

Lilian Krakowski Chazan

**“Meio quilo de gente!” - produção do prazer de ver e construção da
pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em clínicas de
imagem na cidade do Rio de Janeiro**

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

Orientador: Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo

v.2

Rio de Janeiro

2005

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

C513 Chazan, Lilian Krakowski.

“Meio quilo de gente!” - Produção do prazer de ver e construção da
pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em
clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro / Lilian Krakowski
Chazan. – 2005.

2v.

Orientadora: Jane Araujo Russo.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Fetos – Cuidados médicos – Aspectos antropológicos – Teses. 2.
Ultra-som na obstetrícia – Teses. 3. Subjetividade – Teses. 4. Antropologia
cultural – Teses. I. Russo, Jane Araujo. II. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 612.647

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

Assinatura

Data

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figura 01 | Esquema de inversão de imagem da <i>camera</i> | 3 |
| Figura 02 | <i>Camera</i> , Athanasius Kircher, 1646 | 4 |
| Figura 03 | <i>Camera</i> , ilustração da <i>Encyclopédie</i> (1770 - 1775) | 4 |
| Figura 04 | Capa de <i>Della Magia Naturale</i> , 1558 | 5 |
| Figura 05 | O astrônomo. Vermeer. 1668 | 8 |
| Figura 06 | O geógrafo. Vermeer. c. 1668-9 | 8 |
| Figura 07 | Estúdio de Goethe | 13 |
| Figura 08 | Estereoscópio modelo Wheatstone, 1838 (réplica) | 33 |
| Figura 09 | Esquema de funcionamento do estereoscópio Wheatstone | 33 |
| Figura 10 | Prancha 25. Segundo volume, <i>De Humani Corporis Fabrica</i> . Vesalius. 1543 | 57 |
| Figura 11 | Alocação de Alonso d' Avalos, Marchese Del Vasto. Ticiano. 1541 | 57 |
| Figura 12 | Mão de Bertha Röntgen, janeiro 1896 | 72 |
| Figura 13 | <i>Pall Mall Gazette</i> , "Occasional Notes", março 1896 | 73 |
| Figura 14 | <i>Life Magazine</i> , fevereiro 1896 | 73 |
| Figura 15 | Modelo negro de Marey | 77 |
| Figura 16 | Registro cronofotográfico, Étienne-Jules Marey, 1894 | 77 |
| Figura 17 | Cortes seriados de tomografia computadorizada de crânio [CT] | 83 |
| Figura 18 | Ressonância magnética fetal [MRI] | 83 |
| Figura 19 | PET- <i>scan</i> do desenvolvimento cerebral de uma criança | 83 |
| Figura 20 | Ultra-sonografia obstétrica – coluna vertebral de feto de 11 semanas | 84 |
| Figura 21 | Ultra-sonografia fetal 3D | 84 |
| Figura 22 | "Mão Amiga" | 178 |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|-----|
| | INTRODUÇÃO | 0 |
| | Parte I. O PANORAMA | 1 |
| 1 | SOBRE A CONSTRUÇÃO DO OLHAR: PARADIGMAS CULTURAIS E MODELOS DE VISUALIDADE | 2 |
| 1.1 | <i>Camera obscura, razão desprendida</i> | 3 |
| 1.2 | Estereoscópio, visão subjetiva | 12 |
| 1.2.1 | <u>Objetos óticos, consumo e treinamento visual</u> | 22 |
| 1.3 | A construção do observador moderno | 36 |
| 2 | CONSTRUÇÕES DO CORPO E DO OLHAR CONTEMPORÂNEOS. RECONFIGURAÇÕES DA PESSOA | 39 |
| 2.1 | Visualizando o interior do corpo | 44 |
| 2.1.1 | <u>Dissecações</u> | 44 |
| 2.1.2 | <u>Vesalius e o paradigma anatômico</u> | 55 |
| 2.1.3 | <u>Representações do corpo e ‘objetividade’ da imagem técnica</u> | 61 |
| 2.2 | Tecnologia de imagem, cultura visual e medicina | 69 |
| 2.2.1 | <u>Imagem técnica e medicina</u> | 70 |
| 2.2.2 | <u>Os raios-X e a ‘transparência’ do corpo</u> | 71 |
| 2.2.3 | <u>Estudos de movimentos e controle dos corpos</u> | 76 |
| 2.2.4 | <u>Digitalização da imagem e concepções de corpo e pessoa</u> | 80 |
| 2.2.5 | <u>Normatização, visualidade e consumo</u> | 86 |
| 3 | MEDICALIZAÇÃO DA GRAVIDEZ E DO PARTO | 90 |
| 3.1 | Formação da profissão obstétrica. Patologização da gravidez e do parto . | 93 |
| 3.2 | Reforma da profissão e ‘humanização’ do parto | 101 |
| 3.2.1 | <u>Noções de dor e parto bidimensionais. O ‘parto sem dor’</u> | 108 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.2.2 | <u>Uma nova conjugação de interesses: mulheres e obstetras</u> | 112 |
| 3.2.3 | <u>Novos campos de visibilidade: o panóptico e o parto</u> | 121 |
| 3.2.4 | <u>O <i>bonding</i> e a ampliação do controle dos corpos e das emoções</u> | 124 |
| 4 | TECNOLOGIAS, ‘HUMANIZAÇÃO’, MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA NA OBSTETRÍCIA. A INVENÇÃO DO FETO E O ULTRA-SOM | 134 |
| 4.1 | Tecnologias na obstetrícia | 134 |
| 4.1.1 | <u>Um breve histórico sobre o uso de tecnologia na gravidez</u> | 134 |
| 4.1.2 | <u>Tecnologias de monitoramento, a ética e a reformulação da relação médico-paciente</u> | 136 |
| 4.2 | A invenção do feto e a visibilidade | 141 |
| 4.2.1 | <u>A invenção do feto e o movimento do ‘parto natural’</u> | 141 |
| 4.2.2 | <u>Novas tecnologias e a gravidez ‘humanizada’: o <i>embodiment</i> da visibilidade</u> | 150 |
| | Parte II. O CAMPO | 162 |
| | INTRODUÇÃO | 163 |
| 5 | VESTINDO O JALECO. SOBRE A ENTRADA NO CAMPO E A POSIÇÃO DO OBSERVADOR. | 179 |
| 5.1 | O familiar e o exótico: sobre o olhar e o estranhamento | 180 |
| 5.2 | Primeiros contatos e entrada no campo | 183 |
| 5.3 | Descrição das clínicas | 185 |
| 5.4 | Vestindo o jaleco, entrando na sala | 191 |
| 5.5 | Vicissitudes da presença da observadora | 193 |
| 5.6 | Subjetividade e relações de poder na observação etnográfica | 198 |
| 6 | NO ESCURINHO DA SALA DE EXAMES. INTERATIVIDADE E NEGOCIAÇÕES EM TORNO DAS IMAGENS FETAIS | 203 |
| 6.1 | Aspectos relevantes da rotina do exame, ‘pilotando’ os aparelhos | 206 |
| 6.2 | Respostas ‘genéricas’ ou a construção da ‘gravidez visual’ | 207 |
| 6.3 | Respostas ‘específicas’ ou interagindo (também) com imagens | 213 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 6.3.1 | <u>Manipulações da imagem</u> | 214 |
| 6.3.1.1 | Estratégias para obter impacto | 214 |
| 6.3.1.2 | Estratégias visuais para contornar tensão ou angústia; a tranquilização pela imagem | 217 |
| 6.3.1.3 | Atendimento a demandas diretas de consumo | 220 |
| 6.3.2 | <u>O esquecimento da medição de parâmetros</u> | 222 |
| 6.3.2.1 | Por tumulto ou conversas na sala de exames | 223 |
| 6.3.2.2 | Por tensão no ambiente | 224 |
| 6.4 | Subjetivando a imagem, medicalizando a gravidez e construindo uma cultura visual | 225 |
| 6.5 | A formação de uma clientela | 229 |
| 7 | “SE VOCÊ ESTÁ DIZENDO QUE É, ENTÃO É.” A PRODUÇÃO DE VERDADES MÉDICAS E NÃO MÉDICAS | 235 |
| 7.1 | Verdades médicas | 237 |
| 7.1.1 | Sobre a gravidez | 237 |
| 7.1.2 | Sobre o feto | 240 |
| 7.2 | Verdades não-médicas | 243 |
| 7.2.1 | <u>Significando as sensações maternas</u> | 243 |
| 7.2.2 | <u>Subjetivando o feto</u> | 245 |
| 7.2.3 | <u>‘Semelhanças’ com a família</u> | 246 |
| 7.3 | Comunicação de más notícias | 247 |
| 7.4 | O mito da ‘objetividade da imagem técnica’ e suas vítimas | 252 |
| 8 | “O MELHOR FILME DA MINHA VIDA!” ESPETÁCULO E CONSUMO DA IMAGEM ULTRASONOGRÁFICA FETAL | 255 |
| 8.1 | Ultra-sonografia como espetáculo | 258 |
| 8.2 | Produção e consumo da imagem: ‘fotos’, vídeos e outras mídias | 264 |
| 9 | “OS TRÊS RISQUINHOS”. CONSTRUÇÃO DE GÊNERO FETAL, CONSUMO E SUBJETIVAÇÃO | 271 |
| 9.1 | Determinação do sexo fetal | 272 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 9.1.1 | <u>Demanda da gestante, parceiro e/ou acompanhantes</u> | 274 |
| 9.1.2 | <u>Instigação dos médicos</u> | 275 |
| 9.1.2.1 | A ‘simpatia’ dos ovários | 276 |
| 9.1.2.2 | ‘Intuição’ materna | 277 |
| 9.1.3 | <u>Preferências de mãe e pai</u> | 278 |
| 9.2 | Construção de gênero fetal | 280 |
| 9.2.1 | <u>Cores e consumo</u> | 282 |
| 9.2.1.1 | Cores | 282 |
| 9.2.1.2 | Objetos | 283 |
| 9.2.2 | <u>Construção de identidades</u> | 286 |
| 9.2.2.1 | No nome | 286 |
| 9.2.2.2 | Na subjetivação e nas atividades fetais | 289 |
| 9.2.2.3 | Nas ‘profissões’ | 293 |
| 9.2.2.4 | Nas questões relacionais | 294 |
| 9.2.2.5 | Nos atributos físicos | 295 |
| 9.3 | Indivíduos fetais. Sexo, gênero e subjetivação | 298 |
| | Parte III. CONCLUSÕES | 302 |
| 10 | “MEIO QUILO DE GENTE!” ILUSÕES DO ‘VISÍVEL’ | 303 |
| | REFERÊNCIAS | 318 |
| | BIBLIOGRAFIA CONSULTADA | 329 |
| | ANEXO A – | 333 |
| | ANEXO B – A polêmica das casas de parto no Rio de Janeiro | 334 |

