos agentes do campo inseridos na dinâmica de inclusão tecnológica, através de uma linguagem prática, que materializa o simbolismo dominante contextual ao mesmo tempo em que permite visualizar os elementos constituintes centrais desta dinâmica.

Como abordagem metodológica para este estudo, vou contar e analisar a história do exame de cardiocografia que me foi transmitida e experienciada no contexto (Chattopadhyaya, 1990) estudado no meu trabalho de campo do mestrado (2006), quando trabalhava como médica clínica numa Maternidade Pública Municipal do Rio de Janeiro, momento em que esta unidade de saúde passava por uma mudança estrutural que a transformou em uma unidade de médio e alto risco obstétrico.

Primeiramente achei que a observação e a análise do campo obstétrico seriam suficientes para a minha proposta de pesquisa. No entanto, ao longo do contato que tive com as abordagens teóricas sobre o campo obstétrico, percebi que seria fundamental abordar as perspectivas dos agentes deste campo, especialmente aqueles a quem o “saber autorizador” é atribuído.

Embora pareça bem definido que os discursos sobre a obstetrícia contemporânea tentem desobjetivar estes agentes, eu percebi que seria interessante ver como essas subjetividades aparecem nos discursos e como são atuadas no campo empírico.

Para isto utilizei duas estratégias metodológicas: a primeira se refere a entrevistas semi-estruturadas com cinco profissionais-chaves que trabalham em conjunto em uma Maternidade Pública do Município do Rio de Janeiro, sendo três obstetras, um pediatra/neonatologista e um clínico especialista em gestações de risco. A escolha destes agentes listados se deve à atribuição do “saber autorizador” ao grupo de profissionais que lida com a gestação a partir de um referencial médico-científico-tecnológico (obstetras), sendo no caso desta pesquisa, ampliado para outros profissionais que trabalham com o mesmo referencial, mas com maior investimento na gestante (clínico de gestação de risco) e no bebê (pediatra/neonatologista). A escolha desta abordagem metodológica se justificou no sentido de verificar ou não a hipótese da pesquisa, ou seja, a existência do suposto simbolismo dominante do campo obstétrico atrelado ao feto/bebê, assim como de identificar as categorias pelas quais estes agentes do campo fazem a construção e manutenção deste simbolismo e das suas identidades discursivas num contexto local de inclusão tecnológica.

Estas entrevistas foram feitas após convite individual ao profissional de saúde e aceitação de participar da pesquisa, mediante apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi garantido o sigilo dos nomes e dos locais de trabalho dos profissionais de saúde escolhidos, que poderiam recusar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento, apenas pela comunicação à pesquisadora, sem prejuízos, sanções ou constrangimentos de qualquer natureza para esses sujeitos. Ou seja, a pesquisa não conferiu riscos para os sujeitos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segue em ANEXO.

Foi feita análise do conteúdo (Bardin, 1997) das entrevistas colhidas, sendo que, as categorias encontradas a partir dos discursos dos agentes entrevistados serviram para o entendimento da dinâmica de atuação destes agentes em conjunto, ou seja, um guia para a análise da segunda estratégia metodológica. A pesquisadora foi a pessoa a colher as entrevistas que foram gravadas, em áudio, mediante autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que realizou a transcrição, análise e armazenamento dos seus conteúdos. Essas entrevistas poderão ser utilizadas, sob autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a escrita de textos acadêmicos como artigos científicos além da tese de doutorado. Segue em ANEXO o roteiro das entrevistas semi-estruturadas.

A segunda estratégia foi a observação participante de inspiração etnográfica, que se justifica pela própria formulação do objeto de pesquisa quando pressupõe a análise das atuações dos diferentes agentes inseridos na prática obstétrica quando relativa à tecnologia da cardiocografia, assim como pela a intenção desta proposta de pesquisa, de entender o diálogo entre as performances, as perspectivas e as identidades destes agentes no campo local.

O processo metodológico da pesquisa a que me refiro implicou na observação, na tomada de anotações e no engajamento do pesquisador na rotina diária do campo que foi estudado – uma experiência denominada de trabalho de campo, cujos principais objetivos são de capturar a diversidade constituinte do campo estudado ao mesmo tempo servindo como fonte de crítica da perspectiva utilizada pelo próprio pesquisador (Marcus & Fischer, 1986). Esta possibilidade de autocrítica deriva da perspectiva antropológica auto-reflexiva⁷¹ e que neste trabalho pretende investigar os modos como o envolvimento emocional do pesquisador com o seu material de campo importam na observação, descrição e análise do próprio campo. Portanto, vai tentar mostrar como se estabelece o compromisso do pesquisador com o seu campo de estudo (Ottensberg, 1994).

Retornando à questão da observação participante no campo proposto, ela teve a intenção de abordar não somente a realização do exame de cardiocografia, mas especificamente os momentos da comunicação dos agentes do campo obstétrico quando relativos ao exame em questão. Desta maneira, a partir desta história relativa à dinâmica do exame de cardiocografia, abordei as suas experiências de mediação tecnológica como veículos de comunicação do “saber autorizador” do campo obstétrico e a forma como esta

⁷¹ Esta abordagem é congruente com a perspectiva antropológica auto-reflexiva, auto-consciente e auto-crítica que emergiu a partir das análises de campo de muitos trabalhos desde a década de cinquenta, quando os pesquisadores começaram a questionar as suas posições “neutras” de coleta de dados e análises possíveis a partir da observação participante no campo (Eriksen and Nielsen, 2001).

comunicação pode direcionar o entendimento do campo obstétrico atual nas dicotomias já observadas.

Embora, durante o trabalho de campo, o observador participante não possa experienciar o que os outros agentes do contexto experienciam, incluindo as suas emoções, acredita-se que seja possível construir um modelo inteligível e potencialmente sensato das experiências observadas, utilizando a própria experiência do observador como material sobre o qual vai se trabalhar (Leavitt, 1996).

Middleton (1989) valoriza especialmente a comunicação das experiências do campo, no sentido de esclarecer as intenções, as atitudes, as identidades e os significados expressos no contexto cultural local. Desta maneira, é nas diversas formas de comunicação que as “experiências interiores” se tornam objetivadas e observáveis como fenômenos sociais e sujeitas à observação etnográfica.

Nesta comunicação, embora algumas emoções possam ser hiper-perceptíveis (Levy, 1973), como parece acontecer (no contexto obstétrico) com a emoção do medo e da vulnerabilidade, outras emoções menos visíveis não deixam de ter importância, já que podem auxiliar no entendimento das tensões e conflitos que norteiam o comportamento dinâmico dos grupos estudados. Assim, quais emoções serão consideradas, é um problema a ser resolvido pela observação e análise do próprio campo (Middleton, 1989).

Embora a utilidade do conceito de “estilo emocional” possibilite um diálogo entre o domínio das emoções e o domínio do saber (Middleton, 1989), este domínio emocional pode, diferentemente, ser entendido como um domínio de mediações entre diversos saberes (Levy, 1984). Estas mediações, expressas através das emoções, podem revelar relações de afinamento, expansão ou obscurecimento de um saber pelo outro⁷² (Simon, 2005). Desta forma, para entender a transmissão e circulação do “saber autorizador” a partir das experiências de mediação tecnológicas com a cardiocardiografia, valorizei especialmente os diversos modos de modulação expressos pelos conteúdos emocionais veiculados a estas experiências, particularmente no que se refere às mediações entre os dois componentes previamente identificados (“saber autorizador” e “experiência”) na constituição das suas respectivas identidades.

De acordo com este ponto de vista, as atividades que incluem a cardiocardiografia foram “lidas” não com a pretensão de evidenciar nenhum tipo de verdade sobre o campo obstétrico

⁷² Simon (2005) se refere a dois tipos de saber: um na forma de “esquema” cultural e outro na forma de sentimentos individuais. Este autor concebe as emoções como mediadoras da relação entre estes dois saberes, afirmando que o “esquema” pode se afinar com o saber não legítimo, pode se expandir a partir dele ou provocar a sua expansão ou obscurecer ou ser obscurecido pelo saber não legítimo.

local, mas de estabelecer as múltiplas teias de significados expressos pelas palavras, atos e concepções dos agentes no contexto local, num encontro reflexivo com o “outro”; ou seja, num diálogo onde o campo é construído colaborativamente na interação do pesquisador com os pesquisados (Rabinow, 1977). De acordo com este autor, esta sugestão não somente prevê a multiplicidade de vozes/autoridades dentro do campo estudado como também tenta recapturar a autoridade do próprio pesquisador.

Utilizando a sugestão de Geertz (1973) de escolher, para a análise do campo, algo dentro do contexto local que chame a atenção, utilizei os conteúdos emocionais das comunicações feitas a partir das experiências mediadas pela tecnologia de cardiocografia, como uma das categorias de análise (Lutz, 1986) destas comunicações.

Este recorte metodológico teve a intenção de valorizar as emoções como estruturas comunicadoras das subjetividades e objeto da análise etnográfica, assim como de tentar esclarecer os conteúdos que fazem esta comunicação ser considerada tão pobre. Considerações relevantes, especialmente nas representações das comunicações entre gestantes e obstetras, mas que nesta tese se estendeu para outros agentes do contexto, como tentativa de esclarecer a transmissão e circulação do “saber autorizador” veiculado pela experiência de mediação tecnológica.

Seguindo esta concepção do caráter emocional no contexto obstétrico, tentei descrever as situações observadas no campo a partir das experiências de mediação tecnológica com a cardiocografia, trabalhando os aspectos emocionais a estas experiências atrelados, como tentativa de dimensionar os significados e as sensibilidades destas experiências para a ação coletiva.

Parte II: No Campo Obstétrico.

A parte do trabalho que se segue agora trata das entrevistas analisadas e de diversos episódios da observação etnográfica de campo. As entrevistas estão posicionadas em uma ordem que foi escolhida para dar melhor inteligibilidade à história de transformação da Unidade estudada em relação ao risco materno-fetal, ao mesmo tempo em que evidencia as categorias que me pareceram fundamentais na construção e manutenção do simbolismo dominante do contexto local atrelado ao feto/bebê e que se faz visível através da dinâmica dos agentes institucionais a partir do exame de cardiotocografia.

A ordem em que foram revelados os exemplos da observação participante também não respeita necessariamente uma ordem temporal dos acontecimentos, mas sim, se relaciona com as categorias nativas, ou seja, originadas a partir dos discursos dos entrevistados e da análise de suas entrevistas. Os exemplos vivos do campo vão ajudar a especificar e particularizar estas categorias ao mesmo tempo em que tem a intenção de aprofundar a análise da dinâmica dos agentes do campo.

Capítulo 5: O Campo Discursivo.

5.1) A construção simbólica do campo obstétrico: história, instrumentos, valores e emoções.

5.1.1) A visão da pediatria.

O título deste segmento do capítulo ser a visão da pediatria se refere à visão de um pediatra/neonatologista que poderia ser dito como sendo um porta-voz do campo. Vamos caracterizar algumas particularidades deste agente e a seguir entrar no mérito do seu discurso.

Este pediatra/neonatologista do sexo masculino tem cerca de cinquenta anos, fez residência em pediatria há cerca de vinte e cinco anos atrás e fez um complemento da residência em neonatologia, onde atendia prioritariamente em unidades intensivas neonatais. Tem, portanto, mais de vinte anos de prática nestas unidades, relatando nas entrevistas que dedicou a sua vida profissional ao cuidado do recém-nascido. É agente reconhecido por seus pares como tecnicamente excelente, trabalha tanto em maternidades públicas quanto privadas e já teve diversos cargos de chefia clínica.

A partir do discurso deste entrevistado encontramos que a grande mudança na prática do campo obstétrico se deu por volta de 1990, quando, no Brasil, passou a ser obrigatório ter pediatra no ato do nascimento para fazer o que se chama de “sala-de-parto”. A entrada de um profissional com o olhar voltado para o bebê desenvolveu-se ainda mais com a complexificação das Unidades Neonatais e da interferência que a pediatria passou a fazer nas etapas anteriores ao nascimento.

“Não era obrigatório ter pediatra em sala de parto, era uma coisa opcional. Então, alguns obstetras chamavam, outros não. Chamavam o anestesista que aspirava a criança e depois ela ficava no berçário e alguém dava alta, era mais ou menos uma coisa assim. Que a obrigatoriedade de ter pediatra em sala de parto foi em 89 e 90; foi a partir dali que foi obrigatório. Então é nítido [...] há uns dez anos atrás era mais ou menos, a criança nascia e o pediatra tomava conta e pronto! A gente não sabia nada de cardiocotografia, de ultrassom e pré-natal, por quê? Porque não interessava pro pediatra! Pro pediatra só interessava a criança depois que nascia. Acho que isso modificou muito, esse negócio de perinatologia”.

A entrada do pediatra como agente obrigatório no nascimento parece ter alterado a sua visão em relação ao acompanhamento pré-natal feito pelo obstetra e a sua relação com esse profissional. Se antes da obrigatoriedade, o pediatra não tinha interesse em se inteirar da condição da gestação, agora ele passa a ser um agente fortemente interessado, já que pode controlar melhor aquilo que chegará às suas mãos após o nascimento.

“Há uns dez ou quinze anos está muito amarrado isso. Em muitos Congressos que a gente vê de neonatologia, sempre tem mesa redonda que tem obstetra, tem enfermeira e é importante pro neonatologista. Eu não sei muita coisa de uma cardiocografia, mas sei ver grosseiramente se está alterada, se não está. Se o obstetra chega e fala: - Tem uma bolsa rota, não tem [...] Está com HANC, não está [...] Eu fiz sulfato de magnésio, não fiz [...] A gente tem que saber da gravidade daquela paciente, até para ver o que se espera como resultado final. Acho que essa coisa do perinatologista, do neonatologista estar na sala de parto e estar participando [...] muda muito [...] Discutir com o obstetra, opera não opera, opera agora, espera pra semana que vem. Está com bolsa rota, faz corticoide agora e vamos esperar até semana que vem que vai ter vaga no CTI e a mulher já está com uma semana a mais [...] Isso é uma coisa recente! Isso é muito recente! Porque antes não tinha tanta essa conversa, esse entrosamento entre esse conjunto de pessoas, de áreas diferentes, pensando sobre a mesma paciente, eu não notava muito isso. Eu acho que isso está mais forte agora! Lógico, quem tende a ganhar com isso é o paciente, que é a paciente e o neném, que é o binômio, eu acho que é por aí!”

O neonatologista passa a ser, então, um agente interessado no controle das etapas anteriores ao nascimento, já que seu principal interesse é de controlar a entrada dos bebês na Unidade Neonatal. Assim, ele passa a ser um novo agente de controle dos procedimentos realizados durante a gestação, tanto intervenções obstétricas propriamente ditas, ou seja, em relação à gestação com enfoque no feto/bebê, quanto em relação à clínica da gestante, em relação ao controle das patologias da gestação de potencial agravo para o feto/bebê.

“Que isso tudo é mais complexo, sim! Agora você tem uma história da criança de nove meses atrás, numa complexidade que no final mais ajuda do que atrapalha. Um clínico [...] Há quanto tempo a gente tem clínico em obstetrícia? Antigamente a gente não tinha isso, o obstetra resolvia todas as hipertensões, todas as diabetes e tudo mais. Hoje em dia, é a coisa

que a gente mais vê e discute, o Fulano vem aqui: - Ah! Ciclano, estou com uma paciente assim, o que eu faço? Está usando tal medicação, tem algum problema pro neném? Pro aleitamento e tudo? Eu nunca tinha visto isso até, sei lá [...] dez ou oito anos atrás, não tinha essa participação do clínico (ênfase na palavra clínico) no pré-natal ou clínico em neonatologia. Não tinha um clínico querendo saber [...] Outro dia o Fulano perguntou: - E o resultado dessas mães que estão tendo neném aqui e tem diabetes? O que está acontecendo com elas? Estão indo pra veia? Estão indo pra UTI? Estão com cardiopatia? O que está acontecendo? O clínico que tratou da gestante, nem foi o obstetra, está querendo saber o resultado. Ele quer saber se ele controlou de forma adequada aqui e se o resultado foi bom. Será que aquela que ele controlou só com uma dieta teve um resultado bom? Será que aquela que usou insulina teve também um resultado [...] Então, ele está interessado nisso e isso é interessantíssimo! Até para você dar um feedback pra ele, porque a partir disso é que vão ser mudadas as condutas na obstetrícia. – Olha, não está dando certo. As crianças estão todas fazendo hipoglicemia ou todas estão tendo cardiopatia e então tem que mudar o enfoque do tratamento dessa gestante. Eu acho que esse feedback da neonatologia para o obstetra também é interessante, tanto é interessante que agora que a gente descobriu isso, porque nos Estados Unidos, o obstetra, o residente de obstetrícia faz residência também por dois ou três meses na neonatologia”.

Embora exista um discurso que entende a obstetrícia como cuidadora do binômio materno-fetal, para o neonatologista não parece haver dúvida que o resultado da obstetrícia está representado na morbi/mortalidade da UTI neonatal.

“Eu sempre pergunto: Obstetra, o que você acha que os residentes vão querer saber? O que eles mais estão querendo saber é qual a criança que está saindo daqui. De quanto de peso, quais as que estão saindo com seqüela [...] porque eu acho que é isso que eles querem, pra eles saberem, eles perguntam [...] A gente leva na aula, tipo a gente faz um histórico tipo quando a gente entrou aqui há dez, doze anos atrás, criança abaixo de 1.250 kg era 100% de óbito! Depois de três anos, os óbitos eram abaixo de 1000g, há seis anos atrás a gente começou a ter óbitos apenas abaixo de 750g e atualmente a gente está tirando criança com 500 g. Que é um trabalho que [...] melhorou o pré-natal, melhorou o clínico, melhora o produto e, lógico, melhorou a neonatologia também, mas eu acho que não é só a neonatologia [...] Melhorou o grupo de pessoas que está tratando dessa situação! Então, quando eles começam a ver isso, eles perguntam: Mas por quê essa de 500g está saindo e a outra não?

Qual criança de 2 kg que está morrendo aqui? Ah! São os cardiopatas, são aqueles com síndrome que vão morrer em qualquer lugar. Eu acho que eles ficam interessados nisso até pra saber indicar, no particular, em qual casa de saúde vai nascer cada paciente”.

Com o objetivo de salvaguardar a vida fetal, parece haver uma integração cada vez maior de diferentes profissionais que trabalham no acompanhamento da gestação, do parto e nas etapas posteriores ao nascimento. A interação dos profissionais é vista muitas vezes como estressante, porém necessária, pois ajuda no controle mais completo em relação à prevenção e aos agravos relativos ao feto/bebê. Parece ser uma explicação convincente do que seria a criação da chamada Medicina Fetal.

“Que nem sempre é agradável [...] Tão simples assim como a gente fala [...] De vez em quando: - Vou operar, porque tem que operar hoje. Tem dez dias de bolsa rota! – Mas não tem vaga na UTI e chega naquele impasse [...] Mas é produtivo, acho que tem que ser assim, essa conversa não pode ser de outra forma! Coisas que a gente vê que é diferente quando você é plantonista, quando você é rotina e quando você está numa área gerencial”. “Com certeza! Porque antes era assim, eu sentia isso! Acabou o nascimento, o obstetra [...] acabou o problema dele e começou o problema para o neonatologista. Hoje em dia, eu acho que não é bem assim! Está grávida [...] grávida com problema [...] já é um problema do obstetra e do neonatologista e acabou de nascer virou um problema maior para o neonatologista, mas o obstetra continua ainda vinculado com aquilo também. Continua implicado e interessado e querendo saber o que é, porque é, o que aconteceu, o que poderia ter sido feito no pré-natal e que não foi [...] Então eu acho que daqui a pouco vai virar perinatologia, você não vai mais ter obstetra. – Você pode fazer parto e gostar de neném [...] tanto que já tem livro de perinatologia [...] Eu acho que tem tudo a ver. Acho que não pode ser diferente!” “E eu acho que isso não tem volta! Felizmente!”

A inter-relação dos profissionais do campo obstétrico em função do enfoque de salvaguardar a vida do feto/bebê parece ter promovido a facilitação do controle das etapas finais da instituição obstétrica, ou seja, há uma percepção de intensa colaboração dos profissionais que interferem no acompanhamento da gestação, resultando na pulverização das responsabilidades relativas à gestação e ao feto/bebê, o que se percebe especialmente nas etapas finais da instituição obstétrica, ou seja, na Unidade Neonatal.

“Então, eu acho que não é mais responsabilidade, é mais querer saber até para não cometer erros e saber se aquele protocolo que ele fez deu certo ou se ele tem que mudar algum protocolo de atendimento, alguma coisa” [...]

“Então, eu não acho que seja mais responsabilidade não, acho que, pelo contrário, você diluiu um pouco mais as responsabilidades. Porque você sabendo que o obstetra fez isso, isso e aquilo durante o pré-natal, fez tudo de forma adequada, a criança nasceu” [...]

“Eu acho que até facilita para você passar pra família: - Olha, durante o pré-natal foi feito, foram feitos tais exames, foi feito tudo que tinha de ser feito, mas o neném nasceu assim e a gente tem que continuar a fazer [...] Parece uma coisa de continuidade [...] “Nós vamos continuar a tratar do neném, só que agora é o pediatra que vai cuidar, é o neonatologista. Não fica mais aquela interrupção, nasceu, acabou, toma que o filho é teu! Eu acho que até a família se sente mais protegida, porque você está em torno de uma equipe de pessoas que trabalham”[...].

“Eu acho que se juntaram conhecimentos e se formou um grupo de pessoas. É claro que tem saberes específicos e saberes que é de todo mundo para quem quer saber lidar com essas coisas. Então, eu acho que não aumentou a responsabilidade, ao contrário dividiu, diluiu e ficou mais fácil. Acho que ficou mais fácil e não mais difícil!”

Embora haja a percepção da individualização agencial da gestante quando participante do acompanhamento pré-natal, do parto e das etapas posteriores ao nascimento, a única experiência valorizada pelos profissionais da Maternidade é a experiência de cuidadora, que mais recentemente tem se estendido para a figura do pai do bebê. Esse pai, que era visto como ausente do processo há cerca de dez anos atrás, é visto hoje como um cuidador do bebê e muitas vezes da própria gestação.

“Acho que é um longo caminho a percorrer, mas que a gente vê isso. Mas ainda no cuidar, nesse aspecto é diferente. Acho que a responsabilização, a cobrança que se faz da mãe, de vir todos os dias, a responsabilidade que se dá pra mãe, é só para a mãe, pro pai não! Começa com a gente mesmo! [...]”.

“Eu tenho alojamento de mães, não tenho alojamento de pais. O pai gosta de participar, eu acho que o pai responde. Tudo tem exceção! Mais acho que na maioria das vezes não tinha muito espaço pra isso. Eu acho que o pai, agora, vindo no consultório, você está colocando o pai nessa jogada. Acho que é por aí também. O pai chegando ao curso de gestante e a gente está sabendo lidar com isso! Antes era complicado lidar com o pai! Antes o pai vinha no curso

de gestante e a gente ficava: - Mas o que tem o pai a ver? O pai não está grávido! O pai está grávido também, é aquele saber de psicologia [...] Acho que a neonatologia, a perinatologia, são muitos saberes, mas quem trouxe isso foi a saúde mental”.