PARTE II

O CAMPO

INTRODUÇÃO

Há um tema que, embora não sendo o foco desta tese, merece ser ventilado na medida em que compõe parte do pano de fundo da questão da ultra-sonografia obstétrica. Trata-se, *grosso modo*, de uma reconfiguração de noções acerca da ‘maternidade’. Até o último quarto do século XX, ao se falar em ‘mãe’ pensava-se em duas categorias: a mãe biológica e a mãe social – adotiva ou madrastra. A primeira fertilização humana *in vitro* bem-sucedida, na Inglaterra, em 1978, carregou consigo uma ruptura radical no conceito de ‘mãe’, na medida em que, com o desenvolvimento das novas tecnologias reprodutivas, surgem três categorias possíveis – mãe genética, gestacional e social, não necessariamente coincidentes.

O desenvolvimento de tecnologias de anticoncepção, nos anos 1960 e, mais tarde, o das de reprodução assistida, no decorrer da década de 70, ao mesmo tempo em que respondem a um novo tipo de demanda, compatível com a ampliação da ideologia individualista – poder decidir **quando** e **como** ter filhos, uma mudança na significação dada a esta escolha, não mais uma ‘decorrência natural’ do casamento – acarretam modificações qualitativas de grande monta. Como exemplo, os laços de parentesco que precisam ser reconstruídos e ressignificados, sendo para isto necessária a criação de novas estratégias sociais (Cussins, 1998). A rigor, a questão da **escolha** assume contornos radicais nas novas tecnologias reprodutivas. Se a contracepção estava impregnada do sentido de limitação, significando não ter filhos ‘em excesso’ ou ‘em um momento inadequado’, a reprodução assistida pode ser compreendida como o desejo ‘encorporado’ (*embodied*) de ter filhos.

Além das mudanças do *status* da mãe, o embrião e o próprio feto também vêm sofrendo modificações em seus respectivos *status*, produtos que são de um processo multifacetado e complexo, como vimos nos capítulos acima. No mesmo processo, ampliam-se, simultaneamente, a medicalização da reprodução, a da gravidez e a do conceito. A fertilização *in vitro* trouxe para a cena da concepção parceiros inteiramente inéditos até então: médicos, técnicos de laboratório, aparelhos de toda ordem.¹⁸²

¹⁸² Cabe ressaltar que esta tecnologia é acessível apenas às camadas mais abastadas da população, dado o seu alto custo financeiro. Há muito poucos hospitais da rede pública no Brasil que oferecem a populações de baixa renda algumas das tecnologias de reprodução assistida. Alguns pesquisadores brasileiros vêm se dedicando ao tema, entre os quais destacaria Corrêa (1997, 2001) e Luna (2004). Contudo, apesar dessa aplicação restrita, seu impacto social tem sido de amplo alcance, contribuindo para a reconfiguração de uma série de questões concernentes, por exemplo, à bioética e à posição hierárquica da mulher em relação ao seu

Constituiu-se a possibilidade da maternidade e da paternidade a mulheres e a homens que não conseguiam gerar filhos, e a própria noção de ‘infertilidade’ de um casal foi redimensionada. Não se pode deixar de assinalar o aspecto de consumo entranhado na chance de escolha construída com essas novas tecnologias.¹⁸³ Na medida em que é reforçada a noção da ‘infertilidade’ como uma questão ‘médica’, constrói-se também a idéia de que esta pode – ou mesmo ‘deve’ – ser ‘resolvida’ por meio da tecnologia.

Sarah Franklin mostra como, ao se estabelecer a conexão ‘infertilidade-desespero’, é elaborada uma narrativa épica dos feitos médicos (Franklin, 1990: 204). Conforme apontado ironicamente por Corrêa (1997, 2001), ao fim e ao cabo conseguem-se bebês, mas não se “resolve” a infertilidade. As novas tecnologias reprodutivas constituem-se em um *by-pass* das diversas condições que produzem um quadro de infertilidade como, por exemplo, obstrução tubária da mulher, oligospermia no homem, só para citar algumas. Conquistam-se no laboratório fertilizações de óvulos que jamais ocorreriam pelos ‘meios naturais’, mas não se alteram as condições do casal impeditivas da concepção pelos meios ‘tradicionais’.

É possível pensar que nos dias atuais está sendo construída uma nova ‘sacralização’ do feto e da vida, como assinala Duden (1993), em conjunto com a experiência de maternidade e de paternidade. A diferença em relação ao discurso religioso tradicional é que no momento esta sacralidade adquire um cunho ‘científico’. Cabe também indagar se o que está em jogo é a sacralização da vida ou a da própria ciência, agora capaz de produzir vida,¹⁸⁴ mas de um modo ou de outro constitui-se um discurso com contornos nitidamente natalistas.

Conforme assinalado anteriormente, Armstrong (1986) e Shorter (1977) apontam para uma ampliação do sentimento de infância postulado por Ariès (1978), com a construção social do bebê como um objeto de atenção médica e social, destacado da mãe,

embrião (Novaes & Salem, 1995; Salem, 1997).

¹⁸³ O ‘diagnóstico’ de infertilidade passou por modificações nos critérios de avaliação que parecem corresponder a interesses de forte cunho comercial, incluindo-se aí a própria demanda gerada por esses interesses nos consumidores. Há relativamente pouco tempo atrás – antes da difusão das tecnologias de reprodução assistida – o critério para definição de ‘casal infértil’ incluía o parâmetro de dois anos tendo relações sexuais regulares sem obtenção de gravidez. Na atualidade, esse parâmetro mudou para seis meses, e leva em consideração outros fatores, como a idade da mulher que busca engravidar.

¹⁸⁴ Foi noticiado em um *site* da Internet a chegada ao Rio de Janeiro de “um robô (...) que imita os movimentos das mãos e dos braços humanos (...) na segunda quinzena deste mês para transformar mulheres estéreis em mães potenciais”, que permite (ou otimiza) a realização da cirurgia endoscópica da endometriose. Significativamente batizado de... Zeus (!), o aparelho “consiste num computador com o qual o cirurgião controla três braços robóticos dentro do corpo do paciente.” (www.ultimosegundo.ig.com.br/useg/notgerais,

no decorrer do século XIX e, na segunda metade do século XX – especialmente com a mediação da tecnologia do ultra-som – o feto transformando-se em um novo foco de interesse, sensibilização e intervenção (Chazan, 2000). A atenção voltada para ele, conforme mencionado no capítulo 4, produz uma série de desdobramentos, dentre os quais os mais significativos consistem no surgimento de uma nova especialidade médica, a ‘medicina fetal’, e no aparecimento dos “direitos fetais” – em alguns estados americanos, objeto de legislação específica (Heriot, 1996: 182). A ultra-sonografia obstétrica, como vimos, desempenha um papel relevante para a produção dessa nova percepção e sensibilidade acerca do feto.

Passo agora a expor uma revisão da literatura antropológica surgida principalmente durante a década de 1990, no exterior, acerca dos desdobramentos no uso do ultra-som obstétrico. Viso aqui delinear com contornos mais nítidos a produção teórica que conduziu ao tema do trabalho de campo. A exposição desta literatura tem como propósito estabelecer um cenário comparativo para o material advindo da observação etnográfica.

O uso e o significado político das imagens ultra-sonográficas obstétricas

Uma das primeiras antropólogas a abordar o tema das imagens fetais, Rosalind Petchesky (1987), analisando o vídeo *The Silent Scream* – produzido pelo dr. Bernard Nathanson –¹⁸⁵ fartamente exibido pela mídia eletrônica em 1984, nos Estados Unidos, discutiu de que modo as imagens fetais foram apropriadas e transformadas em um discurso moral. Segundo Petchesky,

The Silent Scream marcou uma mudança dramática na concorrência por imagens sobre aborto. Com uma esplêndida perspicácia, traduziu as imagens imóveis e agora rotineiras do feto como um ‘bebê’ em um vídeo em tempo real, desta forma (1) dando a essas imagens uma interface imediata com a mídia eletrônica; (2) transformando a retórica antiaborto de predominantemente místico-religiosa em um estilo médico-tecnológico; e (3) ‘dando vida’ à imagem fetal (...) (Petchesky, 1987: 58).

capturado em 04/11/2002).

¹⁸⁵ O vídeo registra, através de ultra-som, o aborto de um feto de 12 semanas e intercala essas imagens com a mesa cirúrgica de aborto e com dr. Nathanson ‘explicando’ o que está sendo visto, tudo isso acompanhado por uma melodia de órgão como fundo musical. O ultra-som mostra a cânula de aspiração sendo introduzida no útero da mulher, e o feto ‘tentando escapar’ – movimentos rápidos – e finalmente ‘lançando a cabeça para trás’, em um ‘grito silencioso’. Petchesky assinala que, juntamente com a exibição de um aparato altamente tecnológico, o que se ouve no vídeo é semelhante à moralidade medieval, em uma retórica antiaborto padronizada. Observa ironicamente que a retórica não é a da ciência, assemelhando-se mais à do seriado norte-americano *Miami Vice* (Petchesky, 1987: 60). A título de informação: o dr. Nathanson era um ginecologista-obstetra, inicialmente favorável direito de escolha, que se converteu em antiabortionista militante.

Prosseguindo em sua análise do vídeo, Petchesky aponta que este levanta questões importantes acerca do que significa ‘evidência’ ou ‘informação médica’, uma vez que a imagem ultra-sonográfica é apresentada como a ‘prova’ de que o feto está vivo, “é humano como nós” e “sente dor”.¹⁸⁶ O poder ideológico do filme, a despeito de suas incoerências e fraudes, reside no fato de que ele pertence muito mais ao terreno das representações culturais do que ao das evidências médicas (Petchesky, 1987: 60). Ainda de acordo com essa autora,

A aparência [do vídeo] de documento médico obscurece e reforça um conjunto codificado de mensagens, que operam como símbolos políticos e injunções morais (...) (Petchesky, 1987: 61).

Segundo Petchesky, o vídeo adquiriu credibilidade pelo fato de estar envolto em uma aura de autoridade médica, associada à sedução da tecnologia e ao impacto cumulativo de imagens fetais da década que o antecedeu. Desde o surgimento pela primeira vez na mídia, em 1962, na revista *LIFE*,¹⁸⁷ de imagens fotográficas do feto, este sempre foi apresentado como isolado ou autônomo, a mulher sendo periférica, quando não totalmente ausente (Petchesky, 1987: 62). Para esta autora, a imagem isolada e flutuante do feto

(...) não faz mais que estender para a gestação a visão *hobbesiana* acerca dos seres humanos, como indivíduos desconectados e solitários. É esse individualismo abstrato – que anula tanto a mulher grávida quanto a dependência do feto a ela – que proporciona à imagem fetal sua transparência simbólica, de maneira a possibilitar que vejamos nele nosso próprio *self*, nossos bebês perdidos, nosso mítico passado seguro (Petchesky, 1987: 63).

Passa a haver, desse modo, a instrumentalização tecnológica de representações utilizando imagens cada vez mais precoces da gravidez, contribuindo para o surgimento de noções de ‘condição de Pessoa’ (*personhood*)¹⁸⁸ e independência dos fetos em relação às gestantes (Rapp, 1997: 47). Do ponto de vista do ativismo antiaborto (ou pró-vida), a

¹⁸⁶ Estas duas últimas afirmações foram contestadas por médicos, em debates no *New York Times*, que argumentaram que com 12 semanas de vida o feto não tem ainda um córtex cerebral, não podendo, portanto, sentir dor e, menos ainda, ‘gritar’, pois não existe ar em seus pulmões; neste estágio de seu desenvolvimento, o feto apresentaria apenas movimentos reflexos. Os movimentos rápidos foram denunciados como truques na edição do vídeo.

¹⁸⁷ Há uma ligeira discrepância com relação à data em que essas imagens foram publicadas: Mitchell e Georges (1998: 119) referem-se às fotos como tendo surgido na mídia em 1965, assim como Rapp (1997: 44). De todo modo, é interessante observar que as primeiras imagens fetais surgem no mesmo momento em que está ocorrendo o movimento norte-americano da contracultura, de forte colorido neo-romântico, conforme assinalado por Campbell (2001: 9pp.).

¹⁸⁸ Optei por traduzir o termo *personhood* como ‘condição de Pessoa’ e, eventualmente, ‘pessoalidade’, por não existir uma tradução exata do termo em português.

‘pessoalidade’ do conceito sempre foi um dos carros-chefes, e esta noção, agora ‘sustentada’ tecnologicamente, traz implicitamente a idéia de que a mulher ficaria subordinada ao feto, durante a gravidez (Martin, 1992: 100).

Rayna Rapp aponta um paradoxo: ao mesmo tempo em que as imagens fetais são produzidas em ‘tempo real’ dentro dos corpos femininos, elas sofrem um tratamento visual e se apresentam incorpóreas, flutuantes. O “feto-em-tempo-real” visualizado através do ultra-som é, simultaneamente, pessoal, doméstico e íntimo e provoca uma reflexão ampla, pública e política a respeito do papel da mãe, entre outras questões (Rapp, 1997: 47).

Amplia-se a vigilância sobre os corpos da gestante e do feto e constitui-se

(...) um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam (...) (Foucault, 1999: 143).

O surgimento de uma nova especialidade – a medicina fetal – parece corroborar essa perspectiva. O feto ‘visível’ torna-se também passível de uma vasta gama de intervenções, diretas e indiretas, que abrangem desde modificações alimentares impostas à gestante até intervenções cirúrgicas no feto – realizadas dentro e fora do útero – antes do seu nascimento.

Desdobramentos culturais: o útero ‘transparente’ e o feto ‘público’

No passado, a presença pública do conceito revelava-se aos poucos, em um período de meses, e os sinais dessa presença passavam necessariamente pela codificação da mulher, em termos físicos e psíquicos. Nos dias atuais, a ultra-sonografia sobrepõe-se à consciência corporal da mulher e fornece um conhecimento médico, independente, sobre o feto. Os estados corporais que anteriormente indicavam a gravidez são substituídos por sinais exclusivamente visuais que transformam uma série de ecos em um ‘bebê’. O conhecimento corporal difuso da mulher acerca de seu estado é transformado, reduzido e, de acordo com Rapp, restringido à imagem do feto como uma entidade separada ou um “paciente” (Rapp, 1997: 39).