A valorização da experiência de cuidadora do bebê serve também como justificativa da maior participação da gestante como agente no pré-natal e nas etapas posteriores ao nascimento como é o caso do puerpério e da UTI neonatal. Então, a gestante/mãe não parece excluída dos procedimentos de controle institucionais em geral, já que existe interesse profissional que ela participe e aprenda a ser a cuidadora do bebê.

“Tecnologia, se bem utilizada, se utilizada de forma adequada, no momento correto [...] Por exemplo, atualmente você tem, como você falou, na UTI, tecnologia à vontade, mas você nunca teve tanta mãe, tanto pai e tanta avó na UTI neonatal como você tem hoje! Hoje em dia, na UTI da gente, mãe não é visita, entra a hora que quer. A gente fala pra mãe: - Mãe, você este aqui na unidade neonatal e você pode entrar a hora que quiser você não é visita”.

“A única coisa é que se tiver acontecendo algum procedimento ou alguma internação ou outra coisa a gente vai pedir pra você não entrar. Não existia isso antes [...] Há vinte anos atrás, mãe tinha horário de visita, era segunda, quarta e sexta de uma às duas da tarde e acabou! Via o neném e ia embora para casa e depois de trinta a quarenta dias de internação, a gente colocava uma criancinha que ela visitou dez vezes, a gente colocava no colo dela e dizia: - Toma que esse é seu filho, pra você cuidar! Aí ela voltava com o filho dela, não tratado de forma adequada e a gente falava: - Pô, mas como é que você não sabe? Você é mãe!”

“Como se fosse algo instintivo seu, eu acho que mãe não é instintivo [...] É algo que é instintivo, mas também algo que ela tem que aprender, principalmente com uma criança prematura [...] Tem que saber como é, conhecer a criança [...] Eu acho que hoje em dia, pelo contrário, a mãe aqui na UTI, ela aprende a mexer com aquela criança, ela já sabe como é o pezinho da criança, o espirro da criança, como é o vômito da criança. Então, quando ela vai pra casa e a gente tem mandado crianças mais prematuras. Com menor peso pra casa, de alta” [...]

“É muito mais fácil, porque ela já conhece o neném, porque ela já trocou fralda do neném, já deu dieta pro neném, já ficou aqui vinte dias, trinta dias com o neném dela, já conhece o neném dela e a gente também!”

“A gente olha pra aquela mãe e vê que ela está sabendo cuidar do neném [...] A gente fica mais seguro de mandar pra casa. Então, eu acho que tecnologia auxiliou? Óbvio! Porque é

muito bom ter um bom respirador neonatal, ter um bom surfactante, ter um bom antibiótico, ter um bom controle de infecção” [...]

“Isso é tecnologia, isso é ótimo! Isso aí foi primordial pra sobrevivência de crianças, mas em contrapartida, a gente nunca se preocupou tanto com a área de humanização do berçário, de chamar a mãe! Eu acho que nunca houve tanto essa preocupação com a mãe, com a família” [...]

“Hoje em dia frequentemente tem essa mãe lá e a enfermagem diz: - Vamos chamar a saúde mental pra falar com essa mãe, porque essa mãe não está lidando com esse neném, não quer tocar esse neném!”

“Antigamente se a mãe tocava ou não o neném, ninguém se preocupava, era até melhor porque não me dá trabalho! Hoje em dia não, a enfermagem quer que toque o neném. A mãe não tocou o neném, a enfermagem já fica: Dr. Fulano, a mãe nem tocou o neném! Nem quis colocar a toquinha no neném! Nem quis colocar o sapatinho no neném! Então, eu acho que junto com essa tecnologia existe uma preocupação muito grande também agora, mais do que nunca, de como essa família está inserida, como essa criança vai estar inserida nessa família, como é que vai estar” [...]

“Como é que vai sair daqui, como é que vai voltar essa criança, quem vai cuidar dessa criança [...] Acho que a enfermagem passa muito essa preocupação pra gente e a gente está mais alerta pra isso aí também! Eu acho que nunca em nenhum momento a gente teve tão alerta para isso daí”. “Antigamente se acontecesse isso, sei lá, a dez ou quinze anos atrás: - Está vendo, mãe só atrapalha! Mãe desmaia, já tem muito trabalho aqui com as crianças! – Hoje em dia já não tem mais isso, os próprios médicos, ninguém colocou aquilo como um problema! É uma coisa que acontece! Se a mãe não pode entrar, tem que entrar de cadeira de rodas, porque veio do centro cirúrgico e está sangrando muito”.

“Vai entrar de [...] lá desse jeito mesmo, de cadeira de rodas, qual é o problema? Então, acho que esse é o modo como a gente está vendo neonatologia hoje, é diferente! Mas eu acho que as coisas estão acontecendo aos poucos e a gente vai incorporando aos poucos, a cada dia, uma mudança [...] É mais fácil de ver. Quando você compara hoje com dez ou quinze anos atrás, é muito diferente”.

Embora o óbito fetal seja entendido como um acontecimento indesejado na instituição obstétrica, o verdadeiro drama parece ser a impossibilidade de controlar o processo da gestação, parto e das patologias do feto/bebê. Ou seja, o verdadeiro drama da perspectiva do

pediatra/neonatologista se relaciona com a impossibilidade de controlar a vitalidade fetal e as doenças do bebê.

“Não é mais dramático. Eu não acho não. É como você encara. Não é o mais dramático, eu acho que é o mais indesejado, ninguém trabalha aqui querendo que criança morra, mas eu não acho que é o mais dramático, mais dramático é não ter vaga de UTI, não tem a medicação que a gente precisa ou coisa que a gente não tem aqui, ter uma medicação que você não tem acesso, ter um exame que é essencial e você não ter o exame. Acho que o mais dramático é o que a gente vive aqui, não ter plantonista suficiente, isso é mais dramático ainda!”

5.1.2) A visão da obstetrícia.

A visão da obstetrícia foi construída a partir de três entrevistados, dois homens e uma mulher com características pessoais bastante diferentes com a intenção de abordar as representações que supúnhamos serem diferentes em relação ao campo obstétrico.

O primeiro profissional a ser entrevistado foi um médico de cerca de quarenta e cinco anos, que sempre trabalhou com obstetrícia desde a residência médica há cerca de vinte anos. Trabalha em regime integral em maternidades públicas e consultório privado e é reconhecido pela sua excelente técnica. Presta assistência a gestantes consideradas de baixo, médio e alto risco, sendo, portanto, um agente que apresenta experiência profissional ampla no campo.

Do ponto de vista deste obstetra, a sua profissão é ligada à vida em oposição à doença. Ajudar no nascimento é estar envolvido na formação de uma família. Além disso, existe uma mudança detectada na medicina e na especialidade obstétrica que confere um aumento crescente da necessidade de atualização destes profissionais a partir do conhecimento científico, que é passado para a prática como verdade. Esta é a maneira que os profissionais encontram de oferecer uma prática considerada “a melhor possível” e de se protegerem de processos judiciais. Como é uma especialidade que lida prioritariamente com a vida (vida do bebê) e não com a doença, esta vida é imposta como o valor máximo a ser defendido e consequentemente há pouca tolerância para desfechos desagradáveis em relação à vida. Este valor originalmente atribuído à vida do feto/bebê se estende para a vida da gestante.

Embora este obstetra tenha uma prática considerada extremamente técnica pelos seus pares, com extrema preocupação em ser cientificamente legítimo, fazendo, portanto, o que é considerado correto, seu discurso sobre o campo obstétrico inclui a presença de fatores sociais

como a formação da família. No entanto, esta parece ser uma representação institucional da família, já que não há nenhuma importância atribuída aos sujeitos que compõem essa família, além da preocupação com a vida do feto/bebê pertinente à disciplina.

A segunda entrevista foi realizada com uma mulher, que tem cerca de cinquenta anos, trabalha prioritariamente com ginecologia em consultório particular e atende em Maternidade Pública há cerca de vinte e cinco anos. Ela é conhecida por ser uma pessoa muito humana, que gosta de conversar e que considera a opinião de suas pacientes. É também reconhecida como tecnicamente competente com ampla experiência nos procedimentos ginecológicos e obstétricos contemporâneos.

Embora na sua fala haja a negação do fato da obstetrícia dar maior enfoque à salvaguarda da vida do feto/bebê em vez dos cuidados com a mulher durante a gestação, os seus exemplos que descrevem a prática obstétrica atual estão, em sua maioria, associados às situações que envolvem algum grau de sofrimento fetal resultando em intervenções por parte dos obstetras.

Quase todas as situações descritas envolviam algum desconforto com os achados das ultra-sonografias obstétricas em relação aos fetos/bebês, este exame, constituindo na sua opinião, “um mal necessário”, pois, reconhece problemas no feto/bebê que não são solucionáveis pela obstetrícia. Seu exemplo mais emocional foi o relato de um caso de pé torto congênito, que quase separou um casal antes do nascimento do bebê. O fator de discórdia do casal se referiu à culpa do pé torto do feto/ bebê ser do pai ou da mãe e a obstetra também se culpando, por outro lado, pela “descoberta desnecessária” feita pelo ultra-som.

É interessante notar que as descrições da sua prática considerem os diferentes agentes envolvidos no campo, como é o caso do pai e da mãe do feto/bebê e das implicações familiares e sociais da realização do exame. No entanto, quando considera a tecnologia obstétrica “um mal necessário” parece sugerir que apesar de questionar a sua utilização, não haveria outra maneira de lidar com essas situações, já que o enfoque é o controle da condição desse feto/bebê para todos os agentes descritos.

A sua entrevista também traz a percepção da mudança na especialidade no sentido da multidisciplinaridade, com conseqüente complexificação da especialidade devido à entrada de novos agentes: clínicos que acompanham as gestações consideradas de alto-risco, pediatras, neonatologistas e diversos especialistas pediátricos que interagem com os obstetras durante e após o término da gestação.

Essa ampliação do campo obstétrico parece ter trazido modificações para a figura de autoridade da obstetrícia, autoridade que se multiplicou, se distribuiu e saiu das mãos dos

agentes obstetras apenas, embora estes ainda tenham permanecido como as figuras que interagem de maneira mais próxima com a gestante.

Na visão desta médica, a relação do obstetra com a gestante passou a ser mais administrativa, ou seja, o obstetra tem que administrar a gestação de acordo com protocolos que asseguram a boa condição fetal do início ao fim da gestação.

Com a diversificação dos agentes inseridos no campo obstétrico também se observa um questionamento em relação aos conhecimentos e à prática dos obstetras “para dar conta da demanda”, assim como a articulação íntima com outros profissionais de outras especialidades.

“O obstetra passou a ter mais responsabilidade e a dividir mais”.

O aumento da responsabilidade por parte do obstetra parece ter aumentado o medo em relação a sua prática: dar conta ou não da sua prática passou a ser um dilema deixando o profissional vulnerável.

“Eu tenho mais responsabilidade, passei a ficar mais temeroso. Hoje, o obstetra tem medo! Ele não tinha medo!”

O medo parece estar atrelado ao próprio processo de gestação entendido como perigoso, como arriscado, ao mesmo tempo em que é um processo onde a morte é vista como escandalosa e inconcebível.

“Hoje, a morte na obstetrícia é um escândalo só!”

A entrevista com essa obstetra mostra de maneira clara o caráter emocional desta prática e comunica de maneira muito expressiva as subjetividades envolvidas. Embora a grande preocupação dos agentes do campo seja direcionada à condição do feto/bebê e do manejo quanto às tecnologias que são legítimas para esse controle, essa preocupação não parece desprovida das subjetividades dos agentes desse campo.

5.1.3) A visão da clínica obstétrica de risco.

Esta perspectiva foi construída a partir da visão de um médico clínico geral, de cerca de quarenta e cinco anos que trabalhou por dez anos em uma maternidade pública de alto

risco obstétrico. Após esta experiência profissional, ele foi transferido para outra unidade pública municipal para ser chefe do setor de clínica médica relativo às gestações de alto risco. Este médico tem ampla experiência profissional com doenças que acometem particularmente as gestantes, sendo considerado pelos seus pares, um estudioso deste assunto.

Para ele o acompanhamento da gestação de alto risco é entendido como uma especialidade onde se aborda o binômio materno-fetal, abordagem de muita responsabilidade por lidar com duas vidas, mas que também tem a gratificação dobrada quando existe um bom resultado. O saber de risco enfoca a gestação, em geral, como uma situação de risco, uma situação que deve ser conduzida sob o olhar médico vigilante quanto à detecção precoce e tratamento de situações patológicas ou potencialmente patológicas.

“Às vezes depois do parto ficam melhor do que estavam antes, porque elas têm a oportunidade de serem alertadas, orientadas quanto aos riscos futuros pra vida delas. Elas passam a conhecer melhor suas patologias prévias, de antes da gravidez, que elas não davam a devida atenção. Então, é gratificante antes do parto, da gravidez e até depois”. Você hoje não pode achar que vai diferenciar uma instituição de baixo risco de uma de alto risco! A meu ver, esse modelo é estagnado, é um modelo ultrapassado e obsoleto! Quando se fala em diminuição ou melhora dos índices de mortalidade materna e pré-natal, você passa ou vai ter que passar, obrigatoriamente, pela mudança de perfil de todas as instituições. Na verdade, a mudança do perfil já existe, é a mudança do perfil da clientela!”

“Não! Não dá mais pra ser desse jeito! O que você tem é uma grande mudança de perfil de atendimento! Todos nós atendemos gestação de alto risco o tempo todo! Partos de risco o tempo todo! Situações de potenciais de risco o tempo todo! O sistema tem que olhar de forma diferenciada. A estrutura toda! A gente pode individualizar o sistema numa instituição, mas também não basta a instituição mudar o seu enfoque. Enquanto eu falo o sistema, entendo obedecendo as hierarquias superiores! Ele tem que perceber que o profissional obstetra lá atrás, ele tem que mudar o seu perfil!”

“O perfil do médico parteiro, ou seja, aquele médico que sabe tudo de parto, ele sabe fazer uma cesariana espetacular, ele faz em dez minutos, ele sabe todas aquelas manobras do parto normal e quando está complicado, ele sabe examinar o bebê na barriga da mãe de forma sensacional. Isso não é mais suficiente! Isso deixou de ser suficiente há muito tempo!” “O que o sistema tem que fazer: Ou ele capacita o obstetra a atender as complicações, identificar e atender as complicações bem e ou ele admite que tem que haver a parceria com a clínica. Uma clínica com um perfil totalmente novo!”

O sucesso da condução da gestação de alto risco é entendido como o nascimento de um bebê saudável e de uma mãe suficientemente saudável para exercer a função de cuidadora do seu bebê.

“Sucesso para mim é a mãe que não piora durante a gravidez, ou seja, ela sai vitoriosa da gravidez porque ela conseguiu realizar um sonho e esse sonho que é o concepto, é um indivíduo bem formado que vai dar a ela muitas alegrias. Quer dizer, um concepto saudável, uma mãe saudável que pode ter condições de saúde suficientes para criar esse neném, criar esse ser vivo. Isso pra mim é sucesso!”

Embora a ênfase seja dada na mudança da percepção da gestação como uma situação de risco potencial que tem origem na detecção precoce e tratamento das possíveis patologias maternas que interferem na vitalidade fetal e do sucesso do acompanhamento da gestação de risco ser de restabelecer a saúde da gestante e do bebê, a melhoria do atendimento materno-fetal é visto como se refletindo no resultado neonatal.

“Eu acho o seguinte: É, no final das contas, o reflexo da melhoria quando ele existe, aonde é que vai se refletir a melhoria do atendimento materno-fetal? Ele vai se refletir no resultado neonatal! Não é? É o pediatra, inclusive o chefe da UTI neonatal que atesta o sucesso daquilo que foi implementado aqui. É o resultado neonatal melhor do que se tinha antes. Se você conversar com os pediatras hoje: - Deixei de ter problemas com gestantes diabéticas – um macrossômico⁷³ hoje é raridade, um macrossômico que dá problemas, um macrossômico grave. O bebê da eclampsia chega à minha mão muito melhor do que chegava antes. A paciente que antes ia a parto com 32 semanas, hoje vai com 34, vai com 35, 36 semanas. Hoje, quando chega, chega de outro jeito. Com muito menos morbidade!”

⁷³ Macrossomia fetal é uma doença que se caracteriza, principalmente, pelo excesso de peso de recém-nascidos. Foi definida de várias formas, incluindo o peso de nascimento de 4 kg - 4,5 kg. Fatores associados à macrossomia fetal incluem genética; duração da gestação, presença de diabetes gestacional, e classe A, B, C e diabetes mellitus. Genético, racial, étnica e de factores influenciam o peso ao nascer e ao risco de macrossomia (Gribbin & James, 2005).

A ênfase da gestação em geral como uma situação de risco potencial é exemplificada por agravos que são pouco compreendidos pela medicina e, portanto, de difícil controle. Estas situações raras justificam o entendimento e a manutenção do entendimento da visão de risco.

“Tem situações ainda em que os protocolos não atingiram e não dá pra atingir mesmo. Até porque existem situações na obstetrícia, de risco, que são ainda situações muito mal definidas e de prognóstico muito reservado, como o DPP⁷⁴, por exemplo. Você não tem ainda um preditor fidedigno de quando aquela paciente vai surgir com o descolamento prematuro da placenta. A gente vive uma realidade onde toda a gestação é potencialmente de risco. Não existe gestação de baixo risco! É gestação de baixo risco quando o neném nasce bem, está tudo bem e os dois vão pra casa!”

A entrada do saber de risco na conduta da gestação tornou a instituição obstétrica (Maternidade) e o campo obstétrico com características circulares. O que é entendido como autonomia da instituição obstétrica parece ser a suficiência da própria circularidade observada nesta prática.

“Mas eu acho que o objetivo final se reflete na pediatria, se reflete também na obstetrícia. O resultado é melhor! Hoje, a instituição é autônoma! A instituição é auto-resolutiva!”

Embora o saber de risco relativo à gestação mobilize a emoção do medo, transformando a categoria gestação em categoria de risco potencial, ele propõe controlar e sanar o mesmo medo que mobiliza.

“Acabou o medo, diminuiu o medo! A maior resistência quando eu cheguei aqui era o medo! Gestação de alto risco, como eu vou resolver isso? Mas o obstetra que chega hoje aqui, ele já é educado dentro dessa filosofia, o que não se pode perder é a filosofia! As pessoas podem ser perdidas, podem ir por aí, mas a filosofia não pode se perder!”

⁷⁴ Descolamento prematuro da placenta é uma patologia obstétrica em que ocorre separação inopinada, intempestiva e prematura da placenta, normalmente inserida após a vigésima ou vigésima primeira semana de gestação. Gera alterações fisiopatológicas uterinas, de coagulação, renais e hipofisárias. Requer conduta medicamentosa e obstétrica (Gribbin & James, 2005).

5.2) A utilização da tecnologia obstétrica.

Esta parte configura a análise de quase todas as entrevistas quando as falas dos entrevistados se referem à utilização da tecnologia da cardiocotografia. Particularmente enfatizamos a perspectiva de um determinado obstetra, médico de cerca de cinquenta anos, que tem uma relação mais íntima com a utilização dessas tecnologias e que recentemente passou a ser um estudioso da cardiocotografia.

Acredito que provavelmente a sua inserção acadêmica como professor de uma faculdade pública de medicina possa explicar a sua preocupação com os detalhes do que lhe parece científico deste campo. Além disso, este obstetra tem uma experiência profissional que parece ter acompanhado a evolução do campo obstétrico.

Ele relata que foi parteiro, pois iniciado pelo seu mestre, que foi o seu tio: um obstetra antigo que lhe ensinou toda a propedêutica clássica da gestação e do parto. Após ser envolvido em um processo judicial pelo óbito de um bebê quando era chefe em um plantão de maternidade pública, ele se tornou mais “científico” segundo suas próprias palavras e passou a estudar com profundidade as tecnologias obstétricas de controle da condição fetal.

Este obstetra é considerado um ótimo preceptor de alunos e residentes, que geralmente são encaminhados para aprender obstetrícia com ele na prática.

A partir dos discursos desses diferentes profissionais entrevistados, encontramos que o uso da tecnologia na obstetrícia é muito recente. Houve a agregação de um “arsenal diagnóstico” que aumenta a segurança do acompanhamento da gestação especialmente das gestações consideradas de alto risco. Além disso, a tecnologia obstétrica parece ajudar a construir a noção de término da gestação – término natural (entrada em trabalho de parto) e término artificial ou com intervenção (indicação da cesariana ou do parto operatório). A construção desse término parece importante a medida que garante a segurança do bebê.

Para os obstetras, a tecnologia quando utilizada rotineiramente – na forma de screening – ajuda a classificar a gestação nos critérios de risco ou muda os critérios previamente definidos para o risco da gravidez. Por exemplo, uma gestação considerada de baixo risco materno-fetal, pela ausência de doença materna, pode, após um ultra-som, CTG ou Doppler obstétricos, se transformar em uma gestação de alto risco fetal-materno, pelo achado de aspectos que alterem o critério de vitalidade fetal. Essa mudança dos critérios de risco e a inversão da origem do risco materno-fetal para fetal-materno parece ter sido apenas possível, antes do trabalho de parto, com o uso rotineiro e diagnóstico proporcionado pelas tecnologias obstétricas.

Pelo motivo acima exposto – de evitar ao máximo a condição de sofrimento fetal, o uso das tecnologias obstétricas costuma ser o mais extenso possível no atendimento tanto privado quanto público, resultando na afirmação da utilização da tecnologia que estiver disponível no contexto.

O uso freqüente das tecnologias obstétricas é, portanto, justificado para salvaguardar a vida fetal, para diminuir a possibilidade de sofrimento fetal, entendido como um sofrimento social e institucional: do feto/bebê, da gestante, do pai, da família e do médico, ou seja, evitando o sofrimento que pode por em dúvida a instituição obstétrica como um todo.

A tecnologia da cardiocografia, em particular, embora de uso controvertido na obstetrícia, garante ou “legitima a interrupção da gestação por via alta” (cesarianas) em casos de suspeita ou certeza de sofrimento fetal. Portanto, as tecnologias obstétricas, quando mostrando uma alteração da vitalidade fetal, configurando o sofrimento fetal, são consideradas legítimas para a indicação da interrupção da gestação, em geral, independente da relação prévia com o critério de risco desta gestação.

Embora as tecnologias obstétricas sejam entendidas como complementares a um diagnóstico previamente estabelecido pela suspeita clínica do médico, parecem ser utilizadas mais frequentemente como screening, ou seja, onde a suspeita de um diagnóstico pelo médico não aconteceu previamente à realização do exame. Esta questão passa a ser mais complicada, pois como o sofrimento fetal é entendido como um sofrimento social, as suspeitas em relação à gestação podem ser levantadas por outros agentes como a gestante, o pai, a família, a condição sócio-econômica e educacional da gestante, as gestações anteriores – o que implica, portanto, na transformação do exame de screening médico-científico para diagnóstico complementar da paciente, do pai do bebê ou outro membro da família.

A tecnologia obstétrica como é o caso do exame de cardiocografia é geralmente vista como útil e necessária para o seguimento seguro da gestação em relação ao feto/bebê, mas pode ser vista como “danosa” exatamente quando levanta suspeitas por parte dos outros agentes envolvidos que não o obstetra, quando ocorre uma demanda por mediação, por parte do médico, entre o conhecimento científico e o resultado do exame e ainda a possibilidade de demandar outros exames que seriam previamente considerados desnecessários pelo obstetra. Ou seja, quando a realização do exame resulta na complexificação da intervenção pensada originalmente (protocolarmente).