Em estudo etnográfico desenvolvido em uma pequena cidade da Grécia, Eugenia Georges examinou de que modo a possibilidade intrínseca de visualização do feto pelo ultra-som tinha o potencial de fundir processos naturais e tecnológicos e, assim, produzir novas experiências cognitivas e corporais na gravidez. Georges sustenta que o ultra-som fetal exerce uma atração especial e considera que muito de seu impacto e autoridade estão

ligados tanto à posição única que ocupa – de interseção entre tecnologias visuais científicas e populares – quanto com os códigos e as convenções da representação do ‘real’ enraizados nessas tecnologias (Georges, 1996: 158).

As mulheres estudadas encaravam o ultra-som por um prisma positivo, exercendo uma demanda ativa sobre os médicos. Em primeiro lugar, elas relataram um sentimento de prazer – proporcionado pela tecnologia – pelo reassuramento em relação à saúde do concepto. Em seguida, o ultra-som mediava o contato delas com o feto e estabelecia a ‘realidade’ deste para as mulheres, através de uma imagem que, turva, era reinterpretada como “o meu bebê” (Georges, 1996: 160). A percepção corporal era colocada em segundo plano em relação à visualização da imagem do feto.¹⁸⁹ Georges pontua que o aparente realismo da televisão desempenha um papel de grande importância nessa construção. A observação dos movimentos fetais em tempo real, como um *show* ‘ao vivo’, acentuava o sentimento de realidade dos fetos para as grávidas (Georges, 1996: 163).¹⁹⁰

A questão relevante da pesquisa era em que medida – no contexto estudado pela autora – a tecnologia desempenhava um papel crítico na reconfiguração da forma pela qual as mulheres vivenciavam suas gestações. O prazer visual experimentado na exibição da imagem do feto estaria de certo modo substituindo o prazer das ‘antigas’ percepções internas, produzindo-se novas sensações pela fusão do visual com o tátil. O ritmo da gravidez era assim ‘acelerado’, posto que várias situações eram adiantadas no tempo: desde a visualização ‘concreta’ da existência do feto até a determinação do sexo. Georges aponta que a forte demanda e a recepção entusiástica das imagens fetais pelas mulheres pode ser o indício do surgimento de uma outra consciência e a conseqüente transformação das gestantes em novos sujeitos: grávidas e modernas. É inegável também que, na medida em que o ultra-som exerce e reforça a autoridade médica, ele consolida a crescente hegemonia da biomedicina sobre a experiência reprodutiva da mulher (Georges, 1996: 169).

Esta pesquisa corrobora a afirmação de Foucault acerca da positividade do poder disciplinar que, através do escrutínio e também do prazer no conhecimento, constrói subjetividades que sustentam e reforçam o poder (Foucault, 1984: 131; 1999: 117, 125).

¹⁸⁹ A valorização da visualidade em detrimento dos outros sentidos inscreve-se em um contexto cultural discutido na parte I desta tese. Cf. também Chazan (2001, 2002a, 2002b).

¹⁹⁰ Na Grécia, a expressão utilizada para o ultra-som fetal é “colocar o bebê na televisão”. A televisão é uma metáfora bastante apropriada para o exame nesse país; é ubíqua e carrega consigo a imagem da modernidade, inserindo a Grécia no ‘moderno’ comportamento ocidental relativo à gravidez (Georges, 1996: 158). Sobre a ‘naturalização’ e a ‘objetividade’ das imagens técnicas na sociedade ocidental contemporânea, ver acima, no capítulo 2. Cf. Daston e Galison (1992), Pereira (1999) e Chazan (2002b).

Do estudo de Georges emerge um duplo aspecto no tocante às relações de poder: reconfigura-se o poder/saber da mulher sobre o feto, e evidencia-se claramente o poder da tecnologia biomédica exercido sobre a mulher, do momento em que esta passa a depender da aparelhagem e dos médicos para ter acesso ao seu conceito. Duas subjetividades são construídas simultaneamente: a da gestante e a do feto – ambas mediadas pela tecnologia. Outro aspecto do rearranjo, no que tange ao poder e ao conhecimento da mulher sobre o conceito, deriva-se do fato de que tal conhecimento – no passado, estritamente subjetivo e privado da mulher – passa necessariamente a ser dividido com médicos e técnicos, posto que depende destes para a sua produção. Em paralelo, com o feto tornado ‘público’, amplia-se a rede de atores sociais envolvidos com a gestação: parceiros, familiares, amigos, e outros.

O estudo de Browner e Press (1996), sobre cuidados pré-natais nos Estados Unidos, focalizou basicamente o autocuidado de mulheres durante a gravidez e de que modo elas incorporavam os conselhos biomédicos às suas rotinas já conhecidas de cuidados com o corpo.¹⁹¹ Muitos depoimentos das entrevistadas no estudo evidenciaram o sentimento de conforto e reassuramento por receberem instruções sobre o que fazer. Várias delas revelaram que gostavam do pré-natal porque os recursos tecnológicos, como a ultrassonografia e a audição dos batimentos cardíacos fetais, faziam-nas se sentirem “mais perto” de seus fetos, ou “tornavam o bebê mais real”. As solicitações médicas de que se submetessem a exames complementares de alta tecnologia eram geralmente bem recebidas pelas grávidas (Browner & Press, 1996: 144). A passagem de informações no pré-natal era altamente valorizada pela maioria destas mulheres. As gestantes acreditavam que, estando informadas, ficariam mais aptas a assumir as responsabilidades conferidas pela gravidez.

Contudo, apesar da demanda de informação, a autoridade biomédica não era aceita de forma inteiramente acrítica. Muitas mulheres estavam inclinadas a aceitar os conselhos dos médicos como confiáveis, mas demonstravam alto grau de ambivalência em executá-los. As autoras do estudo observaram que a maioria das grávidas aceitava os conselhos biomédicos que eram confirmados pela experiência incorporada e rejeitava os que colidiam com suas crenças preexistentes acerca dos cuidados consigo mesmas durante a gestação. Costumavam também ignorar diretrizes que dificilmente poderiam ser incorporadas às suas

¹⁹¹ Diferentemente de outras pesquisas (Rapp, 1997, 1998, 1999), estas autoras não encontraram diferenças significativas – nas atitudes e nas crenças entre as mulheres pesquisadas – que fossem relacionadas à etnicidade e à classe social (Browner & Press, 1996: 143).

rotinas diárias (Browner & Press, 1996: 145, 147). Em suma, essas mulheres confiavam mais em seu conhecimento incorporado do que na opinião dos médicos em relação a recomendações diversas de cuidados pré-natais, mas tornavam-se aquiescentes à autoridade médica quando esta se apresentava apoiada pelo poder da tecnologia (Browner & Press, 1996: 152).

É importante aqui sublinhar que as mulheres não eram de modo algum agentes passivas nesse processo. Estabelecia-se uma aliança entre gestantes e médicos a partir do momento em que elas solicitavam e se dispunham a ter seus corpos monitorados e examinados, demandando aos profissionais que as ensinassem o que fazer durante a gestação. Vale ainda ressaltar que esse processo se passava em uma via de mão dupla: tanto a atribuição de confiabilidade a um tipo de conhecimento tecnológico contribuía para o processo crescente de medicalização da gravidez, quanto esta tendência reforçava a posição culturalmente aceita da tecnologia como produtora de conhecimento confiável biomédico.

Michèle Fellous, em estudo realizado na França no início dos anos 1990, constatou que a visualização do **movimento** era mais impactante do que apenas a imagem e, freqüentemente, o interesse das mulheres no ultra-som decrescia no momento em que começavam a sentir os primeiros movimentos fetais. Entretanto, para os homens, sem a possibilidade de apreender o feto sensorialmente, esse interesse persistia inalterado durante toda a gravidez da mulher (Fellous, 1991: 20). Além disso, para as mulheres, a imagem apenas não era a única responsável pela vivência positiva da ecografia obstétrica: “(...) É a imagem **em** movimento, a imagem **e** o movimento que emocionam, particularmente os batimentos do coração [visualizados no ultra-som]” (Fellous, 1991: 20) (Grifos originais).

A visualização do movimento funcionaria como uma confirmação de que há outra vida dentro da mulher.¹⁹² A autora assinalou que a tomada de consciência da existência do feto só era efetiva quando conjugada a outras percepções, como a escuta dos batimentos cardíacos fetais e a sensação vivida com os movimentos do concepto. A produção de prazer e alegria estava condicionada a que “a imagem fosse sustentada pela palavra que comenta e explica – caso contrário ‘não se vê o que é’ – e que a consulta [ecográfica] terminasse com: ‘tudo vai bem’(...)” (Fellous, 1991: 20). Fellous observou ainda que havia diferenças marcantes na construção da idéia de autonomia do feto em relação à grávida, dependendo da categoria profissional: ultra-sonografistas e pediatras tendiam a perceber o concepto

¹⁹² Esta conexão entre visualização do movimento e ‘vida’ foi discutida acima, no capítulo 2, item 2.2.3.

como um ser autônomo, enquanto obstetras entendiam a dupla gestante-feto como uma unidade.¹⁹³

Mitchell (1994), em estudo sobre a ultra-sonografia com 49 mulheres primíparas, no Canadá, observou que durante o exame o termo ‘feto’ era reservado a questões diagnósticas,¹⁹⁴ e que a maioria das observações feitas pelo técnico durante um exame de rotina referia-se à anatomia, à aparência e à atividade do ‘bebê’.¹⁹⁵ A imagem ultra-sonográfica era descrita para as gestantes em termos de atividade intencional: “está brincando”, “nadando”, “pensando”, “espreguiçando”, “descansando” etc. A aparência de ‘bebê’ do feto era ressaltada com comentários sobre “a gracinha dos dedinhos do pé” ou sobre a “semelhança” com membros da família. Os movimentos fetais frequentemente eram descritos em termos de estados de humor como: “o bebê está feliz”, “relaxado”, “cansado”, ou de características de personalidade: “é tímido”. Muitas vezes os técnicos interagiam com a imagem na tela, cumprimentando-a, dirigindo-lhe reprimendas ou criando uma voz em seu lugar que “falava” com a grávida (Mitchell, 1994: 150).

Lisa Mitchell e Eugenia Georges (1998) desenvolveram um estudo comparativo entre a ultra-sonografia obstétrica na América do Norte e na Grécia. Através da análise das diferenças evidenciadas entre os dois contextos, mostraram de que modo a construção social do feto como Pessoa, mediada pela tecnologia do ultra-som, encontrava-se profundamente impregnada pelos valores vigentes em cada contexto.¹⁹⁶ As similaridades encontradas, por outro lado, revelavam que o *constructo* que emergia da fusão do feto com a sua imagem, produzida pelo ultra-som, era simultaneamente constituído por compreensões locais e globais. O feto norte-americano aparece em filmes, anúncios e

¹⁹³ Na França, na época da pesquisa de Fellous, as ultra-sonografias eram sempre realizadas por médicos, o mesmo acontecendo atualmente no Brasil.

¹⁹⁴ Coincidindo com a observação de Rapp, de que os médicos em conversas entre si referiam-se às imagens em linguagem neutra, científica (Rapp, 1997: 39).

¹⁹⁵ Conforme já assinalado anteriormente, nos países europeus, os exames ultra-sonográficos obstétricos são em geral realizados por médicos ou parteiras. Nos Estados Unidos e no Canadá, os exames de ultra-som são realizados na maior parte das vezes por técnicos, em geral mulheres, que não estão autorizadas de forma alguma a informar a gestante sobre os possíveis diagnósticos sugeridos pela imagem (Taylor, 1998: 28), conforme visto acima, no capítulo 4, item 4.1.4.

¹⁹⁶ A pesquisa de Fellous (1991) na França corrobora este aspecto apontado por Mitchell e Georges, partindo das vivências diferenciadas das mulheres durante a ultra-sonografia obstétrica: “(...) pareceu-nos enganador falar univocamente do efeito da ecografia sobre a vivência da gravidez e daí tirar conclusões gerais. (...) [A ecografia] pode enriquecer o processo de ‘tornar-se mãe e pai’ ou, pelo contrário, perturbá-lo, quando vai às avessas ou pretende substituí-lo. A vivência da ecografia **varia segundo o contexto social e relacional no qual se desenvolve a gravidez, segundo a elaboração da mãe de suas próprias referências internas e da maturação da relação com a criança que ela espera, e segundo sua própria história de fertilidade** (...)” (Fellous, 1991: 38) (Grifo acrescentado).

fotografias: as pessoas acostumaram-se a ‘ver’ o feto, e essa visualização desempenha um importante papel em sua construção e representação como um ator social. Na Grécia, não havia um ‘feto público’. Raramente aparecia na mídia e, apenas às vezes, em hospitais, nos cartazes de campanhas contra o fumo na gestação.

A descrição era vital para que a imagem ultra-sonográfica se tornasse culturalmente significativa como “um bebê”, e passava sempre por um “filtro cultural”: os técnicos selecionavam as partes “não-chocantes”, como bexiga, pés, mãos e dedos, para mostrar às gestantes, e não exibiam a face do feto no período de 16/18 semanas, considerada por eles como alarmante para as mulheres. Nos Estados Unidos e no Canadá, apenas em gestações consideradas de ‘alto risco’ ou com fetos portadores de anomalias, os médicos assumiam a realização da ultra-sonografia (Mitchell & Georges, 1998: 108).¹⁹⁷

O *constructo* que emerge da visualização das imagens fetais foi denominado pelas autoras de *feto-cyborg* (Mitchell & Georges, 1998). O uso deste conceito permite que sejam colocados em evidência não apenas a interação corpo-máquina na reconfiguração da Pessoa, como também os processos de produção desse *constructo*:

Usar o ultra-som para descobrir e conhecer o *feto-cyborg* é, nos termos de Haraway [Donna Haraway], um problema de tradução; ultra-sonografistas devem traduzir não só a física dos ecos, como também os significados clínicos e sociais dos diferentes matizes de cinza (Mitchell & Georges, 1998: 108).¹⁹⁸

¹⁹⁷ No Brasil, a resolução 1361/1992, de dezembro de 1992, do Conselho Federal de Medicina, determinou que “A execução e a interpretação de exame ultra-sonográfico entre seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo é da exclusiva competência do médico” (DOU, Seção I, de 14-12-92, p. 17.186). Portanto, no Brasil, os exames ultra-sonográficos são sempre realizados por médicos, em geral provindos da radiologia e, no caso do ultra-som obstétrico, freqüentemente provenientes da ginecologia e da obstetrícia. Não existe uma formação específica em ultra-sonografia, que sequer constitui uma especialidade no Brasil. No momento em que este trabalho estava sendo finalizado, encontrava-se em curso a aprovação, pelo Conselho Federal de Medicina, de uma resolução acerca de **quais** especialistas estariam habilitados a realizar ultra-som. Entre as especialidades que provavelmente seriam aprovadas para tal encontravam-se Cardiologia, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Pediatria e Radiologia. Entretanto, de acordo com um informante, a rigor, a situação é um tanto caótica e qualquer médico pode colocar em seu consultório um aparelho de ultra-sonografia, freqüentemente de tecnologia já obsoleta, passando daí a realizar exames. Vale acrescentar que a observação do campo revelou diferenças significativas na flexibilidade, disponibilidade emocional e capacidade de manejo de situações durante o ultra-som, dependendo de qual fosse a ‘origem’ do profissional, tema a ser discutido adiante, no capítulo 6.

¹⁹⁸ Esta citação mostra-se datada, evidenciando indiretamente o desenvolvimento acelerado de novas tecnologias – provavelmente à época da publicação do artigo não estava difundida no mercado da ultra-sonografia a tecnologia 3D, que produz imagens fetais bastante diferentes dos borrões cinzentos do 2D. Contudo, a questão central permanece sendo a de tradução: a imagem 3D é produzida através de um algoritmo computacional aplicado aos sinais elétricos que são, por seu turno, uma codificação dos ecos provenientes da aplicação do ultra-som ao abdômen da gestante. Portanto, uma imagem mais definida implica mais um nível de aplicação de tecnologia; a aparência ‘mais natural’, de maior ‘realismo’, deve-se a um grau mais acentuado de sofisticação tecnológica.

Obstetras, radiologistas e técnicos podem apropriar-se da imagem descrevendo-a para a mulher em um discurso que garante sua ‘condição de Pessoa’ em termos físicos, morais e subjetivos.

O ponto fundamental de tal pesquisa, que remete ao tema desta tese – e que foi em grande parte inspirador para ela – é o fato de que sujeitos fetais e gestantes são culturalmente construídos. O consumo de tecnologia de ultra-som foi uma forma de as gestantes se constituírem em sujeitos ‘modernos’ na Grécia contemporânea, onde a tecnologia médica tornou-se sinônimo de modernidade para pacientes e para médicos. Mitchell e Georges assinalaram que, em contraposição, poucas canadenses referiam-se ao ultra-som como um exemplo de “progresso médico”, ou como algo que “nossas mães não tiveram”. O ultra-som era visto por elas como o meio de “fazer o melhor para o bebê”, ou de alívio com relação às preocupações sobre anormalidades fetais ou risco de aborto (Mitchell & Georges, 1998: 119).