A tecnologia obstétrica, pela sua possibilidade de auxiliar os diagnósticos parece ter mudado a visão da morte na obstetrícia, que de natural, passou a ser inaceitável para a sociedade, para a pessoa, para a família, para o médico. Novamente dentro da concepção do

sofrimento fetal como sendo um sofrimento social, a tecnologia quando traz a tona o sofrimento fetal, expõe também o seu componente social: sofrimento da gestante, do pai, dos outros familiares, do médico, implicando na demanda da mediação intensa por parte do profissional, que faz um papel de educador. Neste caso, a tecnologia é vista como “danosa”. No entanto, quando a demanda a partir da tecnologia obstétrica é apenas de intervenção, especialmente a interrupção da gestação, ela é vista como “positiva”.

A tecnologia na obstetrícia é vista como fundamental quando se fala da sua multiplicidade – exames complementares obstétricos, CTI neonatal – sempre na intenção de evitar o sofrimento fetal ou evitar e/ou tratar as suas complicações.

As tecnologias obstétricas em associação com a infra-estrutura das Unidades Neonatais estão mudando o conceito de aborto e a antiga “seleção natural”, pois essa associação de tecnologias já permite a detecção de patologias muito precoces durante a gestação, a legitimidade da sua interrupção e o suporte de vida para esse feto/bebê proporcionado pelos cuidados existentes na Unidade Neonatal. Ou seja, existe uma íntima relação de complementaridade entre a tecnologia obstétrica utilizada no pré-natal e a Unidade Neonatal, sendo que o uso freqüente da tecnologia obstétrica pode ser melhor entendida pela existência do suporte proporcionado pela Unidade Neonatal.

“A tecnologia está fazendo com que [...] Aí entra toda a tecnologia das UTIs, dos recursos que levam a isso [...] Então, tem realmente toda esse aparato que a obstetrícia [...] que foi a Medicina Fetal. Aí entrou a Medicina Fetal”.

Apesar do entendimento de que a tecnologia obstétrica possa falhar, ou induzir a “intervenções precipitadas”, ela é utilizada de maneira o mais freqüente possível, pois parece ser o conhecimento científico na sua materialidade legitimadora, especialmente em se tratando da demanda de controle da vida fetal.

“Eu não sei o que está acontecendo lá dentro. Então, se eu posso fazer todos os exames pra eu quase que me proteger e não só proteger a mãe, mas quase que me proteger, ou me proteger [...]. Olha! Eu fiz todos os exames: ressonância magnética, ultra-som, cardiotocografia, medi a sua pressão, fiz a bioquímica, fiz tudo que eu tinha pra fazer [...] Olha! Eu fiz tudo o que a ciência pode fazer”. “Se você fez tudo baseado nas evidências e morreu lá na frente, você é um cadáver são. Você fez tudo o que tinha a fazer. Entrou com todos os recursos, não faltou nada. Não faltou nenhum exame”.

Especialmente por parte do profissional obstetra, a gestação de alto risco é encarada como sinônimo de processo judicial – o que delimita a sua caracterização como uma situação de medo extremo também por parte deste profissional. Ao mesmo tempo, a gestação em si é entendida como uma situação de risco materno e/ou fetal. Sendo que, o risco materno é delimitado pela intervenção do obstetra diretamente com a gestante e indiretamente pelos exames complementares e o risco fetal sempre indiretamente, através do exame da mulher gestante e dos exames de avaliação da vitalidade fetal. Portanto, a avaliação da vitalidade fetal é sempre feita de maneira indireta, através do controle do corpo da mulher gestante ou dos exames que expõe o feto/bebê. Os exemplos dos agentes obstétricos confirmam como a tecnologia obstétrica de avaliação da vitalidade fetal, no caso, a cardiocografia, pode transformar uma gestação de baixo risco materno-fetal em alto risco fetal-materno e implica na decisão pela interrupção da gestação.

“Eu medindo a barriga, chegou um momento lá, que nós fizemos o diagnóstico de crescimento intra-uterino restrito. Muito bem, eu expliquei pra ela: - Sua gestação está assim e nós vamos precisar fazer uns exames: Ultra-som e cardio. Ela voltou com uma cardio extremamente desfavorável. Botei a paciente na mesa na mesma hora. Meu tio que é meu guru, o anestesista e o pediatra: - Você tem certeza? – Tenho! Tem que tirar! – Mas é prematuro! – Não! Não é prematuro! Aí nasceu banhado de mecônio e tal, a criança ficou bem! Então foi a primeira vez que eu entrei em contato com uma gestação que a princípio era normal e de repente passou a uma gestação que requer mais cuidado, não patológica, mas alguma coisa que fez com que houvesse a oligodramnia⁷⁵ acentuada com a cardio desfavorável. E se a gente deixasse esse pouquinho a mais, eu acho que aquele feto morreria intra-útero”

O obstetra revela que apesar de ter feito um diagnóstico desfavorável em relação ao feto/bebê no exame clínico da gestante – crescimento intra-uterino restrito, a cardio (CTG) “revelou” o sofrimento fetal e este aspecto – de grande apelo emocional – se definiu como uma marca para a interrupção legítima da gestação. Embora se tenha a concepção da

⁷⁵ Oligohidrâmnio é uma anormalidade no desenvolvimento gestacional que se caracteriza pela baixa produção de líquido amniótico. Na maioria dos casos, é causada por fluxo sanguíneo deficiente na placenta, mas pode ser consequência da redução do fluxo de urina para o líquido amniótico, como consequência da ausência de formação dos rins ou por obstrução do trato urinário. Além dessas, pode ter como causa a ruptura prematura da membrana amniocoriônica. (Gribbin & James, 2005).

necessidade de se agregar vários exames que abordem a vitalidade fetal como o ultra-som, CTG e Doppler, utiliza-se para a legítima interrupção da gestação o exame disponível de forma corriqueira.

“E hoje você tem que pegar e pedir cardio, Doppler e ultra-som. E juntar esses três aí e ver o que vai fazer. Na clínica privada você consegue fazer isso aos trancos e barrancos sim! Na pública, não! Peguei uma paciente hoje com 8 pra 9. Foi internada com pressão de 150/110, não fizeram nada pra essa pressão. Tem uma cardio que mostra desaceleração importante à meia noite, o último exame foi às 1:40 h e depois às 4:40 h e de 4 às 7:00, nenhum exame. Eu cheguei às 7:00 h. BCF⁷⁶ estava normal, falei: - Sala! De 7:00 às 7:15 h pedi pra fazer um Kristeler, rompi bolsa, mecônio espesso. Com o Kristeler o neném não desceu e sala! Nasceu com apgar 5, 7, sem água nenhuma, cheio de mecônio. Então, é o que eu falo nesses Congressos aí. Então esse feto está mostrando pra você que ele está pedindo socorro a uma hora, uma hora e meia, duas horas. O último exame foi às 4:00, eu examinei às 7:00, peguei o batimento não foi durante a contração. Então vai direto pra mesa. Aí, começou a bradicardizar⁷⁷. Mesa! Se eu ficasse insistindo, insistindo, insistindo, como acontece, dá paralisia cerebral!”

A fala do obstetra mostra que há o desenvolvimento de uma nova nomenclatura, de uma nova categorização do feto que propõe prever a sua suportabilidade ou não de todo o processo do trabalho de parto até o seu término. Esta categorização parece auxiliar na indicação legítima da interrupção da gestação ou legítima a expectativa do percurso do trabalho de parto até o seu final. Embora esta categorização possa ser feita pela ausculta simplificada dos batimentos cardíacos do feto com instrumentos como pinar e sonar⁷⁸, ela é mais bem documentada pelo exame de cardiotocografia.

⁷⁶ BCF é a sigla para batimentos cardiotocográficos.

⁷⁷ Bradicardia: frequência cardíaca fetal basal inferior a 120 bpm (bradicardia moderada) ou a 100 bpm (bradicardia acentuada), também se mantida por tempo superior a 10 minutos. É sinal de hipoxia na maior parte das vezes, embora seja também observada em doenças cardíacas fetais, uso de drogas pela mãe e na presença de fatores constitucionais (Gribbin & James, 2005).

⁷⁸ O pinar é um instrumento obstétrico antigo que se assemelha a um funil e é usado para ouvir os batimentos cardiotocográficos. Ele é posicionado no abdômen da gestante no local onde se espera ouvir o BCF. O sonar é um instrumento obstétrico que capta os sons dos batimentos cardiotocográficos e viabiliza estes sons tanto para o profissional que está fazendo a aferição quanto para a gestante (Gribbin & James, 2005).

“Eu sempre falo pra turma de brincadeira: - Olha, o neném conversa com o obstetra e o obstetra é surdo, manda carta e o obstetra é analfabeto, não sabe ler. Entendeu? Eu aprendi também num Congresso – o feto é fundista ou rasista. Se o feto é fundista, ele agüenta a porrada do trabalho de parto. Se ele é rasista, ele não agüenta o final do trabalho de parto”
“Ouvindo o feto! O feto vai falar: - Eu sou fundista, eu sou rasista! Socorro! Ele vai te mostrar isso, não tenha dúvida!”

Parece ser levantada a possibilidade de os instrumentos tecnológicos serem mais do que o saber biomédico materializado. Eles parecem ser também uma extensão da própria experiência corporal do profissional/examinador, proporcionando uma habilidade ampliada, um “extra” desse saber teórico que é acessado na literatura médica.

“Ele está dizendo: - Olha, meu oxigênio aqui está pouco, me dá oxigênio que eu vou pra frente. É isso que eu estou dizendo. A prática é complexa, porque o livro, onde o indivíduo lê não sistematizou: Olha, é assim. O DIP 1⁷⁹ é fisiológico no final do trabalho de parto. No início do trabalho de parto ele é patológico! Esse feto vai sofrer daqui a algum tempo. Isso no livro não está escrito. Você vê isso na prática! Essa é a questão. Se eu estou com a fita eu estou vendo, não preciso escutar! Não preciso fazer o toque, porque eu sei que os puxos tão lá também. Aí, você vai na literatura, a literatura diz o seguinte: Se você escutar um feto, exatamente como a gente acabou de falar e fazer uma cardio, é exatamente a mesma coisa. Eu chorei! Eu desesperei! Pra que serve a cardio?”

O medo intenso dos processos judiciais que é observado nas falas dos obstetras parece já estar embutido no próprio saber de risco relativo à gestação. Este saber biomédico de risco é um saber que parece mobilizar o medo ao mesmo tempo em que pretende, pelo seu uso, restaurar a condição dita normal, fora de risco e conseqüentemente controlar e combater esse medo.

⁷⁹ Desaceleração precoce: caracteriza-se por diminuição temporária da frequência cardíaca fetal ao mesmo tempo da contração uterina e resulta do reflexo vagal observado quando a cabeça do concepto é comprimida pela metrossístole no canal de parto (Dip 1 ou Dip cefálico). É mais freqüente após a rotura das membranas ovulares e, na grande maioria dos casos, não se associa ao sofrimento fetal (Gribbin & James, 2005).

“Eu tenho uma dúvida atroz que eu carrego, é aquela história, eu sei que no trabalho de parto pode acontecer isso, isso e isso, eu estou agindo com dolo? O juiz falou: - Olha! O que você tem que fazer é o seu trabalho! O que a sua consciência dita e o que a sua ciência manda fazer!”

5.3) Abordagem das entrevistas.

A partir da análise das entrevistas coletadas, podemos verificar que o entendimento do campo obstétrico deve passar necessariamente pela mobilização dos seus agentes em torno da situação do feto/bebê.

A principal característica deste simbolismo é, portanto, o seu caráter agencial e circular, ou seja, que ele não se explica por nenhum aspecto em particular, mas pelas relações que se estabelecem entre os seus agentes com a sua história, seus instrumentos, seus valores e as emoções que são mobilizadas nesta dinâmica.

O valor central dos agentes do campo parece se definir como o controle do corpo que resulta em um controle do processo de gestação e do nascimento, fazendo da obstetrícia uma especialidade que prioritariamente está disposta a salvaguardar a vida do feto/bebê. No entanto, este controle embora difusamente encontrado nos discurso de todos os agentes institucionais, é apenas legítimo quando associado ao conhecimento científico mais recentemente introduzido no campo obstétrico, configurando o saber de risco sobre a gestação e o parto, ou seja, saber que transmite o caráter de risco que passa a definir a situação da gestação e do parto.

Este saber de risco parece coincidir com o possível “saber autorizador” já analisado em diversos trabalhos antropológicos sobre o campo obstétrico, mas que, neste campo parece ter ainda melhor visibilidade através da categoria obstétrica da vitalidade fetal, categoria esta, que parece condensar a inteligibilidade das ações dos diferentes agentes e da dinâmica deste campo. Assim, poderia talvez avançar um passo para além do termo “saber autorizador” formulando que este se trata de um saber que implica no controle sobre o risco da condição fetal.

A gestante é entendida como um agente que entra no campo para complementar este valor e não para questioná-lo. Portanto, todas as experiências e agências são valorizadas a partir do conceito de cuidado para com a normalidade da gestação e o feto/bebê. Normalidade sendo entendida como ausência de doença.

O acontecimento histórico relativamente recente que se observa neste campo é a entrada de novos agentes profissionais: da pediatria, por exemplo, como obrigatória no ato do nascimento. Esta entrada com o intuito original de cuidar de maneira imediata do bebê após o nascimento a termo e principalmente do prematuro (doente) foi complexificada pela a entrada de médicos clínicos, que com um saber de risco em relação à gestação e o parto, cuidam das patologias das gestantes que também possam implicar em conseqüências adversas para a vida do feto/bebê ao mesmo tempo em que garantem a manutenção do papel da gestante como cuidadora deste feto/bebê.

A entrada destes novos agentes parece evidenciar a principal emoção mobilizada nesse campo, que do medo historicamente atrelado à “natureza” da gestação passa a ser vinculado ao saber de risco e à condição do sofrimento fetal, servindo, desta maneira, como categoria de conexão entre os agentes do campo e que através do seu aspecto mobilizador ajuda a dar inteligibilidade aos outros elementos ou categorias que constroem o simbolismo do campo obstétrico.

Os instrumentos tecnológicos utilizados e que integram a dinâmica dos agentes do campo são aqueles que estão direcionados ao controle da condição fetal, que, no contexto local, se exemplifica pelo exame de cardiotocografia.

A cardiotocografia parece ser ao mesmo tempo: 1) um instrumento que materializa o saber de risco clínico-obstétrico; 2) a concretude da experiência de corpo ampliado do obstetra, da gestante e do bebê evidente na representação gráfica 3) o documento que legitima e protege a intervenção ou a conduta expectante do obstetra diante da gestação e 4) uma dinâmica objetiva e subjetiva que constrói uma categoria que direciona os discursos de todos os agentes sobre as ações do campo obstétrico – a vitalidade fetal. Portanto, quando se fala da cardiotocografia não se está falando apenas do aparelho de cardiotocografia propriamente dito, mas do fenômeno da cardiotocografia, ou seja, da dinâmica de realização do exame que constrói uma marca deste campo obstétrico local.

Capítulo 6: Observações do Campo.

A análise das entrevistas do campo evidenciou que o “saber autorizador” pode ser definido como o saber de risco sobre a condição fetal, colocando, portanto, a categoria vitalidade fetal como a categoria nativa central para a análise desse campo. Feita esta análise do campo obstétrico de maneira mais afunilada possível, partiremos agora para tentar novamente ampliá-lo, deixando com que a categoria da vitalidade fetal possa servir de guia e dar especificidade, particularidade e aprofundamento às categorias previamente encontradas na análise dos discursos (história, instrumentos, valores e emoções).

6.1) História: A instituição dos protocolos clínicos e a vitalidade fetal.

Uma observação inicial que ocorreu na minha entrada para a Unidade e que se repetiu ao longo do tempo foi a instituição dos protocolos clínicos na época que esta Unidade se transformava de uma Unidade de baixo para médio risco materno-fetal. Sem querer entrar no mérito do porquê desta transição, gostaria de enfatizar que estes protocolos clínicos se preocupavam especialmente com os cuidados relativos às doenças de aparecimento ou complexificação no decorrer da gestação, ou seja, enfatizavam o cuidado com as doenças das gestantes.

No entanto, todos os protocolos visavam este controle das doenças maternas em relação ao conceito, especialmente considerando de maior relevância, aquelas desordens que poderiam afetar a condição do bebê intra-útero. O exemplo mais concreto e mais investido era o de diabetes gestacional, que virou o carro chefe dos protocolos da instituição e que era considerado de especial importância, já que esta doença, considerada pela literatura médica contemporânea em epidemia, poderia, se não controlada, proporcionar morbi-mortalidade fetal e perinatal considerável, além de todos estes mesmos prejuízos para a gestante.

O argumento principal para o cuidado especial com o diabetes gestacional é a condição patológica do diabetes materno incidindo na condição de morbi-mortalidade para o binômio materno-fetal. Assim, o protocolo clínico inclui a preocupação e o compromisso ampliado com a saúde da mulher e do bebê. Se a princípio, toda a conduta médica direcionada pelo protocolo de diabetes gestacional se concentrou no controle das glicemias da mulher gestante na tentativa de melhor organizar o seu metabolismo, no final das condutas, esta

monitoração resultou na concentração da atenção médica que se direcionou ao controle da vitalidade fetal.

Esta observação foi possível a partir do entendimento de que o protocolo de diabetes gestacional institui que no último trimestre de gestação, a diabética é internada na Unidade de saúde para a vigilância contínua quanto à vitalidade de seu bebê. Isto se faz, através da realização diária e em muitos casos múltipla (várias vezes ao dia) do exame de cardiotocografia (CTG). Neste protocolo clínico, a importância do CTG é muito enfatizada, se tornando, portanto, fundamental a sua realização, induzindo um observador a pensar, embora isto nem sempre esteja tão claro, que qualquer profissional, como o próprio clínico ou a equipe de enfermagem, poderiam ou deveriam solicitar este exame de CTG, que inclusive na Unidade estudada, possui um papel timbrado específico para a sua solicitação.

O clínico ou a equipe de enfermagem que solicitam o exame de CTG, não necessariamente sabem interpretá-lo, pois não foram treinados para esta demanda particular. No entanto, solicitando o exame, eles parecem estar ratificando a importância da internação da gestante, por um lado, aproximando-se do paradigma obstétrico, ou melhor, “incorporando” este paradigma através do entendimento e da prática da solicitação deste exame. Este modo de solicitar o exame de CTG parece conferir o seu caráter ritualístico, no sentido, de estar sendo utilizado para dar ordem e sentido às futuras etapas do acompanhamento obstétrico, mesmo sendo este exame esotérico⁸⁰ para os agentes que o solicitam.

Esta incorporação parece se dar, para o clínico, por exemplo, pela via da simbolização, no sentido da condensação das relações simbólicas que são originalmente relações dos obstetras com as gestantes a partir de um saber e de um habitus obstétrico, mas que se disponibilizam de maneira condensada, para o clínico, no exame de CTG. Isto porque o médico clínico, embora tenha examinado e acompanhado a gestante diabética, não é legitimado para verificar concomitantemente a condição de vitalidade do bebê. Ele (a) não examina o abdômen, não faz a sua medição, não ausculta os batimentos cardíacos do bebê. Mas através de olhar para uma exame de CTG reativo, pode ter de forma imediata, a mesma “impressão” da vitalidade do bebê que o (a) obstetra tem, após a realização de toda a seqüência do exame propedêutico obstétrico.

⁸⁰ Ver Fleck (1976).

Desta maneira, o CTG pode representar para o clínico a transmutação temporária da disciplina clínica para a obstétrica e a troca temporária do indivíduo paradigmático que passa a corresponder ao indivíduo que representa a simbologia dominante da obstetrícia.

Esta possibilidade ou obrigação dos outros profissionais do campo obstétrico de solicitar o CTG já gerou rixas e rupturas na equipe da rotina hospitalar observada nesta época da institucionalização dos protocolos de atendimento, pois alguns obstetras consideravam o CTG como um exame pertinente a sua especialidade estando, portanto, fora do âmbito de abrangência dos clínicos, por exemplo, ou seja, o exame deveria ser solicitado somente pelos obstetras a partir dos seus julgamentos relativos às dúvidas levantadas na avaliação e acompanhamento obstétricos.

Esta explicação da soberania obstétrica sobre o exame de CTG foi extremamente enfatizada pelos profissionais obstetras quando se observou a possibilidade do exame de CTG ser um rápido substituto da avaliação propedêutica obstétrica, ou seja, quando os exemplos da prática de realização do CTG mostrando a sua capacidade de condensar a atividade vital do bebê, condensação da atividade de uma disciplina (exame obstétrico) e condensação destas condensações numa idéia que é o bem estar do binômio materno-fetal. Este último aspecto, sendo aquele idealizado, pois o clínico, quando verifica o CTG reativo da gestante e é capaz de comunicar isto a ela, também comunica, pelo menos de forma geral, sobre o bom controle do metabolismo materno, controle este já protocolado pela instituição, prescrito pelo médico e realizado de maneira prática pela adesão da gestante aos cuidados institucionais.

Ou seja, esta última condensação se refere ao sucesso da ação de saúde como um todo e tem o seu reflexo concreto no exame de CTG, que reflete imediatamente, a saúde do bebê. Assim, cada vez que uma gestante diabética tem o seu exame de CTG reativo há uma consagração positiva, uma atribuição de virtuosidade à ação de saúde em relação ao binômio materno-fetal.

O oposto ao dito acima pode ser observado quando o exame de CTG é considerado não reativo. O exemplo abaixo tem a intenção de mostrar o que esta sendo formulado.

Uma gestante de 40 semanas acompanhada pelo Programa de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro deu entrada na admissão da Unidade de Saúde para ser examinada. Segundo a gestante, ela não apresentava dores ou perda de líquido amniótico, mas compareceu, pois se tratava do dia considerado a sua data provável de parto, escrita no seu cartão de pré-natal. Ela foi prontamente examinada pela obstetra da sala de admissão, que resolveu confirmar a sua observação de exame físico realizando o exame de CTG, que foi

considerado reativo pela obstetra. Devido a esta confirmação da positividade em relação à vitalidade fetal, a obstetra recomendou que a gestante poderia ir para casa e retornar quando começasse a sentir as dores do trabalho de parto. A gestante parece ter compreendido a explicação da obstetra e foi embora para casa.

No dia seguinte a mesma gestante volta à Unidade de Saúde dizendo que ao acordar naquele dia não estava sentindo os movimentos anteriormente freqüentes de seu bebê. Ela foi novamente examinada na sala de admissão, desta vez, por outra obstetra, que verificou a ausência dos batimentos cardíacos do bebê pelo exame com o sonar. Esta observação da obstetra se transformou em notícia imediatamente alarmante que contaminou toda a equipe de plantão daquele dia que passou a questionar a reatividade do exame de CTG realizado na Unidade no dia anterior. Os obstetras comentavam que era importante ver o traçado daquele exame do dia anterior, pois era ele quem daria o veredito final, ou seja, este traçado seria quem pode mostrar se o bebê estava reativo ou não no dia anterior.