As diferenças na construção das pessoas do feto e da grávida tornavam-se evidentes na comparação das traduções culturais populares do conhecimento *expert* sobre a gestação: à época do estudo feito pelas autoras, 100% das canadenses liam guias sobre a gravidez, em contraste com a porcentagem de gestantes gregas que o faziam: 50%. Na Grécia, o texto era focado exclusivamente nas características físicas e no desenvolvimento do feto, e o conceito de vínculo (*bonding*) estava ausente.¹⁹⁹ Havia muitos conselhos para que as mulheres fossem “boas pacientes” para os médicos, pontuais às consultas, além de precisas e concretas em seus relatos – as gestantes gregas deveriam ser sujeitos modernos e disciplinados. No Canadá, o feto era percebido pelos ecografistas e mulheres como sensível, ativo, um indivíduo socializado, engajado em atividades intencionais; o vínculo materno-fetal era enfatizado como a experiência central e essencial da gravidez. As canadenses, já medicalizadas e disciplinadas, estariam sendo “compensadas” com a comunicação materno-fetal (Mitchell & Georges, 1998: 119), mediada e potencializada pela tecnologia de imagem.

As duas situações descritas pelas autoras parecem ser faces diferentes de um dispositivo do biopoder. O feto, nesse contexto, funciona como ponto em torno do qual articulam-se e constroem-se a subjetividade da mulher, o poder médico e a ampliação da disciplinarização e da normatização dos corpos – dos fetos e das mulheres.

¹⁹⁹ Sobre o tema do *bonding*, cf. capítulos 3, item 3.2.4 e capítulo 4, item 4.2.2.

O ultra-som foi concebido e é encarado por médicos e gestantes como um meio de revelar o que é ‘natural’, ‘verdadeiro’ e ‘comum’ a todos os fetos e gestações. Dessa forma, apresenta-se como uma tecnologia sem cultura, ‘universalizante’. Mitchell e Georges sublinham que o feto-*cyborg* que emerge dessa tecnologia revela muito das condições históricas e culturais de sua produção.²⁰⁰ A ‘*cyborgificação*’, ao mesmo tempo, reproduz e reconfigura os entendimentos sobre – e o relacionamento com – o feto. As autoras sintetizam suas observações do seguinte modo:

No Canadá, o ultra-som está referido à separação e à reconexão de indivíduos. As gestantes esperam ‘encontrar/conhecer (*meet*) seu bebê’ na tela do ultra-som e são encorajadas por *experts* a verem na tela digitalizada evidências de um ator com gênero, consciente e sensível, comunicando suas demandas e necessidades. Capturadas pela ideologia complexa e pública do risco, através do ultra-som provam que são ‘boas mães’ (...) Na Grécia, a produção de sujeitos – gestantes e fetos – é marcadamente diferente. A evidência de normalidade física é lida como evidência da ‘condição de Pessoa’ fetal. Entretanto, os fetos permanecem como seres relacionais, cuja construção como Pessoa é constituída primariamente através de redes de parentesco (Mitchell & Georges, 1998: 120).

Apesar de o ultra-som expandir dramaticamente a apreensão cognitiva e sensorial da gestante, vale sublinhar que esse processo se dá sempre dentro dos limites das formações discursivas dominantes (Mitchell & Georges, 1998: 120). Assim, as imagens tornam-se significativas se inscritas no – e codificadas pelo – discurso vigente no contexto sociocultural no qual são produzidas.

A pesquisa já comentada de Anna Carolina Lo Bianco comparou dois grupos de gestantes – um pertencente às camadas médias e outro às classes populares.²⁰¹ Retomo-a neste ponto porque, embora seu foco de análise não tenha sido a ultra-sonografia, Lo Bianco chegou a conclusões bastante semelhantes às do estudo precedente. Ao contrário das grávidas de classes populares e baixa escolaridade, as mulheres de camadas médias viam a gravidez como uma etapa importante para o estabelecimento da relação materno-infantil. A gravidez para elas não era um estágio **para** a maternidade, mas um estágio **da** maternidade, e percebiam o feto como um ser dotado de vontade própria e autonomia. Uma das gestantes referiu-se ao futuro bebê como “uma pessoinha que está dentro de mim”. As

²⁰⁰ A título de curiosidade – mesmo que fugindo um pouco ao escopo deste trabalho -- encontra-se atualmente disponível para venda um tipo de ‘babá eletrônica’ que ‘decodifica’ o choro do bebê para a mãe, configurando uma mãe também *cyborg*, dependente da tecnologia para compreender seu bebê.

²⁰¹ Ver capítulo 3.

mulheres de camadas populares, ao contrário, acreditavam que a maternidade começava apenas após o nascimento da criança e não procuravam “conversar” com o bebê dentro de seu corpo (Lo Bianco, 1985), ou seja, em uma mesma sociedade foi possível detectar diferenças culturais marcantes informando o modo como a gravidez era percebida em diferentes estratos populacionais.

Os dois trabalhos – o de Mitchell e Georges, comparando Canadá e Grécia, e o de Lo Bianco, estudando dois grupos de mulheres no Rio de Janeiro – apontaram para uma questão importante: a outra face da medicalização crescente da gravidez, da mulher e do feto, que implica um recrudescimento da disciplinarização e da normatização dos corpos tanto dos fetos quanto das mulheres, é o aumento da individualização, da interiorização, do investimento de afeto e sentimentos na maternidade. O biopoder e os dispositivos tecnológicos que o acompanham produzem, além de corpos úteis e dóceis, subjetividades hiperinvestidas de afetos e desejos.

Transformação: da imagem tecnológica ao feto-Pessoa

A avaliação e a padronização do desenvolvimento ‘normal’ da gravidez e do feto em nossos dias, nos grandes centros urbanos, passaram a ser necessariamente mediadas pela tecnologia. Por um lado, observa-se que a percepção da mulher acerca da evolução da gravidez é lateralizada, como se fosse ‘não-confiável’, e tende a ser ‘substituída’ pelo aparato tecnológico. Por outro, esse aparato media, modifica e fornece subsídios para a construção de novas sensações e sentimentos em relação ao seu feto, parte por antecipar a percepção da gravidez e parte por promover uma reconfiguração da sensorialidade materna através da fusão da visualidade com sensações táteis, conforme mencionado acima.

A partir da quinta semana gestacional, o feto é visualizável pelo ultra-som. A noção e a vivência subjetivas de ‘maternidade’ são assim antecipadas com relação ao que ocorria até os anos 1980: um processo denominado por Rayna Rapp de *fast-forwarding* (Rapp, 1997: 38). Segundo Rapp, o aspecto mais significativo do processo de personificação do feto é a determinação do sexo, que pode ser realizada (com maior grau de precisão) a partir da vigésima semana de gravidez.²⁰² O conhecimento do sexo do feto “aumenta a velocidade da gravidez”, deixando de ser um “ser imaginário” para tornar-se um

²⁰² A pesquisa de Rapp data de fins da década de 1990. Com a evolução da tecnologia, na atualidade, a determinação do sexo fetal pode ser feita com segurança, dependendo da posição fetal, a partir da 16ª semana

“menininho ou menininha” (Rothman, 1986 *apud* Rapp, 1997: 40).²⁰³ Fellous chamou a atenção para o fato de que nem sempre essa antecipação era vivenciada de forma positiva pelas mulheres. Para algumas, havia um sentimento de terem seu “segredo roubado” pela revelação do sexo do feto, a ecografia como uma interferência “quase insuportável”, uma “violência”, um impedimento de vivenciarem de forma gradual as mudanças que ocorriam no interior de seus corpos (Fellous, 1991: 26).

As tecnologias de imagem, assim como outras tecnologias laboratoriais, desempenham um papel relevante para a reconfiguração da subjetividade das gestantes, medicalizadas e monitoradas. É, assim, construída uma nova subjetividade para a mulher grávida, com a mediação da tecnologia,²⁰⁴ além da atribuição de subjetividade ao próprio feto, conforme será visto adiante.