Quando a gestante mostrou o traçado de CTG solicitado, alguns obstetras comentaram que na dúvida sobre a reatividade de um traçado de CTG numa gestação a termo o ideal seria a interrupção da gestação por cesariana, ou seja, caso o exame mostre dúvida, isto sempre implica em intervenção médica operatória. Ainda segundo os obstetras, esta conduta seria a mais segura, pois seria a que evitaria infortúnios como o que estava acontecendo naquele momento.

6.2) Saber: A incorporação do conhecimento e da experiência sobre a vitalidade fetal.

No ano de 2005, a Maternidade observada foi autorizada a receber residentes de ginecologia e obstetrícia de outras Unidades de Saúde da Secretaria Municipal. Os residentes passaram então a fazer parte da rotina de atendimento obstétrico e dos plantões diários e noturnos, aumentando a demanda de diálogo entre estes novatos e os obstetras do corpo institucional permanente pela necessidade dos residentes de adquirir informação médica e porque passaram a ser uma audiência ativa na escuta dos relatos das experiências dos obstetras que ajudariam nas suas formações profissionais.

Observei, em relação à entrada destes residentes, que os obstetras mais experientes passaram a comparar com mais freqüência, casos obstétricos acontecidos na Unidade com casos de fora, muitas vezes de instituições privadas onde também trabalhavam, numa tentativa de exemplificar ao máximo, pontos considerados importantes para o aprendizado destes residentes. Para os obstetras mais experientes quanto mais exemplos práticos de um

determinado assunto, maior a facilidade de compreensão e incorporação do conhecimento na prática.

Em um dia de plantão, eu estava na sala de admissão observando os residentes atenderem as gestantes que chegavam com suas demandas. Nesta mesma sala, estava instalado de maneira mais ou menos permanente, um aparelho de CTG, com o objetivo de facilitar e otimizar o atendimento da sala de admissão e agilizar a verificação da vitalidade fetal. Um outro aparelho de CTG se encontrava em outro andar da Unidade, utilizado por enfermeiras obstétricas, enquanto este aparelho da sala de admissão estava sendo operado principalmente pelos residentes de obstetrícia.

Após cerca de 20 minutos rodando o CTG de uma gestante a termo na sala de admissão, o residente mostrou o traçado para a obstetra staff que estava orientando o seu trabalho. A obstetra olhou o papel do traçado do exame e imediatamente indicou que o exame estava reativo, escrevendo acima do traçado o laudo de reatividade e em seguida comentando que estava muito cansada por ter se aborrecido no dia anterior.

A obstetra chamou o residente que realizou o exame de CTG da sala de admissão dizendo: “Veja a contração ritmada e os batimentos reativos! Ela vai poder prosseguir para o trabalho de parto! Mas isto é exatamente o oposto do que aconteceu comigo ontem. Eu estava acompanhando um trabalho de parto fora desta Unidade quando subitamente o bebê começou a bradicardizar⁸¹ indo para 90 batimentos por minuto. Tudo com a monitoração do CTG. Como o bebê não parecia se recuperar, eu chamei o anestesista imediatamente e indiquei a cesariana. Foi tudo muito rápido e felizmente o neném nasceu bem! Você sabe que o pai da parturiente veio para cima de mim, dizendo que tinha sido alguma barbeiragem minha? Eu fiquei com muita raiva e falei que ele parecia não saber, mas a cesariana tinha sido indicada imediatamente no momento em que se observou, pelo CTG, que havia risco de vida para o neto dele! E olha que tudo monitorado pelo CTG!”

Neste relato, a obstetra exemplificou para o residente em processo de aprendizado e, portanto, incorporação de conhecimento e experiência prática, que o CTG é legitimador de uma intervenção médica utilizando a cesariana quando o parto normal parecia a princípio ser o desejado. A obstetra observou a desaceleração dos batimentos cardíofetais e confirmou o seu achado pelo traçado do CTG. Quando questionada em relação à mudança da via de parto, a obstetra justificou a mudança ter sido devida ao risco de vida para o bebê, sendo que, aquele

⁸¹ Ver bradicardia em nota anterior.

questionamento, se possível a partir da palavra da obstetra, se tornou menos legítimo quando documentada a bradicardia fetal a partir do traçado do CTG.

A residente escutava atentamente o caso relatado pela obstetra staff e concordava com um gesto de sim com a cabeça dizendo: “Ainda bem que tinha CTG!”

6.3) Corpo/Instrumento: A tecnologia da cardiocotografia na construção do conceito de vitalidade fetal.

Como já mencionado na minha dissertação de mestrado, a sala de admissão da Maternidade observada é o local de diagnóstico do trabalho de parto para a consequente decisão da entrada das gestantes nas dependências do centro obstétrico onde se darão as próximas etapas do ritual do trabalho de parto até o nascimento do bebê. Nesta mesma sala de admissão, observa-se com muita frequência, a avaliação da vitalidade fetal sendo auxiliada pela realização do exame de CTG.

O exame de cardiocotografia é feito em um aparelho semelhante àquele de eletrocardiograma, onde se registram os correspondentes batimentos cardíacos do bebê avaliado, as acelerações e as desacelerações de seu coração juntamente com o registro das contrações uterinas que estiverem ocorrendo no momento da realização deste exame.

Este exame pode ser feito por qualquer profissional da Unidade que domine a sua técnica, considerada fácil, sendo de rotina, muito frequentemente, realizado por enfermeiras que estejam posicionadas na sala de admissão, onde se encontra um aparelho.

A sala de admissão foi escolhida para alojar o aparelho de CTG pela importância deste exame em definir a intervenção obstétrica, especialmente a necessidade de indicação de uma cesariana quando existe a falta de reatividade do traçado do exame, correspondendo à falta de vitalidade fetal, ou melhor, ao sofrimento fetal.

Como a institucionalização dos protocolos de atendimento às doenças das gestantes também ajudou a dar ênfase à prática de realização do exame de CTG, geralmente existe uma fila de gestantes com diversas idades gestacionais e patologias ligadas à gestação aguardando a realização deste exame.

Foi interessante notar que, embora outros exames complementares como a ultrasonografia sejam também valorizados dentro da prática dos diagnósticos obstétricos, apenas o CTG parece acessível a diferentes profissionais não obstetras, pois seu mais fácil manejo da técnica não requer a qualificação de um obstetra radiologista ou que tenha feito uma sub-

especialização, como no caso do ultra-som. O CTG tem, portanto, esta peculiaridade. É de simples manejo. Um aparelho em formato quadrado, que possui uma conexão ou cabo de energia que se liga numa fonte. Apresenta duas faixas de pano grosso que se coloca ao redor do abdômen da gestante, onde se prende um sonar que registra os batimentos cardíacos do bebê e um medidor das contrações uterinas.

Na observação do ato da realização do exame de cardiotocografia, verifica-se, portanto, uma composição híbrida de material humano e máquina. O material humano sendo composto pelo corpo da gestante sensível ao seu bebê, onde se atrelam as faixas que apertam o seu abdômen; pelo corpo do obstetra ou outro profissional de saúde cujos braços se prolongam pelas faixas atreladas ao corpo da gestante e que observa visual e sonoramente a formação do traçado e da conseqüente representação do corpo vivo do bebê, verificada pelo próprio traçado, que corresponde à freqüência dos batimentos cardíacos fetais e do som a eles correspondente. O material máquina é composto pelos componentes do próprio aparelho e que possibilitam a formação do traçado que será lido pelo profissional de saúde, em sua maioria, pelos obstetras.

Como este exame é entendido como um exame complementar ao diagnóstico obstétrico que verifica a vitalidade fetal, o obstetra que realiza a cardiotocografia deverá fazer uma tradução que levará esta experiência de composição híbrida a uma idéia, a uma concepção, de vitalidade fetal, e que será transmitida e que circulará como a categoria legítima a partir da qual será considerada qualquer intervenção feita na instituição obstétrica.

6.4) Controle: A vitalidade fetal e o tempo na gestação.

Este episódio observado durante o trabalho de campo me pareceu bastante demonstrativo da experiência de mediação tecnológica com a cardiotocografia como veículo de transmissão e circulação de um dos valores centrais verificados nos discursos dos agentes do campo, se referindo ao controle do tempo na gestação através do controle da vitalidade fetal.

Como de rotina na Maternidade, uma obstetra estava atendendo na sala de admissão, quando entrou uma gestante para ser examinada. Ela apresentava cerca de 35-36 semanas de gestação e referia dores no baixo ventre sem outros sinais evidentes de trabalho de parto. A obstetra a conduziu para o Box de exame ginecológico e prosseguiu com a rotina de medir o tamanho do seu abdômen, escutar os batimentos cardíofetais e fazer o toque vaginal.

Comprovando depois do exame físico que a gestante não estava em trabalho de parto, a obstetra resolveu indicar um CTG.

Não explicou para a gestante do porquê da necessidade do exame, mas a encaminhou para o local onde se encontrava o aparelho. A gestante foi orientada a deitar do lado do aparelho onde havia uma maca e teve atrelado ao seu abdômen gravídico as faixas do aparelho com os sonares, quando pôde-se ver um traçado numa fita de papel que começou a ser construído.

Após este procedimento inicial, a obstetra deixou a sala de admissão, mas antes, recomendou que uma estudante de medicina, estagiária na Maternidade, ficasse vigiando a realização do exame de CTG, para que este não perdesse o seu foco⁸².

A estudante já comprometida em atender as gestantes que chegavam na sala de admissão não pode permanecer o tempo todo ao lado da gestante que realizava o CTG, ficando em um movimento de idas e vindas para a observação da formação do traçado. Numa destas vindas, a estudante observou que havia uma área não preenchida no papel do aparelho como se fosse uma falha no traçado. Embora esta falha sugerisse a temida perda de foco onde se encontravam os batimentos cardíofetais e motivo da permanência da estudante na observação cuidadosa do exame, a descontinuidade do traçado implicaria na dificuldade de se referir àquela área como reativa, comprometendo o laudo final do exame. Seria, portanto, um traçado duvidoso em relação à vitalidade daquele bebê.

A estudante, ao se reportar à obstetra que a orientava, se mostrou com um certo desconforto, dizendo que já tinha outra gestante na fila do CTG e ainda tinha sido chamada para levar o aparelho de CTG para a sala de pré-parto onde um outro obstetra solicitava o CTG para a indução de um trabalho de parto.

A estudante se mostrou angustiada, percebendo que a gestante que estava com o CTG duvidoso teria que esperar algum ou muito tempo para repetir o mesmo exame para que seu laudo pudesse ser dado de maneira o menos duvidosa possível.

A obstetra retornando à sala de admissão entendeu a angústia da estudante dizendo que a gestante não deveria permanecer na sala de admissão, que poderia dar uma volta pelo hospital, que poderia comer alguma coisa, mas que deveria retornar para repetir o exame de CTG. A gestante obedeceu sem perguntar ou receber demais explicações.

O atendimento na sala de admissão continuou como de rotina, outros CTGs foram rodados naquele intervalo de tempo e a obstetra permaneceu com o traçado do CTG duvidoso

⁸² Foco é o local no abdômen da gestante onde o obstetra localiza os batimentos cardíofetais e onde a saída (sonar) do aparelho de CTG é posicionado.

nas mãos, não o entregou para a gestante, como numa atitude de que aquele primeiro traçado seria provisório sem relação ainda direta ao devir da gestante ou de seu bebê. Como se o tempo daquele bebê estivesse em suspenso pela perspectiva da obstetra, aguardando um momento futuro de decisão, de continuação de sua gestação ou de ruptura, caso houvesse indicação de interrupção da gestação.

Tempos mais tarde, a gestante em questão retornou à sala de admissão e foi novamente direcionada à maca para a realização do exame de CTG. Naquele intervalo o aparelho já tinha saído e voltado para a sala de admissão duas vezes. A estudante recolocou as faixas sobre e em volta do abdômen da gestante deitada de lado, re-posicionou os sonares e começou a observar o novo traçado que foi surgindo na fita de papel saindo da máquina. Desta vez, a estudante permaneceu ao lado da gestante, observando atentamente a formação do traçado e chamou uma obstetra disponível para dar o laudo. A obstetra não deu maiores explicações, mas disse à estudante para deixar o traçado rodar mais um pouco, sem estabelecer ao certo, a quantidade deste tempo.

A obstetra, então retornou para a sala dos médicos, enquanto a estudante “toma conta do CTG”, como disse a obstetra que o fizesse. A estudante, após algum tempo, que pareceu estabelecido por ela própria, rasgou o pedaço de traçado já formado e pendente das bordas do aparelho e disse à gestante: “Acabou!”. Saiu da sala de admissão e levou o segundo traçado da gestante para a primeira obstetra que possuía o primeiro traçado. A obstetra, agora, com os dois traçados nas mãos, observou o segundo traçado e disse em voz alta: “É um padrão ondulatório, mas não posso dizer que está reativo”. Chamou outro obstetra que estava próximo, mostrando o segundo traçado. Este obstetra disse: “Batendo o olho eu diria que está reativo, mas não está!” A primeira obstetra completou: “Tinha que rodar mais, tinha que estimular!” O outro obstetra então disse: “O que você vai fazer?” A obstetra falou: “Se continuar assim vou interna-la e coloca-la em observação e repetir o CTG mais tarde, talvez passar para o outro plantão”. O obstetra respondeu: “Não! Acho melhor irmos lá na admissão e repetir esse CTG agora!”

Os dois obstetras implicados na dúvida gerada pelo traçado do CTG se dirigiram para a sala de admissão e colocaram a gestante novamente na maca, fixaram as faixas, posicionaram os sonares no abdômen da gestante e observaram conjuntamente o surgimento do terceiro traçado. A gestante correspondia positivamente à atitude dos obstetras, sem fazer nenhuma pergunta pertinente à repetição dos exames de CTG e também não recebendo nenhuma explicação a esse respeito.

Desta vez, o traçado surgiu imediatamente com sinais de reatividade, parecendo, como na fala de um dos obstetras: “Totalmente diferente dos dois primeiros!”. Este obstetra, parecendo estar aliviado, comentou com um tom de brincadeira com a estudante que continuava o atendimento na sala de admissão: “Parece de outra gestante, não é?” A estudante respondeu que sim, que parecia de outra gestante.

Foi interessante notar como a evidência proporcionada pelo terceiro traçado de CTG considerado reativo pelos obstetras parece reorganizar o tempo da gestação estudada, reconsiderando a idéia de internar a gestante por motivos de vigilância numa nova concepção de deixar a gestação seguir seu curso normal, o que foi feito mandando a gestante para casa.

A obstetra solicitante do primeiro CTG escreveu “reativo” no terceiro traçado e o entregou à gestante, desconsiderando os outros dois traçados anteriores e explicando para a gestante: “O seu bebê está bem! Você pode ir para casa!”

Essas palavras pareceram suficientes para a gestante, que se retirou da sala de admissão e seguiu seu curso normal de gestação.

A análise deste episódio relativo à realização do exame de CTG parece nos informar que apesar da obstetra não encontrar nenhuma evidência, em seu exame físico, que suscitasse de algo “errado” com a gestante ou seu bebê, ela sentiu e realizou a necessidade de solicitar o exame de CTG, como se este fosse a síntese objetiva e pública que documentaria o seu exame subjetivo e privado.

Outro ponto interessante que o caso mobiliza é o da comunicação entre o profissional de saúde que realiza o exame e a gestante a ele submetido. Observa-se que não há explicações dadas à gestante sobre a necessidade da realização dos diferentes exames e esta explicação segue em coincidência da “falta de dúvida” por parte da gestante, como se a linguagem falada e concretizada pela realização do exame fosse uma linguagem implícita de cuidados para com o bebê através da ação dos agentes que buscam a reatividade do traçado. Desta maneira, a necessidade de realização do CTG vira o screening que ordena e organiza a fila de atendimentos das gestantes no tempo, percorre os espaços onde estes atendimentos são identificados (sala de admissão, pré-parto) e vigia o tempo de permanência e ou interrupção da gestação.

Outro aspecto importante a ser considerado a partir deste episódio é a questão do medo da incerteza, da contingência, que resulta numa necessidade de controle pronunciada em relação à vitalidade fetal. Observa-se que a angústia da estudante se faz em relação a sua espera pela certeza em relação à definição do tempo de gestação e da sua possibilidade de interrupção. O CTG duvidoso, no caso os dois primeiros relativos ao caso acima, não

traduzem a experiência do exame clínico obstétrico inicial nem transmite nenhum saber sobre a vitalidade do bebê. Ou seja, o CTG duvidoso não parece funcionar dentro da lógica do saber e da experiência, pois não é positivo ou negativo em relação à vitalidade fetal. Ou melhor, não é reativo ou não reativo em relação aos parâmetros de avaliação do CTG. Assim, a dúvida em relação ao traçado ou o traçado duvidoso terá que ser repetido até que a experiência de dúvida possa ser redimensionada em experiência de certeza, esta proporcionada de maneira objetiva, visual, pública e permanente pelo traçado reativo do CTG.

Observa-se também neste caso, que a comunicação entre a obstetra e a estudante sobre o tempo de rodar o CTG e a decisão da estudante sobre o tempo de retirar o CTG não é estabelecida de maneira objetiva, quantitativamente falando. Este tempo parece depender do achado da certeza da reatividade do exame, que resulta no conseqüente laudo da positividade da vitalidade fetal. Ou seja, se esta afirmação faz sentido, o tempo da realização do CTG, assim como o tempo atribuído à própria gestação pode ser um tempo qualitativo, ou seja, um tempo que deve comportar necessariamente a qualidade da vitalidade fetal de maneira certa, positiva, caso contrário este tempo será interrompido.

Observa-se assim, que a certeza da reatividade do exame de CTG verificado no terceiro traçado é tão importante, que é o único momento de comunicação verbal entre a obstetra e a gestante na frase afirmativa: “Seu bebê está bem!” A obstetra comunica o que pode ser garantido como certo sobre a vitalidade fetal e sobre a manutenção da situação gravídica.

6.5) Relações: A dinâmica dos agentes institucionais e a vitalidade fetal.

6.5.1) O direito ao CTG e ao saber sobre a condição fetal.

Num dia típico de plantão o CTG estava funcionando normalmente, posicionado em seu lugar de rotina, na sala de admissão e sendo realizado por uma enfermeira, escalada naquele dia, para esta tarefa. Neste dia em particular, a sala de admissão estava superlotada e o número de atendimentos era muito grande. No entanto, a enfermeira que realizava o CTG comentou que o número de exames parecia reduzido naquele dia. Algumas gestantes tinham vindo da enfermaria e o restante vinha do próprio fluxo de atendimento da sala de admissão.

Horas mais tarde, chegou uma gestante com um pedido de CTG para ser realizado. Ela era gestante acompanhada em um pré-natal de um posto de saúde e veio à Maternidade apenas

para a realização do exame complementar. Já tinha sido avaliada no dia, pelo seu obstetra do pré-natal que tinha solicitado aquele exame.

Nesta hora, a enfermeira da admissão disse que a direção da Maternidade teria suspenso a realização de exames de fora da Unidade, ou seja, apenas gestantes com solicitação do médico atendendo na sala de admissão poderiam realizar o exame de CTG. Outras gestantes seriam encaminhadas a outras Maternidades.

A obstetra que estava atendendo na sala de admissão disse, entretanto, que aquela determinação da direção era nova, diferente da semana anterior, quando todas as solicitações de CTG, internas ou externas estavam sendo realizadas. Além disso, o que a enfermeira afirmava como nova determinação da direção não estava mencionada no livro de plantão ou em nenhum cartaz na parede da sala de admissão, veículo de comunicação frequentemente utilizado em caso de novas determinações da direção para os membros do plantão.

A enfermeira da admissão disse então que esta nova determinação se devia às múltiplas reclamações de diferentes chefes de plantão quanto ao número de CTGs de fora da Unidade a serem realizados a cada plantão, implicando em desorganização do atendimento da sala de admissão, já que cada exame deveria ser lido e o laudo dado pelo obstetra da sala de admissão. Além disso, os exames suspeitos deveriam ser repetidos e as gestantes novamente examinadas para a decisão quanto à interrupção ou não da gestação.

Assim, essa nova determinação da direção parecia representar uma demanda dos próprios obstetras em relação ao grande número de atendimentos na sala de admissão e a dificuldade de lidar com todos eles.

O problema desta determinação, segundo as palavras da obstetra da admissão, seria a negação da realização de determinados exames de CTG de fora, deixando de detectar alguma alteração compatível com a necessidade de intervenção obstétrica. Além disso, como a Maternidade funciona em regime de plantão, de portas abertas, isto significa que qualquer gestante que deseje ser examinada deve apenas ficar na fila para o atendimento, preencher a ficha de admissão, não podendo ser negado o seu atendimento. A obstetra da sala de admissão ainda comentou que se a obstetra do pré-natal de fora da Unidade julgou que o exame de CTG é necessário para aquele caso, provavelmente ela, como obstetra da admissão, re-examinando a gestante chegaria a mesma solicitação do exame de CTG, o que implicaria, portanto, em realizar finalmente o exame de CTG de qualquer maneira, motivo, aliás, da vinda da gestante àquela Unidade de Saúde.

Outra questão, levantada também pela obstetra da admissão, foi que o exame de CTG estava sendo realizado por uma enfermeira e não pela obstetra da sala de admissão, sendo a

obstetra responsável pelo laudo dos exames. Assim, de certa forma, a determinação da direção estava aliviando o trabalho da enfermeira diminuindo o número de exames a serem realizados, mas não o trabalho da obstetra, que teria que examinar cada gestante da fila para decidir novamente a necessidade da realização ou não do CTG já solicitado por outra unidade.

Um terceiro problema ainda levantado pela obstetra da admissão se referia a alguns obstetras, não todos, que não gostavam de dar laudos de CTGs realizados em gestantes de fora da Maternidade. Estes obstetras encaminhavam estas gestantes de fora pra a enfermaria, onde realizavam o exame obstétrico e remetiam as gestantes com o traçado do exame, mas sem o laudo, de volta ao pré-natal respectivo de origem. Isto, na visão da obstetra da admissão, cria vários problemas: o primeiro é que a superlotação em relação ao aparelho de CTG (único da Unidade naquele momento) faz com que muitas gestantes só consigam realizar seus CTGs à tarde, quando o turno do pré-natal da manhã já se encontra indisponível. Desta forma, a gestante vai com o traçado do CTG nas mãos, exame sem laudo, e que ficará sem laudo até o outro dia quando a rotina do pré-natal do dia esteja disponível para dar o laudo dos CTGs do dia anterior.

A obstetra da admissão, na conversa com a enfermeira, disse que a realização do exame de CTG visava uma necessidade obstétrica imediata proveniente de alguma dúvida em relação à vitalidade fetal e a uma possível indicação de interrupção da gravidez. Assim, completa a obstetra, a gestante que está com o traçado de CTG nas mãos, mas sem o laudo, tem um exame que está inutilizado na sua principal e talvez única função e ainda, de todas as maneiras, comprometendo o atendimento na sala de admissão.

A enfermeira que estava realizando o CTG respondeu à obstetra que falava, que aquela situação, levantada pela obstetra, seria preocupante, mas pouco freqüente, pois a própria enfermeira que realiza o CTG, de tanto realizar estes exames ou acompanhar os obstetras que dão os laudos, já é capaz, muitas vezes, de identificar os exames que apresentam padrões suspeitos de não reatividade. Quando é este o caso, disse a enfermeira, ela mesma solicitava o laudo do médico dizendo: “Doutora, olha este CTG, veio de fora. Achei esquisito, quer que repita?”

A obstetra disse então que com a demanda da enfermeira da sala de admissão, ela que realiza os exames com freqüência, não há como negar a esta solicitação: “É de fora?” Perguntou a obstetra. “É!” Respondeu a enfermeira, que completa: “É melhor deixar rodar mais tempo e dar uma buzina⁸³ pra ver se reativa.”

⁸³ O cardiotocógrafo é munido de uma buzina, ou seja, apresenta um mecanismo sonoro que pode ser ativado manualmente pelo agente que manipula o aparelho. O som estridente da buzina do CTG serve para mobilizar o feto dentro do útero

Parece, neste momento, que a obstetra mesmo sem dar oficialmente o laudo do exame, já o deu, pois se o CTG precisa ser reativado é porque está previamente não reativo. Por isso mesmo, a enfermeira repetiu o exame, desta vez por um tempo mais prolongado, prestando ainda mais atenção ao seu padrão. E agora, como a solicitação do exame de CTG passou a ser da obstetra da sala de admissão e não mais de fora, ela teria que se comprometer em dar o laudo do exame por ela solicitado.

Esta dinâmica particular em relação à realização do exame de CTG parece mostrar que a nova determinação da direção da Maternidade na tentativa de diminuir a superlotação da sala de admissão não atingiu os seus objetivos. Criou, no entanto, um lado ainda mais trabalhoso e de interdependência das relações institucionais entre obstetras e enfermeiras da sala de admissão, pois devem resolver a todos os momentos quem tem o direito ao CTG. Portanto, a demanda pelo exame de CTG das gestantes de fora da Unidade se tornou, na discussão entre a obstetra e a enfermeira, uma exploração teórica do direito à realização do exame. Isto pareceu acontecer pela desconsideração original do papel fundamental que o exame de CTG tem na determinação da vitalidade fetal e da conseqüente responsabilidade destes profissionais de saúde nas etapas finais da gestação.

6.5.2) O Local de direito do CTG e o Lugar dos agentes institucionais.

Em um dia da minha observação de campo, o plantão obstétrico iniciou suas atividades sem CTG. Esta frase “sem CTG” vem das palavras dos obstetras e das enfermeiras quando a enfermeira escalada para a realização do exame, geralmente feito na sala de admissão, não compareceu ou foi escalada para outra atividade.

Com a falta da enfermeira do CTG, há uma re-organização das prioridades de realização deste exame, ficando a maioria das gestantes internadas na enfermaria sem a realização do CTG. Apenas aquelas gestantes que tiverem o exame clínico-obstétrico do dia duvidoso em relação à vitalidade fetal é que farão o exame de CTG. Desta maneira, a ausência da facilidade da realização do exame de CTG passa a valorizar o exame clínico-obstétrico, pois este passa a indicar a posterior necessidade de realização ou não do exame de CTG, especialmente para a segurança da vitalidade fetal.

No entanto, verificou-se neste dia, que podem existir outros tipos de indicações para a realização do exame de CTG. Uma delas se refere à alta hospitalar. Quando a obstetra falou:

materno, quando ele esteja com boa vitalidade, mas dormindo. Neste caso em que o traçado pode ser confundido com os padrões relacionados ao sofrimento fetal.

“Vou dar alta nesta paciente, mas como ela está com 39 semanas, vou antes, rodar um CTG”. O CTG neste caso serve como instrumento de comprovação da vitalidade fetal no final da gestação, como é o caso, sendo uma prova conseqüente da possibilidade de alta hospitalar para aquela gestante. Na observação desta função que pode exercer o exame de CTG, verificamos que ele pode servir como um meio de proteger o obstetra de futuros questionamentos, caso algo de inesperado aconteça com aquela gestação no sentido de alguma condição indesejável para o bebê.

Neste caso, o obstetra que deu alta para a gestante com o exame de CTG reativo terá nas mãos um dado objetivo em relação à vitalidade fetal além de seu exame mais subjetivo na contagem dos batimentos cardíacos fetais que somente ele ouviu com o instrumento de pinar ou que é ouvido por ele e a gestante quando utilizado o instrumento de sonar, embora ambos sem a documentação do traçado do exame de CTG. Assim, o traçado do exame de CTG pode servir como solucionador de dúvidas em relação ao exame clínico-obstétrico relativo às condições vitais do bebê.

Voltando ao plantão, observei que a maca onde se realiza o exame de CTG ficou vazia por algumas horas na sala de admissão. Este fato proporcionou a observação de outra função, desta vez, para o local de realização do exame de CTG. Foi observação frequente na Maternidade, que funcionários da limpeza, um serviço terceirizado, tinham alguma condição de saúde que demandasse atendimento médico. Eles geralmente eram examinados em cadeiras ou em qualquer lugar não próprio disponível, às vezes nas mesas de exames ginecológicos e muitas vezes na maca de CTG. Foi o caso do dia “sem CTG” como foi o dia de hoje, quando uma funcionária da limpeza sofrendo de dor abdominal começou a ser examinada na maca de CTG.

Logo que a funcionária deitou na maca de CTG na sala de admissão, chegou uma obstetra da enfermaria acompanhada de uma gestante e perguntou: “Ih! Hoje não tem CTG não? Eu tenho que rodar este CTG desta gestante”, apontando para a gestante ao seu lado.

A médica clínica que estava atendendo a funcionária da limpeza na maca de CTG respondeu que tinha colocado a funcionária da limpeza ali deitada na maca, porque, como não tinha CTG, o lugar estava desocupado, facilitando o seu trabalho, já que não tinha outro lugar apropriado para atender quem passasse mal. Neste momento, a funcionária da limpeza interrompeu a fala da médica clínica dizendo: “Saindo daqui eu vou deitar no chão do segundo andar!” A médica clínica prosseguiu: “Você não pode deitar no chão com dor, vou chamar a sua supervisora. O problema é que eu tive que colocar você deitada na maca do

CTG e a obstetra precisa fazer o CTG da gestante internada. Esta é a maca do CTG e não para fazer medicação em quem passa mal!”

A médica clínica saiu da sala de admissão com expressão nitidamente contrariada com a situação, entrou nas dependências do centro cirúrgico onde encontrou com o chefe de plantão e com o chefe da obstetrícia. Informou aos dois médicos a situação do atendimento da funcionária da limpeza, deitada com dor abdominal na maca do CTG, único local disponível para a realização do exame e da medicação para o alívio da dor. Interrompendo a fala da médica clínica, os chefes perguntaram ao mesmo tempo: “Por quê? Não tem CTG hoje?” A médica clínica respondeu: “Parece que não, inclusive a obstetra da enfermaria está fazendo certa pressão para realizar um CTG de uma gestante internada que tem que ter alta. Ela precisa colocar a gestante na maca e a funcionária da limpeza disse que se sair da maca vai deitar no chão do segundo andar. A supervisora confirmou que eles não têm lugar para descansar, para deitar. Acho que vou ter que chamar a ambulância para levá-la para a emergência”.

O chefe da obstetrícia ofereceu então: “Quer que eu tente uma cama no puerpério?” A clínica disse: “E na enfermaria sem bebês?” O chefe respondeu: “Lá não tem vaga hoje”. A clínica então concluiu: “Vou chamar a ambulância!”

A ambulância chegou em cerca de trinta minutos e enquanto isso a obstetra da enfermaria acompanhada da gestante a ter alta decidiu: “Pode ficar! Vou levar a gestante para rodar o CTG na sala de apoio”.

A gestante teve o seu exame de CTG rodado na sala de apoio enquanto a funcionária da limpeza era levada de ambulância para a emergência mais próxima.

Depois de algum tempo, neste mesmo plantão, uma enfermeira levou o aparelho de CTG de volta para a sala de admissão e o recolocou próximo da maca, quando novamente uma obstetra, agora do pré-natal solicitou a realização do exame. A enfermeira ainda reposicionando o aparelho disse: “A doutora Fulana sabe que não tem CTG hoje, mas ela me pediu e a gente sempre dá um jeito de fazer. Só estou sentindo falta da buzina, ela não está aqui. Depois a supervisora vai perguntar quem levou o aparelho daqui e onde está a buzina!”

Faz-se importante mencionar que o aparelho de CTG sempre foi considerado essencial para o bom acompanhamento da gestação, fato que aparece na fala dos obstetras. Um dos comentários sempre freqüente era: “Como uma Maternidade com perfil de risco materno-fetal poderia funcionar sem CTG?” Comentário feito na época do aparelho quebrado em processo de manutenção. Nesta mesma época, observou-se um importante esforço por parte da supervisora da enfermagem responsável pelo instrumental técnico do centro cirúrgico para a

recuperação do aparelho de CTG quebrado, inclusive solicitando a outras Maternidades que cedessem seus aparelhos antigos emprestados.

Nesta época também, foi solicitado à direção da Unidade, pedido encabeçado por uma obstetra, que tivesse uma sala ou um lugar fixo para o aparelho de CTG. Esta obstetra apontou que, “Assim como o exame de ultra-som, o CTG merece um local privilegiado. Ele é um exame fundamental para a avaliação da gestante que chega na sala de admissão e, portanto, deveria ser mantido nesta sala!”

Sem muito mais indagação, o aparelho de CTG foi considerado pela direção da Unidade como definitivamente instalado na sala de admissão onde passou a funcionar atendendo a demanda da enfermagem de gestantes, das gestantes que chegavam para serem atendidas na Unidade, das gestantes do pré-natal ambulatorial da Maternidade e das gestantes dos postos de saúde que compareciam à Unidade apenas para a realização do exame de CTG.

A única indignação à instalação definitiva do aparelho de CTG na sala de admissão veio do corpo dos médicos clínicos da Maternidade que pleiteavam, há tempos, um local para seus atendimentos emergenciais e medicamentosos: “Para quem passa mal” como nas palavras da clínica, mas o local foi mesmo cedido para os apelos do CTG. Este fato da ausência de um lugar próprio para fazer a medicação de emergência devido à localização do aparelho de CTG faz com que médicos clínicos, muitas vezes, tenham que pedir às enfermeiras de outros setores para colocar seus pacientes para medicação. A desculpa dos pedidos observou-se ser sempre a mesma: “Não há lugar pra medicação, lá está rodando o CTG!”

Observa-se, desta maneira, que através da disputa do local de realização do exame de CTG, pode-se verificar as diferentes importâncias atribuídas aos diferentes atendimentos e profissionais demandados na Unidade, sendo de importância capital o atendimento à gestante quando em relação à verificação e comprovação da vitalidade fetal.

O interessante observado também é que, apesar do falatório e das indignações quanto ao local do estabelecimento do exame do CTG, parece haver uma compreensão por todos os profissionais em relação ao significado do CTG. A importância da realização do exame de CTG parece muitas vezes óbvia para todos. Até mesmo a funcionária da limpeza, passando mal, parece ter compreendido que o local onde estava deitada era, na verdade, do CTG. Ela é quem limpa a sala de admissão durante a realização contínua do exame.

Após a sua instituição como local fixo e preferencial para a realização do exame de CTG foi colocado um aviso na sala de admissão, bem grande com letras maiúsculas dizendo:

“Este aparelho de CTG é um bem público, seus cabos não podem ser desconectados, o aparelho não pode sair do local, ou seja, da sala de admissão”.

A intenção do aviso, por parte da supervisão da aparelhagem técnica parecia uma tentativa de preservar o funcionamento contínuo do aparelho de CTG, evitando o manuseio inconseqüente, o transporte indevido ou descuidado. Este aviso, embora seguindo a lógica da instituição do local fixo para o aparelho de CTG causou alguns descontentamentos como na fala de um obstetra: “Como quer que a gente rode CTG sem tirar o aparelho da admissão, eu preciso rodar CTG no pré-parto! Tem que ter outro CTG pro pré-parto!”

A demanda por mais de um aparelho de CTG foi sempre observada em diversos discursos de obstetras em diferentes momentos. Eles vêm no exame de CTG, um instrumento fundamental na sua avaliação da gestação. No entanto, ao longo do tempo da observação de campo, apenas um aparelho estava sendo efetivamente utilizado.

Voltando a sala de admissão, no período da tarde, novamente a solicitação do exame de CTG que seria realizado por uma auxiliar de enfermagem da enfermaria de gestantes. Imediatamente, a obstetra que ocupava a sala de admissão questionou: “Quem é que está rodando o CTG?” A auxiliar respondeu que tinha sido solicitação da Dr. Fulana do pré-natal. A obstetra então comentou: “Ela não sabe que hoje não tem CTG? Porque ela está deslocando você da sua função e deixando a gente sem CTG? Eu preciso rodar um CTG agora aqui da admissão. Você pode rodar o meu também?”

Como foi observado anteriormente e a partir do referencial do campo de Bourdieu (1987, 1989), o exame de CTG parece vinculado às disputas entre os agentes do campo por espaços, materiais e equipamentos e por visibilidade. Uma disputa de poder, encenada pela dinâmica da cardiocotografia, como neste caso do atendimento de urgência da sala de admissão e o atendimento ambulatorial do pré-natal.

Assim, o CTG, neste momento parece estar comunicando a disputa de importâncias entre os atendimentos de pré-natal e da admissão através do agente que tem o poder e a legitimidade para solicitar a presença da enfermeira ou auxiliar que vai rodar o CTG. Assim, o CTG serve novamente como um veículo de comunicação, agora entre os próprios obstetras, na tentativa de definir as diferentes importâncias do plantão e da rotina.

Enquanto rodava o CTG, a auxiliar chamou a obstetra para avaliar o CTG por ela solicitado, como a obstetra demorava num atendimento da sala de admissão, a auxiliar provavelmente achando o exame reativo, retirou as faixas do abdômen da paciente e entregou o traçado para a obstetra ainda ocupada. A obstetra reclamou com a auxiliar que ela deveria

ter deixado o exame rodar mais tempo. Observando atentamente o traçado mostrava uma área duvidosa e outra não reativa.

A auxiliar disse então, que embora não fosse especialista em CTG tinha achado o exame reativo, mas que colocaria a gestante de volta na maca por mais tempo.

Com o segundo traçado sendo rodado, a obstetra se aproximou da maca e do aparelho e comentou: “Ah! Agora sim! Agora o CTG está reativo”. E disse para a gestante implicada no exame: “Não importa o que a Dr. Fulana falar ou a Dr. Clínica, agora a gente tem a prova que seu bebê está bem!”

Considerando esta dinâmica de disputas entre os diferentes profissionais e as diversas funções destes nos locais da Unidade de Saúde, destaca-se o exame de CTG como instrumento de comunicação destas disputas, na tentativa esclarecer hierarquicamente os detentores do poder atrelado ao conhecimento sobre o exame de CTG e sobre a vitalidade fetal.

Observa-se, que a obstetra da sala de admissão utiliza o exame de CTG para esclarecer à auxiliar que ela, obstetra, é a detentora do saber sobre o exame e portanto, tem o poder de solicitar que se repita o mesmo em caso de dúvidas. Nesta dinâmica, o laudo que se dá pela impressão da auxiliar de enfermagem tem sua legitimidade questionada, pois embora carregue a impressão de uma avaliação reativa, não parece ter a possibilidade de dissecar o exame em partes, ato obstétrico, que demanda então a necessidade de realização de outra tomada do mesmo exame.

Quando já esclarecido, pelo segundo traçado, a condição de vitalidade do bebê e a posição hierárquica da auxiliar frente ao caso, a obstetra aproveita e conclui, através da supervalorização do traçado, que não somente a auxiliar, mas também outros agentes como clínicos ou obstetras do pré-natal não poderiam ter mais legitimidade que a “verdade” sobre o bebê, comunicada pelo traçado reativo do exame de CTG. Verdade que legitima o conhecimento obstétrico e que se rende à evidência do sinal.

Nota-se também nesta dinâmica, a imensa atribuição de importância dada ao exame de CTG, que passa a ser o exame do obstetra, ele simboliza e concentra toda a ação e o poder obstétrico em relação à definição da situação da gestação em apenas um traçado.

6.5.3) Cuidando da vitalidade fetal: Cuidando do CTG.

Entrando na sala de admissão logo pela manhã, notei um aviso grande afixado na parede em cima da mesa central da sala. O aviso dizia: “Da divisão médica para as chefias de

obstetrícia e dos plantões: Comunicamos que já dispomos de dois aparelhos de CTG. Sendo um deles localizado no ambulatório para ser utilizado em pacientes ambulatoriais e internadas e outro disponível no quinto andar para ser utilizado no pré-parto e em casos onde há necessidade de execução do CTG no mesmo dia, para a definição da conduta obstétrica. Este aparelho será manuseado pelo médico plantonista que estiver necessitando do exame”.

Enquanto eu lia o cartaz, a obstetra com função de chefia técnica do centro cirúrgico entrou na sala de admissão e vendo eu ler o aviso comentou sobre a aquisição do segundo aparelho de CTG: “Lembra que o aparelho foi comprado pela secretaria municipal de saúde, pela chefe daquele setor que já tinha sido chefe da divisão médica aqui na gestão anterior? Por isso, ela sabia da nossa necessidade de CTG! O aparelho era novinho, mas tinha aquele mesmo problema dos antigos – o problema das faixas”.

A obstetra falava e olhava para o aparelho e continuou dizendo: “As faixas são sempre o problema porque sujam muito com o uso freqüente do aparelho e têm que ser lavadas na lavanderia. O problema é que vão parar na autoclave e somem. Por isso, eu pedi para a funcionária da lavanderia, que também é costureira fora daqui que fizesse várias outras faixas para o aparelho, já que de vez em quando as faixas ao lavarem, sumiam e os obstetras reclamavam dizendo que tinham que usar as ataduras de crepom. Eu inclusive pedi para que ela levasse as faixas do CTG para casa, onde poderia lavar na mão e trazer de volta, sem risco de perder. Quando o funcionário da Phillips trouxe o segundo aparelho eu disse a ele, como reclamação, que fizessem faixas impermeáveis, que pudessem ser limpas com álcool. Muitas gestantes têm sarna e isto faz com que a faixa do aparelho precise ser lavada”.

A obstetra se virou para mim dizendo que tinha usado os casos de sarna para dar ênfase à importância das faixas serem impermeáveis. O funcionário da Phillips disse que a idéia era muito boa e que encaminharia a sugestão para o fabricante.

Este exemplo não tem a intenção de desvalorizar o cuidado com a gestante que, por ventura, estava com sarna; este cuidado pode ser verificado pela presença das ações de saúde competentes aos profissionais que são responsáveis pelas patologias das gestantes. O intuito é dar ênfase ao cuidado com a máquina do CTG, mostrando que muitas vezes o aparelho pode ser entendido como “quase um agente” já que possibilita a experiência de mediação tecnológica que por sua vez proporciona a inteligibilidade do conceito de vitalidade fetal, este, direcionando, legitimando e protegendo as ações dos agentes humanos do campo e garantindo, desta maneira, o que se entende por sendo o controle sobre o processo da gestação.

6.5.4) Saber e Experiência na construção identitária a partir da vitalidade fetal.

Um obstetra estava atendendo na sala de admissão, atarefado na tentativa de diminuir a fila de gestantes que preenchia o corredor do lado de fora da sala. Neste momento, uma gestante entrou, sentou na cadeira lateral à mesa central do obstetra que começou a fazer perguntas sobre a sua gestação e indagando o motivo de sua vinda ao atendimento na Unidade.

A gestante disse que sua gravidez estava prolongada, que já tinha 42 semanas e estava passando da hora dada pelo seu médico do pré-natal. O obstetra fez as contas do número de dias da gestação da paciente, colocando o número de dias de todos os meses percorridos até aquela data, documentado num papel o somatório de 41 semanas.

A gestante então falou que a conta do seu último ultra-som tinha dado um número um pouco maior, de 41 semanas e 3 dias, mas o obstetra insistia que era o primeiro ultra-som e a data da última menstruação que seriam os dados corretos para averiguar a idade gestacional.

Durante a explicação do obstetra a gestante permanecia sentada na cadeira ao seu lado e não mostrava sinais de dor ou outra queixa qualquer compatível com estar em trabalho de parto. A atitude de permanência da gestante parecia sugerir que ela não estava convencida dos argumentos do obstetra em relação a sua idade gestacional. O obstetra sem conseguir move-la na direção do seu argumento disse: “Vem aqui. Vamos fazer um CTG. Ele vai dizer o que a gente tem que fazer com você.”

A gestante foi posicionada na maca do CTG pelo próprio obstetra, foram colocadas as faixas em torno do seu abdômen gravídico, ela permanecendo deitada enquanto o aparelho definia o seu traçado.

Após uns vinte minutos, o obstetra pegou o papel nas mãos, observou o traçado e disse que a gestante poderia se levantar. A gestante obedeceu sem fazer perguntas, levantando-se prontamente e retornando à cadeira onde estava sentada anteriormente, aguardando a volta do obstetra.

Enquanto retornava à sua mesa, o obstetra esticou novamente o papel do traçado do CTG com um ar de reconhecimento do que estava vendo e ao se aproximar de uma obstetra que estava próxima da gestante disse: “O que você acha disso?” A obstetra respondeu: “Está lindo!” O obstetra esticando ainda outra vez o papel do CTG completou: “Olha que beleza!” A obstetra também afirmou: “É! Aqui ele deu uma reativada. Ótimo!”

O obstetra chegou ao local onde estava sentado ao lado da gestante que o esperava e mostrando o traçado do CTG para ela comentou. A posição do papel, no entanto, fazia com que a gestante, da posição que se encontrava relativa ao obstetra, via o traçado horizontal de maneira verticalizada.

O obstetra esticou o papel novamente e disse: “Aqui é que nem jogo da velha: Vale o que está escrito. Veja! É como se o bebê estivesse mandando uma carta para mim. Não tem como ir contra este exame!”

A gestante olhando o traçado no sentido vertical insistia que estava com 41 semanas e três dias enquanto o obstetra insistia que o CTG não indicava a necessidade de internação. A gestante apesar de não parecer muito convencida, por outro lado, se mostrou conformada com o argumento obstétrico final: “A ciência fez a possibilidade deste exame, vamos deixar que a natureza finalize o seu trabalho.” Ela se levantou da cadeira e saiu da sala de admissão.

Observa-se neste ponto da comunicação entre obstetra e gestante que as categorias ciência atribuída ao obstetra e natureza atribuída à gestante, pela corporificação de um processo fisiológico, portanto atribuído a natureza, que é a gestação, embora parte integrante dos discursos dos obstetras e que parecem aceitos pelas representações das gestantes não parecem suficientes para entender a relação que se estabelece entre essas duas categorias. Este exemplo parece mostrar que esta relação pode ser explicada, no entanto, pela presença da categoria da vitalidade fetal, ou seja, é a partir dela que se faz a relação positiva entre ciência e natureza, cada qual delimitada na sua fronteira de legitimidade, mas atuando de maneira complementar.

Assim sendo, as categorias de ciência e natureza não mais estariam em situação de oposição uma a outra, mas aparentemente pelo exemplo, em situação que se assemelha mais a uma simbiose, delimitando as suas diferentes responsabilidades no processo da gestação de maneira complementar.