A possibilidade de visualização das imagens fetais é um elemento potente para a constituição de um deslizamento de ‘feto’ para ‘bebê’, deste para ‘Pessoa’ e – com a intervenção da medicina fetal – ‘paciente’. Desse modo, é gerado um consenso, reforçado pelos mais variados tipos de imagem veiculadas pela mídia. Um exemplo significativo e um tanto bizarro dessa ‘transformação’ é fornecido por uma mensagem que circulou em correio eletrônico, a partir de fins de 1999, contendo em anexo uma fotografia intitulada “Mão Amiga”. Tratava-se de uma cirurgia em um feto de 21 semanas. Na imagem, vê-se o abdômen cortado da mãe e o útero exposto, com um corte de onde emerge a mão minúscula do feto segurando o dedo enluvado do cirurgião [Figura 22]. Segue-se o texto que acompanhava a foto:²⁰⁵

Assunto: Mão amiga

Data: Segunda-feira, 20 de Março de 2000 15:43

(...) Um fotógrafo que fez a cobertura de uma intervenção cirúrgica para corrigir um problema de espinha bífida²⁰⁶ realizada no interior do útero

gestacional.

²⁰³ Michel Soulé, psicanalista francês, alcunhou a ecografia obstétrica de “*interruption volontaire du fantasme*” em alusão à “*interruption volontaire de grossesse*” (Fellous, 1991: 10). Rapp pontua que o lento processo de tornar o bebê, já nascido, sexuado, é atropelado pela pressa de se saber o sexo do feto (Rapp, 1997: 40). Sobre sexo e gênero como construções sociais, ver também Laqueur (1990), Findlay (1995) e Butler (1999).

²⁰⁴ Há exames ultra-sonográficos nos quais são avaliados parâmetros físicos do feto que podem indicar a probabilidade de existência de anomalias. Em conversas no campo, alguns ultra-sonografistas referiram-se à grande ansiedade de muitas das gestantes no decorrer destes exames específicos (principalmente o da 11ª semana de gestação).

²⁰⁵ Há inúmeras leituras possíveis para este texto, a começar pela relação em torno dos feitos médicos, passando pela ciência-espetáculo, entre outras. Restrinjo-me aqui ao tema em foco, o da transformação do feto em ‘paciente’. A imagem remete de modo inequívoco ao detalhe do afresco de Michelangelo, na Capela Sistina, no qual o dedo de Deus toca o de Adão, dando-lhe vida.

²⁰⁶ Malformação congênita da coluna vertebral, causadora de graves seqüelas neurológicas.

materno num **feto de apenas 21 semanas de gestação**, numa autêntica proeza médica, nunca imaginou que a sua máquina fotográfica registraria talvez o mais eloqüente grito a favor da vida conhecido até hoje (...) [O fotógrafo] captou o momento em que **o bebê tirou a sua mão pequenina do interior do útero da mãe, tentando segurar um dos dedos do médico que o estava a operar** (...) A pequena mão que comoveu o mundo pertence a **Samuel Alexander**, cujo nascimento deverá ter ocorrido no passado dia 28 de Dezembro (no dia da foto ele tinha apenas 5 meses de gestação) (...) A vida do bebê está literalmente presa por um fio. **Os especialistas** sabiam que não conseguiriam mantê-lo vivo fora do útero materno e que **deveriam tratá-lo lá dentro**, corrigindo a anomalia fatal e voltando a fechar o útero para que o bebê continuasse o seu crescimento normalmente. (...) Agora, **o Samuel tornou-se no** [sic] **paciente mais jovem** que já foi submetido a este tipo de intervenção e, **é bem possível que, já fora do útero da mãe, Samuel Alexander Arms aperte novamente a mão do dr. Bruner** (...) (Grifos acrescentados).

O “feto de apenas 21 semanas de gestação” transforma-se em “bebê” e a ele foi atribuída uma intencionalidade no momento em que “tirou sua mão pequenina (...) **tentando segurar** um dos dedos do médico”. No momento seguinte, o feto que se transformou em bebê com uma intencionalidade, adquire um nome – “Samuel Alexander” – ainda dentro do útero da mãe. Em seguida, o ‘bebê’ com nome, intra-útero, torna-se um “paciente” e, finalmente – em uma projeção do futuro, pode-se visualizá-lo adulto, com nome e sobrenome, agradecendo ao médico que teria corrigido cirurgicamente sua anomalia. Há uma aceleração no tempo, que é reforçada pela imagem que vem em anexo ao texto, posto que a mão do feto é, de fato, uma minúscula e perfeita mão – humana.

Os artigos revisados, produzidos no exterior, apontaram e descreveram um fenômeno que gradualmente tornou-se corriqueiro nas sociedades urbanas contemporâneas: o da ampliação da medicalização da gravidez, do feto, e sua construção social como Pessoa antes do nascimento, mediada pela ultra-sonografia obstétrica – questões historicamente construídas e culturalmente informadas. Essa produção evidenciou o fato de que os aspectos culturais vigentes no campo informam e determinam de modo marcante a maneira como tal tecnologia é lidada e apropriada pelos atores nela envolvidos. Conforme mencionado na Introdução da tese, em virtude de não ter encontrado referências nem pesquisas acerca do tema, pelo prisma antropológico, no Brasil, decidi empreender um estudo etnográfico no Rio de Janeiro, cujo material é apresentado a seguir, distribuído em capítulos, cujos títulos correspondem a rubricas relativas aos aspectos observados no campo que me pareceram mais recorrentes e, assim, mais relevantes.



Fig. 22 - “Mão Amiga”

CAPÍTULO 5

VESTINDO O JALECO.

SOBRE A ENTRADA NO CAMPO E A POSIÇÃO DO OBSERVADOR.

[H]á três características da descrição etnográfica: ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o 'dito' num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se, e fixá-lo em formas pesquisáveis. (...) Há ainda, em aditamento, uma quarta característica de tal descrição, pelo menos tal como a pratico: ela é microscópica (Clifford Geertz, A interpretação das culturas).

A antropologia, ou pelo menos a antropologia interpretativa, é uma ciência cujo progresso é marcado menos por uma perfeição de consenso do que por um refinamento de debate. O que leva a melhor é a precisão com que nos irritamos uns aos outros (Clifford Geertz, A interpretação das culturas).

O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo do ano de 2003 em três clínicas privadas, designadas como clínicas A, B e C. Na clínica A, foram realizadas observações semanais, com tempo de duração variável, de janeiro a março de 2003. Nas clínicas B e C, foram feitas observações quinzenais do mesmo modo, alternadamente, no período de abril a setembro do mesmo ano, o tempo total somando cerca de 160 horas de observação.

As clínicas A e B tinham convênios com planos de saúde, mais caros ou mais baratos, que de certo modo distribuíam a clientela em termos de renda. A clínica C só atendia a exames particulares, com preços entre R\$ 110,00 e R\$ 1000,00. Uma peculiaridade dessa clientela derivava do fato de a clínica C manter um vínculo estreito com um centro de reprodução assistida. Por este motivo, havia mais gestantes consideradas 'idasas'²⁰⁷ e mais gestações múltiplas do que nas outras duas clínicas, assim como também um maior número de gestações 'de risco', do ponto de vista médico. *Grosso modo*, considere que a clínica A atendia predominantemente clientes de classe média e média/alta; a clínica B, classe média e média/baixa; a clínica C, classe média/alta e alta.²⁰⁸

²⁰⁷ Isto é, acima de 35 anos de idade.

²⁰⁸ Esta divisão não é rigorosa, já que não me detive em delinear na pesquisa um perfil socioeconômico das gestantes. Estabeleci esta classificação tomando por base a observação dos seus trajes, acessórios, eventualmente perfumes, e da sua linguagem. Os diferentes elementos denotavam diferentes níveis socioeconômicos e de instrução, assim como a localização das clínicas na cidade do Rio de Janeiro. A clínica

Optei por uma abordagem etnográfica do campo, utilizando o método de observação participante. Observava as ultra-sonografias das gestantes, em qualquer fase da gravidez e, durante os intervalos entre um exame e outro, interagia com os profissionais e os funcionários das clínicas. As conversas com gestantes e acompanhantes restringiam-se usualmente à explicação sobre a pesquisa e ao pedido de autorização para assistir ao exame. Durante estes, tomava notas e, mais tarde, construía relatos das situações e dos diálogos ocorridos em cada dia de observação. Ao todo foram observadas cerca de 200 ultra-sonografias obstétricas.

Na clínica A, nada foi solicitado no tocante à vestimenta e durante todo o tempo usei trajes comuns. O pedido de que vestisse o jaleco, nas clínicas B e C, catalisou diversas questões acerca da identidade da observadora, como médica e como antropóloga. Esta dupla inserção teve um caráter dinâmico e bastante significativo no decorrer da pesquisa, em relação aos atores desse universo e no meu olhar. De um modo geral, a minha presença na sala de exames pareceu ser mais perturbadora para os médicos do que para as gestantes. O modo como a perturbação era expressa diferiu de acordo com o gênero do ultra-sonografista.