Destaca-se, por outro lado, que se entendermos essas mesmas categorias ciência e natureza através de um referencial político de definição de identidades e de luta pelos domínios das suas atribuições, elas poderiam sim ser vistas de maneira oposicional.

6.6) Medo e alívio: emoções que configuram o saber sobre a condição fetal.

Desde a minha saída da Maternidade em fevereiro de 2007, época da minha entrada no programa de doutorado do Instituto de Medicina Social da UERJ, eu somente tinha aparecido na unidade uma vez há mais de seis meses. Telefonei para a chefe de plantão e

perguntei se poderia ir visitar o pessoal e saber das novidades. Como sempre fui bem recebida chegando ainda pela manhã por volta das 10:30 hs quando a equipe já estava totalmente ocupada. Aos poucos, no entanto, os obstetras que eu já conhecia foram aparecendo e começamos a conversar. Perguntei a um deles como as coisas andavam e este obstetra me disse que estava tudo na mesma, se referindo especialmente às dificuldades das condições de trabalho, ao volume muito grande de pacientes a serem atendidas na sala de admissão e a um aumento de número de internações devido à epidemia de dengue.

No meio da nossa conversa, apareceram a diretora médica da Unidade e a chefe da obstetrícia, juntamente com uma obstetra ocupada com a enfermaria de gestantes para fazer um round relativo às gestantes internadas que deveriam ficar sob a vigilância dos médicos do plantão depois de encerrada a rotina de visitas da manhã. Uma obstetra apresentava e descrevia cada caso e alguns comentários eram pronunciados.

No que se destaca para o trabalho aqui em questão foram dois casos apresentados, os quais coincidentemente suscitaram maior número de comentários, sugestões e recomendações. A conotação destes comentários, na minha percepção, foi também muito emocional, muito insistente e muito afirmativa e também frustrada.

No primeiro caso tratava-se de uma gestante de 30 anos, internada há cerca de três semanas devido a ser portadora de diabetes pré-gestacional, com gestação de 30 semanas. A sua internação tinha a intenção de controlar melhor os seus níveis de glicemia que estavam elevados até aquele dia. Este controle estava sendo atingido de maneira gradual com o acompanhamento da equipe de clínica médica da Unidade e neste dia havia sido feita a solicitação de um exame de CTG para a avaliação da vitalidade fetal. O CTG foi avaliado por um obstetra da rotina, dando um laudo correspondente a um padrão comprimido. Este resultado levantou imediatamente a dúvida em relação à vitalidade deste feto, motivo pelo qual, o caso da gestante estava sendo encaminhado para o plantão.

Um obstetra do plantão que particularmente estuda o exame de CTG de maneira assídua sugeriu que se fizesse um exame de Doppler naquela paciente, já que por ela estar com apenas 30 semanas de gestação, o CTG ainda não seria um bom exame para avaliar a vitalidade fetal devido à imaturidade da gestação e do sistema nervoso fetal, implicando em interferências no traçado do CTG. Esta sugestão foi dada com certo tom de obviedade, aparentando que aquela sugestão seria um consenso entre os obstetras.

No entanto, a resposta da chefe da obstetrícia foi referente à falta do exame de Doppler na Unidade e conseqüentemente o que o plantão deveria fazer seria repetir o exame de CTG.

O Obstetra, um pouco irritado indagou então, que não haveria o que fazer se o exame continuasse no mesmo padrão. A questão, para ele, era que o feto, sendo decorrente de uma gestação diabética, estava efetivamente sob maior risco de sofrimento, mas isto não validava o exame de CTG para aquele caso naquela idade gestacional. O obstetra insistiu sugerindo que a gestante poderia fazer o exame de Doppler em outra unidade, onde as condições de avaliação fetal fossem ideais para o caso.

A chefe da obstetrícia disse então, que a outra Maternidade com mais recursos tecnológicos tinha o exame, mas só poderia ser feito até 13:00hs e com o avançar da hora daquele dia, provavelmente não haveria tempo para a solicitação do exame. Ela afirmou, no entanto, que tinha o telefone da sala do exame da outra unidade e que poderia tentar ligar e agendar o exame para o mesmo dia.

A preocupação do plantão parecia girar em torno da dúvida quanto a uma possível complicação para aquele plantão do dia, associado a uma preocupação da dificuldade ou impossibilidade de realização do exame durante o final de semana, que começava já naquele dia.

Enquanto a chefe da obstetrícia tentava ligar para a secretária da sala de exame da outra unidade, um outro obstetra comentava que ela solicitasse também mais um outro exame de Doppler, desta vez, para uma gestante com hipertensão arterial e que precisava desta avaliação complementar. Ele acrescentou que estava com medo daquela gestação, já que se assemelhava muito a outra também de gestante internada na Unidade e que não tinha evoluído bem, segundo ele, pela dificuldade de se identificar pelos exames disponíveis a vitalidade fetal. De qualquer maneira, esta gestante também faria um CTG assim como outras doze gestantes da enfermaria naquele dia.

É importante lembrar que a enfermaria de gestantes contava com quinze leitos onde eram internadas gestantes com condições clínicas que geralmente têm implicação na condição fetal, assim como gestantes com gestações já implicadas na condição fetal de origem obstétrica propriamente dita.

Quando a chefe do plantão ouviu que deveria, portanto, realizar vários CTGs da enfermaria durante o seu plantão, ficou extremamente estressada, aumentando levemente a sua voz e dizendo que a sua equipe estava ocupada o suficiente com os atendimentos na sala de admissão e os trabalhos de parto e cesarianas para que alguém ainda pudesse ser deslocado pra a realização de CTGs. O que poderia ser feito, segundo ela, seria encaminhar uma enfermeira treinada para realizar os exames e ter a supervisão de um obstetra.

Imediatamente, um outro obstetra de plantão colocou que este supervisor teria que se preocupar especialmente com o tempo de realização do exame, já que ele próprio estava com um caso de CTG realizado no pré-parto, onde o traçado que parecia reativo, após algum tempo de duração, tornou-se comprimido e logo em seguida apresentou uma desaceleração longa, indicando o sofrimento fetal. “Por sorte” disse o obstetra, “a gestante ainda estava no início do trabalho de parto, o que possibilitou colocá-la no centro cirúrgico e realizar a cesariana imediatamente. O bebê nasceu totalmente envolto de mecônio, mas foi prontamente atendido pela equipe de pediatras e levado para avaliação posterior na unidade neonatal”.

O obstetra mostrava-se nitidamente angustiado com esta situação vivida, apesar de estar aliviado de ter indicado a cesariana naquele momento de extrema tensão, disse que, se fosse outro tempo, ele poderia ter tentado reduzir manualmente o colo do útero da gestante, tentar alguma manobra para a descida do bebê e o nascimento ser de parto normal. Mas, agora, como ele estava auxiliando na perícia de um caso bem semelhante, onde o bebê não sobreviveu ao sofrimento fetal agudo, ele preferiu indicar a cesariana “de maneira quase profilática” nas suas palavras.

O obstetra afirmou ainda com um tom de tristeza que, estava sendo muito difícil para ele enfrentar aquela perícia, ajudar no julgamento de um colega de profissão que estava vivendo uma situação que ele já tinha vivido no passado e que o tinha estimulado a estudar direito, motivo pelo qual, ele, hoje em dia, participava freqüentemente de perícias envolvendo a obstetrícia. Este obstetra é o mesmo que investe de maneira mais assídua no estudo do exame de CTG.

6.7) Ambivalência e vergonha: emoções que configuram a experiência sobre a condição fetal.

Em uma das minhas visitas à Maternidade, após estar conversando com a equipe de obstetrícia durante umas três horas, um obstetra do plantão se aproximou de mim e começou a me mostrar um traçado de CTG realizado durante o início de um trabalho de parto. Tratava-se, segundo ele, de uma gestação normal, considerada de baixo risco materno-fetal, que chegava ao seu termo e cuja gestante estava bem naquele momento.

Por esta introdução do caso, não ficou claro para mim, o motivo de realização daquele exame de CTG, razão, que, no entanto, apareceu no final da nossa conversa.

O obstetra me disse que estava com um processo obstétrico legal para dar o seu parecer devido a um parto normal onde o bebê teria nascido em franca asfixia. O obstetra

comentou que um exemplo como aquele de “fracasso”, nas suas palavras, no nascimento normal especialmente em condições muito particulares que justifiquem esta falha, como no caso de uma doença materna, coloca o obstetra em situação muito difícil, pois num parto normal de baixo risco supõe-se que o bebê sempre vai nascer bem.

Mas, ele prosseguiu, neste caso do processo, aconteceu o oposto e o obstetra envolvido está “sem provas”, disse ele, para se defender. “É difícil, dizer o que aconteceu!”

O obstetra continuou a me mostrar o longo traçado do CTG e ia me explicando os diferentes momentos evidenciados pelo traçado e relativos à condição fetal: “Aqui o CTG está reativo, mas logo em seguida tem esta desaceleração que eu fiquei na dúvida se era desaceleração mesmo ou se era perda do foco fetal. Segue, veja, com o traçado ondulatorio, já aqui parece comprimido, o que motivou a minha preocupação. Rodei mais um pouco, especialmente quando eu, pelo sonar, achei que os batimentos estavam caindo, indo para 60, mas o traçado mostrou recuperação instantânea após a contração uterina, os batimentos então em 150, fiquei aliviado, quando de repente uma desaceleração grave, longa, o bebê batendo a 40, não tive dúvida, toquei a paciente, o bebê estava alto, indiquei a cesariana. O bebê nasceu cheio de mecônio, foi para a UTI neonatal, mas parece, agora, que está bem!”

Logo em seguida ao término desta descrição sobre o seu CTG, ele começou a sua teoria sobre gestações de baixo risco materno-fetal que se transformam sem explicação: “Veja, parece que existem bebês suicidas! Eles nos dão a impressão de que está tudo bem, o cartão de pré-natal está completo, a gestante é jovem, está no termo, o trabalho de parto inicia o seu desenvolvimento como o esperado. Imagina se eu saio por um momento, o bebê afunda. Não tem jeito, parece que o bebê é suicida, a gente tem que usar o CTG!”

Este argumento, que parece, à primeira vista irracional, parece representar um sinal da imensa insegurança obstétrica em relação à condução da sua prática devido ao medo do encontro com a condição de sofrimento fetal exatamente quando ele não é justificado pelo conhecimento científico em relação à gestação.

Em gestação de alto risco há um consenso quanto à monitoração fetal pelos instrumentos disponíveis, no caso da Unidade estudada, pelo exame de CTG. Este consenso é, no entanto, inexistente em relação às gestações de baixo risco, onde o obstetra se sente freqüentemente inseguro em não utilizar os mesmos métodos de avaliação e monitoração da vitalidade fetal.

Esta insegurança parece demonstrada de maneira mais evidente na associação entre o episódio experimentado e o processo legal que este obstetra está acompanhando,

particularmente quando se refere à falta de provas do obstetra envolvido que definem o não saber ao certo o que aconteceu.

Esta ambivalência proporcionada pela experiência de se estar fazendo a coisa certa sem a certeza de sua prova, acaba motivando a utilização mais freqüente dos instrumentos de acesso à condição fetal, como é o caso do CTG, pois a documentação do seu traçado passa a ser a prova e a defesa do acerto, caso algo venha a dar errado.

O CTG torna-se, nestas condições de prática, um veículo público de legitimidade da experiência obstétrica para além do próprio contexto local.

Retornando à questão da teoria do bebê suicida, acredito que ela não deva ser entendida na sua literalidade, mas no seu caráter metafórico, disponibilizando publicamente ao ser transmitida, revelando o medo, a vulnerabilidade da incerteza, a ambigüidade da experiência obstétrica sem controle, pois desprovida dos instrumentos legítimos de avaliação da vitalidade fetal. Transmite, portanto, que a experiência que julga saber, mas que não prova, está sujeita à vergonha do seu próprio limite.

Percebe-se nestes dois exemplos acima destacados que embora a categoria do saber mobilize a emoção do medo considerada negativa, ela ao mesmo tempo traz a sua solução, o alívio deste medo através da aplicação, da utilidade, da prática que se associa a este saber. Por outro lado, a experiência nua ou desprovida dos instrumentos materializantes deste saber é atrelada apenas a emoções vistas como negativas, tendo, apenas na associação ao saber, seja através do apelo ao discurso do conhecimento científico, seja pelo apelo ao instrumental tecnológico de origem também científica, uma maneira de amenizar a ambigüidade e a vergonha que a caracterizam.

Assim, a análise das categorias do saber e da experiência vinculados à vitalidade fetal, quando feita a partir da atribuição de componentes emocionais, parece a primeira vista colocar a categoria da experiência em situação de desequilíbrio em relação à categoria do saber, pois na sua própria dinâmica de existência emocional, a experiência permanece em situação de negatividade, embora de maneira mais aprofundada se possa, assim como acontece na relação entre ciência e natureza, ver a dinâmica complementar de atribuição das diferentes responsabilidades em função e a partir da categoria da vitalidade fetal.

7) Conclusão.

Vamos fazer uma breve recapitulação do caminho que nos levou a chegar às conclusões que apresentaremos adiante. Com o objetivo central de dar uma contribuição para o entendimento da dinâmica dos agentes do campo obstétrico e, portanto, do campo em si, observamos que a categoria do “saber autorizador” esteve em uso como arcabouço para o entendimento deste campo na sua dinâmica de prática.

Destacamos que esta categoria era posicionada freqüentemente em oposição à categoria da experiência, oposição esta que ajudou a construir as supostas identidades de diferentes agentes do campo, quando nos seus discursos identificados a cada uma destas categorias.

Analisamos que esta identificação única a cada categoria parece uma identificação política, já que esta divisão dos agentes em grupos ligados às categorias os coloca em situação de usufruir diferentes conseqüências ligadas tradicionalmente a estas categorias em particular. Portanto, observamos um uso político destas categorias, culminando na formação de possíveis identidades grupais ligadas a estas categorias.

No entanto, o nosso trabalho evidenciou que, se mudarmos o nosso olhar em relação à dinâmica dos agentes do campo obstétrico, com enfoque na nossa hipótese da concentração simbólica na direção do feto/bebê, podemos ver o campo obstétrico de uma maneira diferente, onde encontramos um processo histórico, um conjunto de valores, a construção e o emprego de instrumentos e uma mobilização de emoções; elementos que são incorporados/corporificados pelos agentes do campo e que se direcionam para uma nova categoria, pertencente exclusivamente a este campo, que é a categoria da vitalidade fetal.

Esta categoria, como mostra os dados das entrevistas e do campo observacional, é apenas inteligível se postulamos uma mistura incorporada/corporificada de saber com experiência, já que é apenas aparente quando o saber científico é transportado para o meio material da tecnologia, esta sendo utilizada por um profissional munido de conhecimento teórico e experiência para aplicá-la no corpo da gestante com o objetivo de controlar o seu alvo (o feto/bebê) para uma possível futura intervenção.

Assim, a categoria que deriva deste processo complexo de mediações, que envolve o agente “possuidor do saber sobre o bebê”, o agente “possuidor da experiência sobre o bebê”, os instrumentos tecnológicos que “têm a capacidade de decodificar o bebê” incluindo o próprio bebê, é, portanto, uma categoria híbrida e que por esta característica, desmistifica a dicotomia saber versus experiência.

A nosso ver, esta categoria é mais fidedigna no entendimento da dinâmica dos agentes do campo obstétrico atual e por consequência do campo em si e também de cada agente deste campo através da relação desta categoria com a possibilidade de controle. A vitalidade fetal pode ser entendida, portanto, como uma categoria que representa o ideal de controle (agencial, grupal e institucional) sobre a gestação no alcance do feto/bebê ao mesmo tempo em que se pulveriza nas responsabilidades dos diferentes agentes do campo naquilo que os une para o cumprimento deste objetivo.

Esta afirmação acima não tem a intenção de diminuir a importância das construções das identidades dos grupos de agentes deste campo, mas de evidenciar que elas têm um papel na luta política dentro do campo. Elas parecem contribuir mais para entendermos os produtos finais deste campo e as demandas de mudanças dentro da dinâmica política do que os elementos que se articulam ao movimento do campo obstétrico atual como nós observamos.

Assim sendo, como primeira conclusão, nosso estudo demonstrou que o recorte do saber quando se estabelece em oposição à experiência parece garantir a inteligibilidade aos discursos dos principais agentes do campo obstétrico, mas não parece explicá-lo de maneira mais abrangente e aprofundada. A observação de uma categoria como é o caso da vitalidade fetal, por unir tanto saber como experiência numa categoria híbrida, representante do ideal de controle sobre a gestação e o feto/bebê e especialmente que proporciona a troca simbólica fundamental para o funcionamento deste campo, parece ser mais interessante em futuras análises do campo obstétrico como configurado na atualidade.

A afirmação da categoria da vitalidade fetal como categoria central para compreendermos a dinâmica dos agentes do campo obstétrico em torno do bebê pode parecer a primeira vista como em desacordo com o que observamos na dissertação de mestrado em relação à categoria do sofrimento fetal.

O trabalho anterior estudou a dinâmica do trabalho de parto hospitalar a partir das categorias do saber médico e da experiência da gestação e como estas eram negociadas durante o ritual de passagem da parturiente, experiência de sofrimento até o nascimento do bebê. Neste estudo, notamos que a categoria do sofrimento fetal era o centro das atenções dos agentes do campo, já que ao encontro deste sofrimento, a intervenção obstétrica, particularmente a cesariana seria indicada para que esse sofrimento não evoluísse para o óbito fetal.

Acreditamos, no entanto, que o próprio entendimento sobre o processo da gestação e do parto pode elucidar como estas categorias são utilizadas nos diferentes momentos do

processo e de como a categoria da vitalidade fetal se transforma em categoria de sofrimento fetal no final da gestação.

Esta mudança parece em acordo com a expectativa que se têm sobre o processo da gestação inserida no contexto médico tecnológico. Espera-se que haja um controle constante sobre a gestação e o feto/bebê durante os meses de pré-natal ao mesmo tempo em que se têm a expectativa de que se possa intervir sobre o processo no caso da possibilidade de falta desse controle.

Desta maneira, durante o pré-natal, a categoria que simboliza o controle sobre o feto/bebê é a vitalidade fetal; ao nos aproximarmos do término previsto da gestação, esta categoria passa a ser menos útil, pois parece haver uma “necessidade” do nascimento do bebê e, portanto, uma causa para uma intervenção médica. É neste momento em que observamos a troca do uso da categoria de vitalidade fetal para a de sofrimento fetal, categoria carregada de intensa força emocional e que passa a ser a legítima para a intervenção.

Conforme o afirmado acima, acreditamos que podemos entender a categoria do sofrimento fetal como representante da falta, da ausência de vitalidade fetal, que é entendida, por sua vez, como a falta de controle sobre a condição da gestação e do feto/bebê. A falta de controle sobre um processo que se entende como suposto a ser controlado indica a intervenção imediata deste processo a partir dos recursos disponíveis.

Seguindo este raciocínio, podemos entender que a relação entre as categorias de vitalidade fetal e sofrimento fetal está na dependência do amadurecimento, ou seja, da evolução temporal e emocional do próprio processo da gestação, sendo a categoria que proporciona uma noção mais clara de causa, aquela eleita para o término da gestação quando há possibilidade de intervenção e a categoria que proporciona a noção de controle, para as etapas anteriores ao parto.

Esta relação entre as categorias vitalidade fetal e sofrimento fetal se exclusiva da obstetrícia por um lado, tem íntima relação e o mesmo sentido das categorias de saúde e doença empregadas na medicina em geral, estando enfatizado também o sentido de que sobre a saúde se espera ter o controle e sobre a doença se aplica a intervenção.

No entanto, aqui vale ressaltar, como as nossas observações do campo empírico mostram, que não existe necessidade de encontrar lesão, ou seja, doença no feto, para a intervenção obstétrica. O entendimento de ausência da vitalidade fetal a partir dos recursos disponíveis, incluindo os recursos tecnológicos, passa a ser suficiente para a intervenção médica, ou seja, a falta de vitalidade fetal é o próprio sofrimento fetal, transformação esta que

resulta em uma maior possibilidade de intervenção na gestação e no parto, o que está de acordo com a crítica ao próprio uso da tecnologia dentro deste campo.

Finalizando, não consideramos que é a presença ou ausência da tecnologia no acompanhamento da gestação e do parto, como o caso da cardiocotografia, que justifica a situação intervencionista atual deste campo, especialmente no que se refere ao número de cesarianas consideradas desnecessárias, mas a relação complexa da dinâmica deste campo em torno do feto/bebê, estando a tecnologia mais como um instrumento sinalizador desta relação, desta simbologia, do que exclusivamente como causa ou efeito desta dinâmica.

REFERÊNCIAS

ABRAMSON, J. **Overdosed América: the broken promise of american medicine.** New York: The Library of Congress, 2005.

ARAÚJO, F.G.B. **Saber sobre os homens, saber sobre as coisas: história e tempo, geografia e espaço, ecologia e natureza.** Rio de Janeiro: DP& A, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Rio de Janeiro: Edições 70, 1997.

BARROW, J. D. **Impossibility: the limits of science and the science of limits.** New York: Oxford University Press, 1998.

BARTH, F. **Cosmologies in the making: a generative approach to cultural variation in inner New Guinea.** Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

_____. **Ethnic groups and boundaries: the social organization of cultural difference.** Illinois: Waveland Press, 1998.

_____. **O guru e o iniciador e outras variações antropológicas.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.

_____. An anthropology of knowledge. **Current Anthropology**, v.43, n.1, p.1-18, feb. 2002.

_____. Arguments and icons: divergent modes of religiosity. **Journal of Ritual Studies**, v.16, n.2, 2002.

BATESON, G. **Naven.** California: Stanford University Press, 1958.

BENEDICT, R. **Patterns of culture.** Boston. MA: Houghton Mifflin, 1959.

BIJKER. W.E.; HUGHES, T. P.; PINCH, T. (Ed). **The social construction of technological systems.** Cambridge, Mass: MIT Press, 1989.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.123-150, 1999.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. **Para uma Sociologia da ciência**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BUDD, M. **Wittgenstein's philosophy and psychology**. New York: Routledge, 1989.

BURKE, P. J. Identity process and social stress. **American Sociological Review**, v.56, p. 836-849, 1991.

BUTLER, J. **Bodies that matter**: on the discursive limits of sex. London: Routledge, 1993.

CAMARGO JR, K. R. Paradigma, Ciência e Saber Médico. **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 3-9, 1992.

_____. (Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 203-228, 1992.

_____. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n 65, p.1-32, 1993.

_____. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, jul./ago. p.1163-1174, 2003.

_____. Epistemologia numa hora dessas?(os limites do cuidado). In: **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2004, p.157-170.

_____. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CLARKE, A. E.; CASPER, M. J. From simple technology to complex arena: classification of Pap Smears, 1917-90. **Medical Anthropology Quarterly: a dialogue**, v.1, n.4, p.601-623, Dec. 1996.

CASPER, M.; KOENIG, B, A. Reconfiguring nature and culture: intersections of medical anthropology and technoscience studies. **Medical Anthropology Quarterly: a dialogue**, p.523-536, Dec. 1996.

CHATTOPADYAYA, D. P. **Anthropology and historiography of science**. Athens: Ohio University Press, 1990.

CHAZAN, L. C. **“Meio quilo de gente”**: produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultrassonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem da cidade do Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

COLLINS, R. Emotional energy as the common denominator of rational action. **Rationality and Society**, v.5, p.203-230, 1993.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.

CRESPO, J. **A História do corpo**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

CSORDAS, T. J. The conceptual status of hegemony and critique in medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, v.2, n.4, Gramsci, marxism and phenomenology: essays for the development of critical medical anthropology. p. 416-421 Dec. 1988.

_____. Embodiment as a paradigm for anthropology. **Ethos**, v.18, p.5-47, 1990.

_____. The body as representation and being-in-the-world. In: **Embodiment and experience: the existential ground of culture and self**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

_____. **Body/meaning/healing**. New York: Palgrave Macmillan, 2002.

DAVIS-FLOYD R. E. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

DEWEY, J. **Experience and nature**. 2.ed. New York: Dover Publication, 2002.

DUDEN, B. **Disembodying Women: perspectives on pregnancy and the unborn**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

ELDRIDGE, R. **Leading a human life: Wittgenstein intentionality, and romanticism**. Chicago: University of Chicago Press, 1997.

ELIAS, N. **Sobre o tempo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ERIKSEN, T. H.; NIELSEN, F. S. **História da Antropologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FLECK, L. **Genesis and development of scientific fact**. Chicago: Chicago Press, 1979.

FIRTH, R. **Symbols: public and private**. New York: Cornell University Press, 1975.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: VOZES, 1987.

_____. **A arqueologia do saber**. Petrópolis: VOZES, 1992.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANK, A. W. **The wounded storyteller: body, illness and ethics**. Chicago: The University of Chicago Press, 1997.

FIEDLER, D. C. Authoritative knowledge and birth territories in contemporary Japan. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v.10, n.2, The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. p.195-212, June 1996.

GALISON, P. Trading Zone: coordinating action and belief. In: BIAGIOLI, M. (Ed.) **The Science Studies Reader**. New York: Routledge, 1999.

GASKIN, I. M. Intuition and the emergence of midwifery as authoritative knowledge. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v.10, n.2, The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. p.295-298. June 1996.

GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**. New York: Basic Books, 1973.

_____. **Local knowledge: further essays in interpretive anthropology**. New York: Basic Books, 1983.

GEORGES, E. Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v.10, n.2, The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. p.157-175, June 1996.

GLENDINNING, S. **On being with others**. New York: Routledge, 1998.

GIBBS, J. P. **Control: sociology's central notion**. Chicago: University of Illinois Press, 1989.

GIDDENS, A. **Modernity and self-identity: self and society in the late modern age**. California: Stanford University Press, 1991.

_____. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1993.

GOFFMAN, E. **The Presentation of Self in Everyday Life**. New York: Doubleday, 1959

_____. **Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates**. New York: Anchor Books, 1961.

GOOD, B. **Medicine, rationality and experience:** an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GREENE, J. A. **Prescribing by numbers:** drugs and the definition of disease. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

GROSZ, E. **Volatile bodies:** toward a corporeal feminism. Indianapolis: Indiana University Press, 1994.

HACKING, I. **The emergency of probability.** Cambridge: Cambridge University Press, 1975.

_____. **The social construction of what?** Cambridge: Harvard University Press, 2000.

HAHN, R. A. Divisions of labour: obstetrician, woman, and society in Williams Obstetrics, 1903-1985. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v.1, n.3, Obstetrics in the United States: Woman, Physician, and Society. p. 256-282, Sep. 1987.

HANNERZ, U. **Cultural complexity:** studies in the social organization of meaning. New York: Columbia University Press.

HARDING, S. Introduction: is there a feminist method? In: HARDING, Sandra (Ed.). **Feminism and methodology.** Indianapolis: Indiana University Press, 1987.

HARTSOCK, N. Foucault on power: a theory for women? In: NICHOLSON, Linda J. (Ed.) **Feminism/ postmodernism.** New York: Routledge, 1989.

HAYS, B, M. Authority and Authoritative Knowledge in American Birth. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v.10, n.2, The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. p. 291-294, June 1996.

HESS, J. **Science and technology in a multicultural world**. New York: Columbia University Press, 1995.

JOLLY, M. Birthing beyond and confinements of tradition and modernity? In: LUKERE, V.; JOLLY, M. (Ed.). **Birthing in the Pacific: beyond tradition and modernity?** Honolulu: University of Hawaii Press, 2002.

JORDAN, B. Authoritative Knowledge and Its Construction. In: ROBBIE, E.; FLOYD, Davis; CAROLYN, F. (Ed.). **Childbirth and authoritative knowledge: cross cultural perspectives**. Berkeley: University of California Press, 1997. p.55-79.

KAUFERT, P. Screening the body: the pap smear and the mammogram. In: LOCK, Margareth; YOUNG, Allan; CAMBROSIO, Albert (Ed.). **Living and working with new medical technologies**. Cambridge: Cambridge University Pres, 2000.

KEESING, R. The anthropologist as orientalist: exotic readings of cultural texts. **Current Anthropology**, v.30, n.4, p.459-469.

KELLER, E. F. **Reflections on gender and science**. New Haven: Yale University Press, 1995.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KEESING, R. Experienced bodies as contested sites. **Visual Anthropology Review**, v.13, n.1, 1997.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

_____. **A tensão essencial**. Lisboa: Edições 70, 1989 b.

LAZARUS, E. S. What Do Women Want? : Issues of Choice, Control, and Class in Pregnancy and Childbirth. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v.8, n.1, Mar. p. 25-46. 1994.

LATOUR, B. **Jamais Fomos Modernos**. Rio de Janeiro: ED. 34, 1994.

_____. Give me the laboratory and I will raise the world. In: BIAGIOLI, M. (Ed.). **The Science studies reader**. New York: Routledge, 1999.

_____. **Ciência em Ação**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. **A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. São Paulo: EDUSC, 2001.

LAZARUS, E. S. Theoretical Considerations for the Study of Doctor-Patient Relationship: Implications of Perinatal Study. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, v.2, n.1, p.34-58. Mar. 1998.

LEACH, E. R. **Political systems of highland Burma: a study of Kachin social structure**. New Jersey: Canada Humanities Press Inc, 1977.

LEAVITT, J. W. The growth of medical authority: technology and morals in turn-of-the-century obstetrics. **Medical Anthropology Quarterly**, new Series, v.1, n.3, Obstetrics in the United States: Woman, Physician, and Society. p. 230-255, Sep. 1987.

LEAVITT, J. Meaning and feeling in the anthropology of emotions. **American Ethnologist**, v.23, n.3, p. 514-539. Aug. 1996.

LEVY, R. I. **Tahitians: mind and experience in the society islands**. Chicago: University Of Chicago Press, 1973.

_____. Emotion, knowing and culture. In: SHWEDER, Richard A.; LEVINE, Robert A. (Ed.). **Culture Theory: essays on mind, self, and emotion**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 214-237

LÉVI-STRAUSS, C. **Totemism**. Boston: Beacon Press, 1963.

_____. **O Pensamento Selvagem**. São Paulo: Ed. Nacional, 1976.

LEDER, D. A tale of two bodies: the cartesian corpse and the lived body. **The body in medical thought and practice**, Netherlands, Kluwer Academic Publishers, p. 17-35, 1992.

LOCK, M. Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. **Annual Review of Anthropology**, v.22, p.133-155, 1993.

_____. Perfecting society: reproductive technologies, genetic testing, and the planned family in Japan. In: LOCK, M.; KAUFERT, P.A. **Pragmatic women and body politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

LOWY, I. Ludwik Fleck and the history of science today. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v.1, n.1, Jul./Oct. p. 7-18, 1994.

_____. On hybridization, networks and new disciplines: the Pasteur Institute and the development of microbiology in France. **Stud. Hist. Phil. Sci.**, v.25. n.5, p.655-688, 1995.

LUTZ, C. Depression and the Translation of Emotional Worlds. In: KLEINMAN; GOOD (Ed.). **Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. Berkeley: University of California Press, 1985.

_____. Emotion, thought, and estrangement: emotion as a cultural category. **Cultural Anthropology**, v.1, n.3, p.287-309, Aug. 1986.

LUZ, M. D. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1981.

LYON; BARBALET. Society's body: emotion and the "somatization" of social theory. In: **Embodiment and experience: the existential ground of culture and self**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

MACCALL, G. J.; SIMMONS, J. L. **Identities and interactions**. New York: Free Press, 1978.

MARCUS, G. E. **Anthropology as cultural critique**. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.

MAHMOOD, S. **Politics of Piety: the islamic revival and the feminist subject**. New Jersey: Princeton University Press, 2005.

MARTIN, E. The End of the body? **American Ethologist**, v.19, p.121-40, 1992.

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

MATTOS, R. Cuidado prudente para uma vida descente. In: PINHEIRO; MATTOS (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC.IMS, 2004.

MAUSS, M. As Técnicas corporais. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

MIDDLETON, D, R. Emotional style: the cultural ordering of emotions. **Ethos**, v.17, n.2, p.187-201, June 1989.

MOL, A. **The body multiple: ontology in medical practice**. London: Duke University Press, 2005.

MONK, R. **Wittgenstein: o dever do gênio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

MORTON, H. From Ma'uli to Motivator: Transformations in reproductive health care in Tonga. In: LUKERE, V.; JOLLY, M. (Ed.). **Birth in the Pacific: beyond tradition and modernity?**. Honolulu: University of Hawaii Press, 2002.

NICHOLSON, D. The effects of local context on the development of obstetric ultrasound scanning in two Scottish hospitals. In: STANTON, Jennifer (Ed.). **Inovations in health and medicine: diffusion and resistance in the twentieth century**. New York: Routledge, 2002.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

ORTEGA, F. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

OTTENBERG, S. Changes over Time in an African Culture and in an Anthropologist. In: FOWLER, D.D; HARDESTY, D.L. (Ed.). **Others knowing others: perspectives on ethnographic careers**. Washington: Smithsonian Institution Press, 1994.

PACEY, A. **The culture of technology**. Cambridge, Mass: MIT Press, 1983.

_____. **Technology in world civilization**. Cambridge, Mass: MIT Press, 1991.

PARKER, S.; PARKER, H. The myth of male superiority: rise and demise. **American Anthropologist**, New Series, v.81, n.2, p.289-309 June 1979.

PINCHERLE, M.; WAGER, W. Virtuosity. **The musical quarterly**, v.35, n.2, p.226-243 Apr. 1949.

PINTO, P. G. H. R. Saber ver: recursos visuais e formação médica. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.39-64, 2000.

_____. "Bodily mediations: self, values and experience in syrian sufism". In: HEISS, Johann (Ed.). **Veranderung und stabilitat: normen und werte in islamischen gesellschaften**. Viena: verlag der osterreichischen akademie der wissenschaften, 2005.

RABINOW, P. **Reflections on fieldwork in Morocco**. Berkeley: University of California Press, 1977.

RANGEL, V. M. **Negocições ritualizadas: saber x dor e sofrimento das parturientes**. 2006. 184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

RAPP, R. Real-time fetus: the role of sonogram in the age of monitored reproduction. In: CYBORGS; CITADELS. Anthropological interventions in emerging sciences and technologies. New Mexico: School of American Research Press, 1997.

REDDY, W. M. Against constructionism: the historical ethnography of emotions. **Current Anthropology**, v.38, n.3, p.327-351, June 1997.

REDFIELD, R. **The primitive world and its transformations**. New York: Cornell University Press, 1953.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001, p.45, 59 e 99.

_____. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2003.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p.201-212, 2003.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2005.

SARGENT, C.; BASCOPE, G. Ways of knowing about birth in three cultures. **Medical Anthropology Quarterly**, new Series, v.10, n.2, The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. p. 213-236. June 1996.

SAYD, J. D. **Mediar, Mediar, Remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SAHLINS, M. **Cultura e razão prática**. Rio de Janeiro: Zahar Editora, 2003.

SHAPIN, S. The house of experiment in seventeenth-century England. In: BIAGIOLI, M. **The science studies reader**. New York: Routledge, 1999.

SHORTER, E. **Women's bodies: a social history of women's encounter with health, Ill-health and medicine.** New Brunswick: Transaction Publishers, 1997.

SIMON, C, M. Images and image: technology and the social politics of revealing disorder in a North American hospital. **Medical Anthropology Quarterly**, v.13, n.2, p.141-162, 1999.

SIMON, G, M. Shame, knowing, and anthropology: on Robert I. Levy and the study of Emotion. **Ethos**, v.33, n.4, p.493-498, 2005.

STERN, D. **Wittgenstein's Philosophical Investigations: an introduction.** Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

SILVERMAN, S. Bringing Anthropology into the modern world. In: BARTH, F. et al. **One discipline, four ways: british, german, french and american anthropology.** Chicago: University of Chicago Press, 2005. p. 292 a 309.

TAMBIAH, S. J. **Magic, science, religion and the scope of rationality.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes e pesquisas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TURNER, V.; BRUNER, E. **The anthropology of experience.** Chicago: University of Illinois Press, 1986.

TURNER, V. **Dramas, fields and metaphor: symbolic action in human society.** London: Cornell University Press, 1974.

TURNER, T. **Bodies and anti-bodies: flesh and fetish in contemporary social theory.** In: **Embodiment and experience: the existencial ground of culture and self.** Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

TURNER, J, H.; STETS, J, E. **The sociology of emotions.** New York: Cambridge University Press, 2005.

VAN GENNEP, A. **The Rites of Passage**. Chicago: Chicago Press, 1960.

WHITEHOUSE, H. **Arguments and icons. Divergent modes of religiosity**. New York: Oxford University Press, 2000.

WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. São Paulo: Nova Cultural, 1989.

YOUNG, K. **Presence in the flesh. The body in medicine**. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

Fontes.

BOZÓKI, Z. Chaos theory and power spectrum analysis in computerized cardiotocography. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v.71, p.163-168, 1997.

FURLEY, P. R. **Monitoração obstétrica: um manual prático**. Rio de Janeiro: RioMed Livros, 1996.

GOUROUNTI, K.; SNADALL, J. Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: Effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean section and on the rate of instrumental delivery – A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**. Disponível em: <www.sciencedirect.com>.

GRIBBIN, C.; JAMES, D. Assessing fetal health. **Current Obstetrics & Gynecology**, v.15, p.221-225, 2005.

IMPEY, L et al. Admission cardiotocography did not improve neonatal outcome in low-risk pregnancies. **Lancet**, v.361, p.465-470, 2003.

LANGER, B et al. Routine prenatal care in Europe: The comparative experience of nine departments of gynecology and obstetrics in eight different countries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 85: 191-198, 1999.

NOMURA, R. M. Y. Análise computadorizada da cardiotocografia anteparto em gestações de alto risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan. 2002.

_____. Cardiotocografia em gestações com diástoles zero ou reversa nas artérias umbilicais: a análise dos resultados perinatais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.49, n.1, Jan./Mar. 2003.

ROACH, V, J.; ROGERS, M, S. Pregnancy outcome beyond 41 weeks gestation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v.59, p.19-24, 1997.

ROMANO, M, et al. Antepartum cardiotocography: a study of fetal reactivity in frequency domain. *Computers in Biology and Medicine*, v.36, p.619-633, 2006.

SILVA, et al. **Cardiotocografia na monitorização do parto**: avaliação da eficácia baseada em evidências científicas. CPDT – Centro Pré-Natal de Diagnóstico e Tratamento, 2005. Disponível em: <www.cpdt.com.br>. Acesso em 16 set. 2006.

VAN GEIJN, H. P. Antepartum assessment of fetal condition by means of cardiotocography. *Current Obstetrics & Gynecology*, v. 7, p.87-92, 1997.

VISSER, G, H, A. Antenatal cardiotocography. *International Congress Series*, v.1279, p.315-320, 2005.

WILLIAMS, B & ARULKUMARAN, S. Cardiotocography and medical issues. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, v.18, n.3, p.457-466, 2004.

YAMAMOTO, R. M. Avaliação da vitalidade fetal em gestantes diabéticas: Análise dos resultados neonatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, Oct. 2000.

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto “**Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber obstétrico autorizado**”, desenvolvido pela pesquisadora Vanessa Maia Rangel, doutoranda do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sob supervisão do Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo que, em linhas gerais se definem pela compreensão da dinâmica dos agentes profissionais que atuam no campo obstétrico incluindo o uso da tecnologia da cardiocografia nas etapas finais da gestação.

Esta pesquisa de campo compreende a coleta de entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas em áudio a partir da assinatura desta autorização. O acesso, a análise e o armazenamento dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora, podendo ser compartilhados com o entrevistado, caso haja demanda, estando a confidencialidade destes garantida, assim como o sigilo quanto ao nome e os locais de trabalho dos informantes. O material coletado nas entrevistas será parte do trabalho de campo da tese de doutorado da pesquisadora podendo também ser utilizado para a escrita de textos acadêmicos como artigos científicos. A assinatura do termo também garante a retirada da pesquisa de qualquer informante a qualquer momento, apenas pela comunicação à pesquisadora, sem prejuízos, sanções ou constrangimentos de qualquer natureza. Será entregue uma cópia deste termo assinado pela pesquisadora a cada informante. Desta maneira não foram identificados riscos para os entrevistados.

Estou ciente de que em caso de dúvida, ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável no telefone: (21) 9999-7190 e/ou 3269-7199, no endereço eletrônico: tufaha@terra.com.br e no endereço residencial: Av. Venceslau Brás, 18. apt. 105. Botafogo. CEP 22290-140.

Uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo oferecida ao informante conforme as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 200....

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO B - Roteiro das Entrevistas Semi-Estruturadas

- 1) Como o entrevistado poderia me explicar sobre a sua escolha profissional?
- 2) Fale um pouco sobre a sua formação profissional.
- 3) Como o entrevistado foi trabalhar em uma Maternidade?
- 4) Fale sobre a sua rotina de trabalho na Maternidade.
- 5) Fale sobre a utilização da tecnologia obstétrica na sua prática de trabalho.

ANEXO C - Protocolo encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social. IMS/UERJ em 14/05/2009. (CAAE – 0007.0.259.000-09)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social. IMS. UERJ.

Título da Pesquisa: Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber obstétrico autorizado?

Nome do Pesquisador Solicitante: Vanessa Maia Rangel – link <http://lattes.cnpq.br/6258006005553753>.

Orientador: Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Resumo/objeto/objetivos e justificativa:

Esta tese de doutorado foi elaborada como uma contribuição para as análises do campo obstétrico pré-natal dentro de uma perspectiva de inclusão tecnológica, sendo o seu objeto a análise da transmissão e circulação do “saber autorizado” a partir das experiências de mediação tecnológica com a cardiocografia num contexto institucional local.

O principal objetivo desta pesquisa é mostrar como o campo obstétrico se constrói como um campo de produção simbólica, onde o feto/bebê se afirma como o seu símbolo dominante. Para tanto, vou direcionar o meu olhar para a dinâmica dos agentes em torno da tecnologia da cardiocografia, disponibilizando e articulando os elementos estruturais centrais desta dinâmica. Estes elementos serão vistos a partir da relação que se constrói entre o conceito de “saber autorizado” e o simbolismo dominante contextual e esta relação, por sua vez, será observada através de uma linguagem prática que comunica o “saber autorizado” pelos agentes envolvidos na dinâmica de utilização tecnológica – linguagem de alta conotação emocional.

Este objeto de pesquisa surgiu a partir da minha experiência de trabalho, como médica clínica, na Maternidade Oswaldo Nazareth (Praça XV) onde realizei o trabalho de campo da minha pesquisa de mestrado. A dissertação teve como objeto as negociações entre o saber médico e a experiência de dor e sofrimento das parturientes no contexto ritualizado do trabalho de parto hospitalar, sendo a sua principal conclusão estabelecida a partir dos encontros e das divergências entre uma abordagem epistemológica conferidora de legitimidade à intervenção obstétrica e as premissas humanizantes que valorizam a agência

feminina na gestação e no parto. Observei que este diálogo seria apenas possível através de olhar para a dinâmica de todos os agentes do contexto local no seu conjunto. A partir deste olhar, percebi que as ações destes agentes se direcionavam ao compromisso de salvaguardar a vida do feto/bebê, definindo desta maneira o paradigma obstétrico, o simbolismo dominante desta prática e os limites da capacidade de resolução institucional.

Nesta mesma época, enquanto eu me preocupava em definir, portanto, uma ordenação para a dinâmica dos agentes do contexto local através deste diálogo entre saber e experiência, tive oportunidade de observar e anotar uma mudança estrutural na Maternidade, quando passou de uma unidade de baixo para médio e alto risco obstétrico. Esta mudança implicou na entrada de novos agentes institucionais e na re-organização do seu arranjo, favorecendo a transmissão e a circulação de uma saber clínico associado ao risco materno-fetal que resultou, imediatamente, na valorização do instrumental que pudesse garantir o controle das situações consideradas patológicas da gestante e do feto/bebê.

A entrada deste saber de risco direcionado à gestação em uma unidade considerada originalmente de baixo risco demandou uma transformação na orientação e na capacidade de mediação dos agentes locais, que passaram a ampliar as suas experiências corporais utilizando instrumentos de controle da condição fetal e particularmente, na unidade estudada, o exame de cardiotocografia.

Percebi que este exame, embora de uso controvertido dentro do campo obstétrico (Silva et al, 2005), é capaz de criar experiências que incorporam/corporificam algum nível de controle sobre a condição fetal, sendo por este motivo, atuadas como veículos comunicativos deste controle. Observei também, que esta comunicação, geralmente de alta conotação emocional, se faz de maneira diferenciada na dependência do tipo de inserção que cada agente tem em relação a esta tecnologia.

Portanto, considerei que a cardiotocografia poderia ser vista como um veículo de alcance e controle do sujeito paradigmático da obstetrícia, codificando de forma concreta a simbologia dominante do grupo amplo de agentes assim como podendo funcionar como instrumento mediador da distinção de uma determinada categoria de agentes em relação aos outros pertencentes à dinâmica institucional (Hess, 1995).

Entendido desta maneira, as experiências de mediação tecnológica com a cardiotocografia poderiam ser analisadas como objetos fronteiriços (Lowy, 1995), que materializadas e materializantes no campo obstétrico, proporcionam uma visibilidade do

simbolismo dominante institucional ao mesmo tempo em que contribuem para a manipulação de grupos identitários bem definidos e dos discursos a eles atrelados.

Desta maneira, a finalidade analítica de estudar a dinâmica do exame de cardiocografia dentro do campo obstétrico deste contexto institucional local é supor que ela “condensa algumas orientações valorativas centrais através dos quais a performance e a excelência dos agentes da dinâmica do contexto local podem ser julgados” (BARTH, 2000, p.73) ao mesmo tempo em que permite a observação e análise deste campo obstétrico como uma zona fronteiriça (Gallison, 1999).

A importância desta abordagem de Gallison (1999) no entendimento da dinâmica dos agentes do campo obstétrico é que embora se possa observar um processo de intensas negociações entre agentes com diferentes perspectivas e posicionamentos, assim como a transmissão e circulação de diferentes identidades, a existência de um objetivo prático comum incentiva a “coordenação local de crenças e ações” (GALLISON, 1999, p. 138).

A hipótese do exame de cardiocografia como objeto fronteiriço dentro de um campo obstétrico que se assemelha a uma zona de fronteira sugere, portanto, que a comunicação deste campo se faz a partir de grupos de agentes que não necessariamente compartilham das mesmas informações epistêmicas, mas que, apesar disso, podem ser observados impressionante coesão e consenso que são apenas alcançados pelas relações de troca que os grupos de agentes constroem na prática, na ação.

Prosseguindo a partir desta idéia, iniciei uma pesquisa bibliográfica de vertente antropológica que considerasse a inserção tecnológica no campo obstétrico. Com esta pesquisa entrei em contato com uma série de artigos que estudavam o campo obstétrico a partir do conceito de “saber autorizado” (Jordan, 1997), criado a partir de estudos etnográficos sobre o campo, cujo objetivo era dar arcabouço teórico para entender o próprio campo e a dinâmica dos seus agentes a partir da perspectiva de inclusão tecnológica.

Entendi que o conceito de “saber autorizado” (Jordan, 1997) tratava de um corpo sistemático de conhecimento textual (de origem científica atribuído à medicina), inserido em um regime institucionalizado de direcionamento pedagógico, sendo materializado na dinâmica dos agentes envolvidos na utilização de tecnologias obstétricas e comunicado de forma tal a reproduzir o corpo de conhecimento textual na prática.

Embora o conceito de “saber autorizado” tenha sido originalmente proposto para a compreensão da dinâmica dos agentes relativa ao campo obstétrico, ele não parece amplo o suficiente para designar por si só a linguagem prática que permite a sua reprodução dentro deste campo. Além disso, as análises sobre campo obstétrico que utilizam o conceito de

“saber autorizado” o atribuem aos profissionais médicos que dominam as tecnologias de controle da condição fetal supondo, portanto, que a autoridade deste “saber” se encontra circunscrito a este grupo de agentes. Algumas destas análises, por outro lado, mostram que quando este “saber autorizado” é inscrito no corpo para a ação obstétrica, ele é comunicado através de mediações que parecem pouco valorizadas por estas mesmas análises.

Se considerarmos a finalidade original do conceito de “saber autorizado” para o entendimento do campo obstétrico, ele pressupõe a importância da autoridade para o grupo amplo de agentes pertencentes a este campo. Observei que a legitimação da autoridade é alcançada através de um processo coletivo e não restrita a um grupo e que se caracteriza por uma constelação de regulações deste campo, dos múltiplos lugares de subjugação e das interligações entre estes lugares, pressupondo, portanto, a identificação e caracterização da pluralidade de agentes inseridos neste campo, dos instrumentos utilizados e dos conhecimentos suscetíveis de serem mobilizados nesta constelação de regulações (Santos, 2005).

De especial importância, para esta pesquisa, se faz, portanto, linguagem prática que comunica os modos de obediência ao “saber autorizado”. Esta comunicação parece se dar, por sua vez, através das diferentes disposições (Bourdieu, 1989) incorporadas/corporificadas (Frank, 1997) no campo obstétrico a partir do contato com o que se nomeou “saber autorizado”.

Considerando a interação dos principais agentes deste campo obstétrico pré-natal que atuam o “saber autorizado”, encontramos, a partir dos discursos da antropologia médica, a centralidade do obstetra, cuja identidade parece formada em um campo simbólico (Bourdieu, 1989) onde o objetivo principal das suas ações é compartilhado por outros agentes que dividem o trabalho da vigilância para com o bebê. A gestante é um destes outros agentes, cuja identidade se constitui como tal dentro do mesmo campo, embora a partir de uma perspectiva experiencial particular (Lazarus, 1994).

No entanto, na instituição estudada, observei que outros agentes complexificam a dinâmica obstetra/gestante dentro deste campo. São eles: médicos clínicos, responsáveis pelo controle das eventuais doenças da mulher durante a gravidez, que apresentam possível interferência no binômio materno-fetal e especialmente aquelas entendidas como representantes de risco para a condição materno-fetal. Enfermeiras e auxiliares, assim como acompanhantes que exercem os cuidados corporais com as gestantes visando direta ou indiretamente à condição fetal além de implicarem no conforto da experiência de cuidado corporal. Os médicos pediatras trabalham nas etapas posteriores ao nascimento, com os seus

pacientes (os bebês) e estão geralmente atentos para as gestações de risco em relação à condição fetal, quando ao término, estes agentes entrarão em ação.

Observei que este campo simbólico de vigilância para com a condição fetal foi especialmente materializado com o surgimento de um arsenal de tecnologias que possibilitaram a concentração do enfoque do olhar institucional obstétrico para com o feto/bebê. Esta possibilidade emergiu a partir das experiências de mediação tecnológicas, possibilitadas por sua vez, por instrumentos específicos para a obtenção do controle da condição fetal. Estes instrumentos em conjunto, portanto, materializam um conceito disciplinar que direciona a ação no campo obstétrico – a vitalidade fetal (Furley, 1996).

Este conceito é então perseguido por todos os agentes a partir de diferentes perspectivas (Hannerz, 1992) e este processo parece se fazer pela mobilização de uma emoção particular – o medo, da condição contrária, ou seja, do “sofrimento fetal”. A mobilização emocional do medo parece, portanto, constitutiva deste campo, ao mesmo tempo em que funciona como um elemento que comunica a vulnerabilidade dos agentes desta dinâmica. Estes, por sua vez, apresentam, na incorporação dos instrumentos tecnológicos, uma possibilidade de restituição (Frank, 1997), ou seja, uma experiência que pretende ampliar o poder corporal de controle sobre a condição fetal, ou seja, atribuindo virtuosidade a este corpo. O exame de cardiocografia é um destes instrumentos diagnósticos, utilizado no final da gestação e sendo o instrumento mais disponível (Romano et al, 2006) em instituições de cuidado materno-fetal.

Embora o conceito de “saber autorizado” (Jordan, 1997) subentenda a multiplicidade de agentes pertencentes ao campo obstétrico, foi em análises que verificam uma relação contrastante entre obstetras e gestantes, dentro da prática deste campo, que surgiu este conceito, fazendo com que os dois grupos mais bem estudados tenham sido consequentemente, os de obstetras e de gestantes (Lazarus, 1988). Desta forma, partindo da abordagem destas análises, acredito que cada um destes grupos possa ser definido, respectivamente como “porta-vozes” (Latour, 2000) de um “saber autorizado” (Jordan, 1997) e porta-vozes de “experiências” particulares de gênero (Rapp, 2001).

Além disso, estas análises conferem que as relações entre estes dois grupos bem definidos se estabelecem a partir de uma interação disciplinadora e hierarquizada que valoriza a principal regra do campo obstétrico de maneira sistemática através da tecnologia. Observei, no campo estudado, que esta norma parece compartilhada, porém de forma distinta, por todos os agentes do campo; sendo estabelecida pelo seu uso neste espaço social.

Este uso se refere exatamente à linguagem prática que possibilita ver a relação de obediência entre o “saber autorizado” e o simbolismo dominante contextual, sendo que a autoridade desta relação não parece se restringir aos grupos de obstetras e gestantes, embora seja materializada nas experiências de mediação tecnológicas, circunscritas na maioria das vezes a obstetras e gestantes.

Desta maneira, as análises sobre o campo obstétrico que propõem o “saber autorizado” para o entendimento da dinâmica dos seus agentes, mas que delimitam os grupos de obstetras e gestantes a partir das fronteiras respectivas de “saber” e “experiência” não parecem ajudar a esclarecer que a relação de autoridade ou obediência que se verifica entre o “saber autorizado” e o simbolismo dominante contextual se materializa na experiência de mediação tecnológica, ou seja, na linguagem prática deste campo.

“Prática, neste caso, incluindo tudo aquilo que recai na noção clássica de Marcel Mauss de técnicas corporais, onde o corpo é ao mesmo tempo ferramenta, agente e objeto” (CSORDAS, 1994, p. 5), ou seja, um híbrido (Latour, 2001) onde há o borramento das fronteiras entre saber e experiência. Estes três atributos corporais entremeados na ação vão mostrar como a realidade social local se inscreve no corpo ao mesmo tempo em que faz deste, o mediador de um processo de produção simbólica.

No entanto, quando se resgata a noção do campo obstétrico institucional como uma zona fronteira, se entende que a comunicação do simbolismo local se faz através de diferentes perspectivas, possibilitando, desta forma, a visualização do mecanismo de manutenção de determinadas fronteiras e as suas “conexões fronteiriças” (BARTH, 1998, p.6), ou seja, a natureza das fronteiras que constituem os grupos de agentes que já foram bem definidos.

A importância desta abordagem se faz, pois, como a maioria das análises sobre o campo obstétrico utiliza os achados que são referentes às representações de cada grupo de agentes (referentes aos discursos dos obstetras e das gestantes), se obtém uma visão preconcebida de quais são os fatores significativos da gênese, estrutura e função destes grupos, construindo uma abordagem de isolamento onde são prescritas características muito particulares para cada um dos grupos. Esta abordagem de isolamento produz, portanto, uma história de mundos separados, embora cada qual com a sua legitimidade de atuação (Barth, 1998).

Portanto, acredito que esteja subentendido que as análises sobre o campo obstétrico que propõe o conceito de “saber autorizado” (Jordan, 1997) para o entendimento da dinâmica dos seus agentes também sugerem que podem ser transmitidas e que circulam as identidades

dos grupos de obstetras e de gestantes, definidos pela sua natureza contrastiva, construídas neste campo a partir da incorporação/corporificação do que se chamou de “saber autorizado”.

Embora, como acima sugerido, as relações entre obstetras e gestantes não sejam a totalidade das relações entre os agentes do campo obstétrico no contexto institucional local, parece ser nesta relação dual de identificação (Bateson, 1958) através do feto/bebê que se observa a linguagem prática que comunica não apenas a relação entre o “saber autorizado” (Jordan, 1997) e o simbolismo dominante contextual, mas os elementos estruturais constitutivos da dinâmica de todos os agentes deste campo.

De interesse especial ainda no campo estudado, se faz que as experiências de mediação tecnológicas surgem a partir de um sistema tecnológico complexo (Pacey, 1983), onde elas são atuadas como elementos mediáticos e midiáticos do simbolismo dominante contextual. Esta atuação, por sua vez, parece estar na dependência da incorporação/corporificação de elementos, que articulados, garantem a obediência e consequentemente a autoridade na reprodução da dinâmica institucional.

Estes elementos articulados e comunicados pelas experiências de mediação tecnológicas parecem configurar um modelo interativo, “o jogo” (Wittgenstein, 1989) com seu *ethos* (Bateson, 1958). Este jogo, se assim entendido, demonstra modalidades de agências cujos significados e afetos são captados dentro de uma lógica de reprodução da norma, onde as práticas específicas deste campo se referem à subjugação, que por sua vez, constroem sujeitos deste imaginário social possível.

Metodologia:

Para entender a prática deste campo obstétrico, propus como objeto de pesquisa a análise da transmissão e circulação do “saber autorizado” a partir das experiências de mediação tecnológica com a cardiocografia num contexto institucional local. Proposição que sugere que o “saber autorizado” é comunicado pelos agentes do campo, inseridos na dinâmica de inclusão tecnológica através de uma linguagem prática, que materializa o simbolismo dominante contextual, ao mesmo tempo em que permite visualizar os elementos constituintes centrais desta dinâmica.

Como abordagem metodológica para este estudo, vou contar e analisar a história do exame de cardiocografia que me foi transmitida e experienciada no contexto estudado no meu trabalho de campo do mestrado (2006), quando trabalhava como médica clínica numa Maternidade Pública Municipal do Rio de Janeiro, momento em que esta unidade de saúde passava por uma mudança estrutural que a transformou em uma unidade de médio e alto risco obstétrico.

Para isto vou utilizar duas estratégias metodológicas: a primeira se refere a entrevistas semi-estruturadas com cinco profissionais-chaves que trabalham em conjunto em uma Maternidade Pública do Município do Rio de Janeiro, sendo três obstetras, um pediatra/neonatologista e um clínico especialista em gestações de risco. A escolha destes agentes listados se deve a atribuição do “saber autorizado” ao grupo de profissionais que lida com a gestação a partir de um referencial médico-científico (obstetras), sendo no caso desta pesquisa, ampliado para outros profissionais que trabalham com o mesmo referencial, mas com maior investimento na gestante (clínico de gestação de risco) e no bebê (pediatra/neonatologista). A escolha desta abordagem metodológica se justifica no sentido de verificar ou não a hipótese da pesquisa, ou seja, a existência do suposto simbolismo dominante do campo obstétrico atrelado ao feto/bebê, assim como de identificar as categorias pelas quais estes agentes do campo fazem a construção e manutenção deste simbolismo num contexto local de inclusão tecnológica.

A colheita destas entrevistas será feita após convite individual ao profissional de saúde e aceitação de participar da pesquisa, mediante apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Será garantido o sigilo dos nomes e dos locais de trabalho dos profissionais de saúde escolhidos, que poderão recusar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento, apenas pela comunicação à pesquisadora, sem prejuízos, sanções ou constrangimentos de qualquer natureza para esses sujeitos. Ou seja, a pesquisa não confere riscos para os sujeitos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segue em ANEXO.

Será feita análise do conteúdo (Bardin, 1997) das entrevistas colhidas, sendo que, as categorias encontradas a partir dos discursos dos agentes entrevistados servirão para o entendimento da dinâmica de atuação destes agentes em conjunto, ou seja, um guia para a análise da segunda estratégia metodológica. Segue em ANEXO o roteiro das entrevistas semi-estruturadas.

A segunda estratégia trata-se da observação participante de inspiração etnográfica, que se justifica pela própria formulação do objeto de pesquisa quando pressupõe a análise das atuações dos diferentes agentes inseridos na prática obstétrica quando relativa à tecnologia da cardiocografia, assim como pela a intenção desta proposta de pesquisa, de entender o diálogo entre as performances, as perspectivas e as identidades destes agentes no campo local.

O processo metodológico da pesquisa a que me refiro implicou na observação, na tomada de anotações e no engajamento do pesquisador na rotina diária do campo que foi estudado – uma experiência denominada de trabalho de campo, cujos principais objetivos são

de capturar a diversidade constituinte do campo estudado ao mesmo tempo servindo como fonte de crítica da perspectiva utilizada pelo próprio pesquisador (Marcus & Fischer, 1986).

Retornando à questão da observação participante no campo proposto, ela teve a intenção de abordar não somente a realização do exame de cardiocografia, mas especificamente os momentos da comunicação dos agentes do campo obstétrico quando relativos ao exame em questão. Desta maneira, pretendo a partir desta história relativa à dinâmica do exame de cardiocografia, abordar as suas experiências de mediação tecnológica como veículos de comunicação do “saber autorizado” do campo obstétrico e da forma como esta comunicação pode direcionar o entendimento do campo obstétrico atual nas dicotomias já observadas.

Middleton (1989) valoriza especialmente a comunicação das experiências do campo, no sentido de esclarecer as intenções, as atitudes, as identidades e os significados expressos no contexto cultural local. Desta maneira, é nas diversas formas de comunicação que as “experiências interiores” se tornam objetivadas e observáveis como fenômenos sociais e sujeitas à observação etnográfica.

Embora a utilidade do conceito de “estilo emocional” possibilite um diálogo entre o domínio das emoções e o domínio do saber (Middleton, 1989), este domínio emocional pode, diferentemente, ser entendido como um domínio de mediações entre diversos saberes (Levy, 1984). Estas mediações, expressas através das emoções, podem revelar relações de afinamento, expansão ou obscurecimento de um saber pelo outro⁸⁴ (Simon, 2005). Desta forma, para entender a transmissão e circulação do “saber autorizado” a partir das experiências de mediação tecnológicas com a cardiocografia, valorizarei especialmente os diversos modos de modulação expressos pelos conteúdos emocionais veiculados a estas experiências, particularmente no que se refere às mediações entre os dois componentes previamente identificados (“saber autorizado” e “experiência”) na constituição das suas respectivas identidades.

De acordo com este ponto de vista, as atividades que incluem a cardiocografia poderão ser “lidas” não com a pretensão de evidenciar nenhum tipo de verdade sobre o campo obstétrico local, mas de estabelecer as múltiplas teias de significados expressos pelas palavras, atos e concepções dos agentes no contexto local, num encontro reflexivo com o “outro”; ou seja, num diálogo onde o campo é construído colaborativamente na interação do

⁸⁴ Simon (2005) se refere a dois tipos de saber: um na forma de “esquema” cultural e outro na forma de sentimentos individuais. Este autor concebe as emoções como mediadoras da relação entre estes dois saberes, afirmando que o “esquema” pode se afinar com o saber não legítimo, pode se expandir a partir dele ou provocar a sua expansão ou obscurecer ou ser obscurecido pelo saber não legítimo.

pesquisador com os pesquisados (Rabinow, 1977). De acordo com este autor, esta sugestão não somente prevê a multiplicidade de vozes/autoridades dentro do campo estudado como também tenta re-capturar a autoridade do próprio pesquisador.

Este recorte metodológico tem a intenção de valorizar as emoções como estruturas moduladoras da comunicação e objeto da análise etnográfica, assim como de tentar esclarecer os conteúdos que fazem esta comunicação ser considerada tão pobre. Consideração relevante, especialmente nas representações das comunicações entre gestantes e obstetras, mas que nesta proposta de pesquisa vai se estender para outros agentes do contexto, como tentativa de esclarecer a transmissão e circulação do “saber autorizado” veiculado pela experiência de mediação tecnológica.

Seguindo esta concepção do caráter emocional no contexto obstétrico, tentarei descrever as situações observadas no campo a partir das experiências de mediação tecnológica com a cardiocotografia, trabalhando os aspectos emocionais a estas experiências atrelados, como tentativa de dimensionar os significados e as sensibilidades destas experiências para a ação coletiva.

Participação dos pesquisadores:

A pesquisadora será a pessoa a colher as entrevistas que serão gravadas, em áudio, mediante autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fará a transcrição, análise e armazenamento dos seus conteúdos. Essas entrevistas poderão ser utilizadas, sob autorização no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a escrita de textos acadêmicos como artigos científicos além da tese de doutorado.

Orçamento:

A pesquisadora está matriculada no Programa de doutorado do Instituto de Medicina Social. IMS.UERJ sob regime integral, apresentando bolsa do CNPq até março de 2009, seguida de bolsa da FAPERJ até março de 2010, com possibilidade de extensão até março de 2011, conforme o andamento da pesquisa. Portanto a pesquisa conta com estes financiamentos nos tempos previstos.

Cronograma Geral.

Atividades Previstas:

- 1) Revisão Bibliográfica – março/2007 a março/2008.
- 2) Qualificação – abril/2008.
- 3) Preparação roteiro das entrevistas e primeiros contatos com os entrevistados – maio e junho/2008.
- 4) Coleta dados/entrevistas – julho, agosto, setembro, outubro e novembro/2009.

- 5) Análise do material coletado – março, abril e maio/2010.
- 6) Análise do material da observação participante – junho, agosto e setembro/2010.
- 7) Relatório Preliminar dos achados – outubro e novembro/2010.
- 8) Relatório da Tese de doutorado – ano de 2010.
- 9) Entrega do Produto Final – março/2011.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1997.
- BARTH, F. **O guru e o iniciador e outras variações antropológicas**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda, 2000.
- BATESON, G. **Naven**. California: Stanford University Press, 1958.
- BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, S.A, 1989.
- CSORDAS, T. J. Introduction: **The body as representation and being-in-the-world**. In: Embodiment and experience: the existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- FRANK, A. W. **The wounded storyteller: body, illness and ethics**. Chicago: The University of Chicago Press, 1997.
- HANNERZ, U. **Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning**. New York: Columbia University Press.
- HESS, J. **Science and Technology in a Multicultural World**. New York: Columbia University Press, 1995.
- JORDAN, B. **Authoritative Knowledge and Its Construction**. In: Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross Cultural Perspectives. Robbie E. Davis-Floyd and Carolyn F. Sargent, (eds). Pp. 55-79. Berkeley: University of California Press, 1997.
- LATOURETTE, B. **Ciência em Ação**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- LAZARUS, E. S. Theoretical Considerations for the Study of Doctor-Patient Relationship: Implications of Perinatal Study. **Medical Anthropology Quarterly**, New Series, Vol. 2, No. 1. (Mar., 1988), pp. 34-58.
- LOWY, I. On Hybridization, Networks and New Disciplines: The Pasteur Institute and the Development of Microbiology in France. **Stud. Hist. Phil. Sci.**, Vol. 25. No. 5, pp. 655-688, 1995.
- MIDDLETON, D. R. Emotional Style: The Cultural Ordering of Emotions. **Ethos**, Vol. 17, No. 2. (Jun., 1989), pp. 187-201.
- PACEY, A. **The culture of technology**. Cambridge, Mass: MIT Press, 1983.
- WITTGENSTEIN, L. **Investigações Filosóficas**. São Paulo: Nova Cultural, 1989.

Fontes:

- FURLEY, P. R. **Monitoração obstétrica: um manual prático**. Rio de Janeiro: RioMed Livros, 1996.

NOMURA, R. M. Y. Cardiotocografia em gestações com diástoles zero ou reversa nas artérias umbilicais: a análise dos resultados perinatais. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Vol 49 no 1. São Paulo Jan/Mar, 2003.

SILVA, et al. Cardiotocografia na monitorização do parto – Avaliação da eficácia baseada em evidências científicas. CPDT – Centro Pré-Natal de Diagnóstico e Tratamento, 2005. In: CPDT- www.cpd.com.br, 2006-09-16.

Termo de consentimento livre e esclarecido:

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto “**Como você sabe? Dialogando nas fronteiras do saber obstétrico autorizado**”, desenvolvido pela pesquisadora Vanessa Maia Rangel, doutoranda do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sob supervisão do Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo que, em linhas gerais se definem pela compreensão da dinâmica dos agentes profissionais que atuam no campo obstétrico incluindo o uso da tecnologia da cardiocografia nas etapas finais da gestação.

Esta pesquisa de campo compreende a coleta de entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas em áudio a partir da assinatura desta autorização. O acesso, a análise e o armazenamento dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora, podendo ser compartilhados com o entrevistado, caso haja demanda, estando a confidencialidade destes garantida, assim como o sigilo quanto ao nome e os locais de trabalho dos informantes. O material coletado nas entrevistas será parte do trabalho de campo da tese de doutorado da pesquisadora podendo também ser utilizado para a escrita de textos acadêmicos como artigos científicos. A assinatura do termo também garante a retirada da pesquisa de qualquer informante a qualquer momento, apenas pela comunicação à pesquisadora, sem prejuízos, sanções ou constrangimentos de qualquer natureza. Será entregue uma cópia deste termo assinado pela pesquisadora a cada informante. Desta maneira não foram identificados riscos para os entrevistados.

Estou ciente de que em caso de dúvida, ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável no telefone: (21) 9999-7190 e/ou 3269-7199, no endereço eletrônico: tufaha@terra.com.br e no endereço residencial: Av. Venceslau Brás, 18. apt. 105. Botafogo. CEP 22290-140.

Uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo oferecida ao informante conforme as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 200....

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Roteiro das Entrevistas Semi-Estruturadas:

- 6) Como o entrevistado poderia me explicar sobre a sua escolha profissional?
- 7) Fale um pouco sobre a sua formação profissional.
- 8) Como o entrevistado foi trabalhar em uma Maternidade?
- 9) Fale sobre a sua rotina de trabalho na Maternidade.
- 10) Fale sobre a utilização da tecnologia obstétrica na sua prática de trabalho.