5.1. O FAMILIAR E O EXÓTICO: SOBRE O OLHAR E O ESTRANHAMENTO

O ponto principal da presente discussão consiste no fato de buscar um olhar antropológico em ambiente médico tendo formação médica. Há, contudo, outras peculiaridades que complexificam o problema do estranhamento necessário à análise do material, e passo a explicitá-las. Meu pai é médico e sua graduação foi realizada quando eu era criança, mais precisamente entre meus três e nove anos. A especialidade que seguiu foi a radiologia, mas mesmo antes desta opção lidava com imagens radiográficas, trabalhando com abreugrafias em instituições, ao longo dos anos 1950 e 60. Longe de pretender elaborar um texto confessional, estas informações têm como objetivo situar a primeira questão com que me deparei: o fato de que a tecnologia de imagem médica – mais precisamente a imagem radiográfica e, intrinsecamente, uma noção mesmo que incipiente de ‘transparência’ do corpo humano – esteve presente em minha vida desde muito cedo,

A estava localizada na Zona Oeste, local de moradia de classe média em ascensão; a clínica B, na Zona Norte, área de classe média de menor poder aquisitivo, e a clínica C, na Zona Sul, área ‘nobre’ do Rio. A clínica B é uma das filiais de uma grande clínica, cuja matriz se encontra na Zona Sul. Em duas ocasiões, realizei observações na matriz – indicando nos fragmentos quando daí provêm.

fazendo parte da construção do meu olhar em termos de cultura visual. Muitos anos se passaram desde então, graduei-me em medicina – sendo, diga-se de passagem, para desespero do meu pai, incapaz de decifrar as imagens radiográficas, quaisquer que fossem – e optei por psiquiatria e psicanálise. Eis que, por injunções diversas, vejo-me interessada em desvendar questões necessariamente mediadas pela tecnologia de imagem médica. De acordo com DaMatta,

(...) [S]ó se tem Antropologia Social quando se tem de algum modo o exótico, e o exótico depende invariavelmente da distância social (...) vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa (...) **transformar o exótico no familiar e/ou transformar o familiar em exótico**. E, em ambos os casos, é necessária a presença dos dois termos (que representam dois universos de significação) e, mais basicamente, uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los (...) (DaMatta, 1978: 28) (Grifos originais).

Constatei que o primeiro passo ao abordar meu campo de pesquisa consistia em transformar o que me era muito familiar, em virtude das peculiaridades descritas acima, em exótico, de modo a poder torná-lo objeto de estudo e, em seguida, fazer o caminho de volta, transformando esse exótico em familiar em outro nível – por meio de tradução para uma linguagem antropológica.²⁰⁹ Ainda conforme DaMatta,

As duas transformações estão, pois, intimamente relacionadas e ambas sujeitas a uma série de resíduos, nunca sendo realmente perfeitas. De fato, o exótico nunca pode passar a ser familiar; e o familiar nunca deixa de ser exótico (DaMatta, 1978: 29).

O trânsito entre as duas esferas distintas em termos epistemológicos e práticos esteve presente todo o tempo durante o trabalho de campo e operou em diversos níveis, dos mais práticos aos mais abstratos. Do ponto de vista prático, por exemplo, facilitou imenso a minha entrada no campo, parte por ser médica e parte por ser meu pai pessoa conhecida no meio de especialistas em imagem, tendo inclusive fornecido alguns contatos preciosos.

Embora tivesse informado aos sujeitos da pesquisa que estava me propondo a uma investigação de um ponto de vista antropológico, freqüentemente os profissionais empenhavam-se em me fornecer explicações de cunho médico, ‘de colega para colega’, utilizando o jargão da profissão, ocorrendo assim uma espécie de aprendizado paralelo, cujo resultado consistiu em uma modificação efetiva na minha capacidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas que eram exibidas na tela do monitor. Esse aprendizado

²⁰⁹ Sobre o exótico e o familiar, ver também o texto clássico de Velho (1978).

quase involuntário tornou gradualmente as imagens mais familiares para mim, obscurecendo parcialmente a estranheza em torno do fato de diferentes tons de cinza serem, por assim dizer, ‘subjativados’ pelos atores. Por outro lado, o fato de eu conseguir, mesmo que precariamente, entender sozinha o que estava sendo visibilizado²¹⁰ na tela permitiu-me diversas vezes – por de certo modo ‘acompanhar’ em tempo real o que estava sendo visto pelo médico – focar a atenção em determinadas estratégias discursivas ou visuais do operador para dar ou evitar, por exemplo, fornecer más notícias à gestante.

Em alguns momentos, contudo, notei-me demasiado interessada em questões médicas, e percebia que era necessário disciplinar minha curiosidade, voltando o olhar para o que se passava na cena em termos mais amplos. Constatei que nessas conversas ‘de colega para colega’ utilizei-me conscientemente da familiaridade com o discurso médico e também do fato de ter uma genuína curiosidade sobre temas de medicina para estabelecer um contato menos formal e que me pareceu ser menos persecutório para os médicos e médicas que eu estava acompanhando. Com frequência, percebia-me falando a ‘língua dos nativos’, perguntando e debatendo assuntos médicos diversos, e observei que esse meu comportamento era bem recebido pelos meus informantes – profissionais – reduzindo eventuais tensões e inquietações manifestadas por eles sobre “*o que você tanto anota?*”²¹¹ no pequeno fichário²¹² de notas de campo.

²¹⁰ Utilizo os termos ‘visibilizar’ e ‘visibilização’ (em contraste com ‘visualizar’ e ‘visualização’) porque, em primeiro lugar, são termos nativos e consistem em uma distinção êmica. Em segundo lugar, cabe ressaltar que, a rigor, a tecnologia do ultra-som – assim como todas as tecnologias de imagem médica – ‘torna visível’, ou ‘visibiliza’ algo não acessível diretamente ao olhar. Reservei o termo ‘visualização’ para a situação direta que ocorria durante os exames: por exemplo, todos ‘visualizavam’ as imagens na tela do monitor.

²¹¹ Em todos os exemplos de falas do campo utilizei sublinhado sempre que a ênfase era do autor da fala, e **negrito** quando a ênfase era minha. Entre colchetes [] há comentários meus ou indicações de ações. As reticências correspondem a pausas nas falas dos atores, e as reticências entre parênteses (...) correspondem a edições do material. No texto, as falas dos atores estão entre aspas duplas e em *itálico*.

²¹² Optei por utilizar um fichário de tamanho mínimo – no qual repunha folhas, depois de cada período de observação – primeiro porque a sua capa dura oferecia apoio para que eu tomasse notas, o que em geral acontecia de pé, durante os exames, e também porque isto permitiu que as folhas com os registros diários fossem arquivadas separadamente.

5.2. PRIMEIROS CONTATOS E ENTRADA NO CAMPO

O primeiro contato que obtive foi com a médica da clínica B e ocorreu por meio de indicação de uma ginecologista-obstetra, que a recomendou como sendo uma referência em ultra-sonografia obstétrica. Dra. Lúcia²¹³ recebeu-me já sem jaleco, no fim do expediente de um sábado, e tivemos uma conversa de cerca de meia hora, na qual se mostrou muito à vontade e informal. Essa conversa encaminhou-se de modo não-planejado e se transformou em uma entrevista semi-estruturada. Demonstrou curiosidade pelo projeto, explicou – por solicitação minha – qual era a rotina de realização de exames ultra-sonográficos durante uma gravidez normal e, quando encerramos a conversa, colocou-se à minha disposição para que eu realizasse a observação a que me propunha. Embora afável, não me pareceu interessada em prolongar nosso encontro além do estritamente necessário.

O contato com o dr. Henrique, da clínica A, ocorreu por intermédio de um radiologista que eu conhecia de longa data. Do mesmo modo que a dra. Lúcia, recebeu-me no final do expediente, já em trajes comuns, em um dia de semana. Diferentemente dela, discorreu longamente sobre a profissão, contou casos e teceu críticas a determinados usos – no seu entendimento, abusos – na utilização de ultra-som na gravidez. Essa conversa teve a duração de cerca de uma hora e meia e, assim como ocorrera com a primeira médica, transformou-se em uma entrevista semi-estruturada. Do mesmo modo como havia procedido com a dra. Lúcia, iniciei perguntando sobre o que ele considerava como rotina, mas evidentemente o dr. Henrique estava interessado em expor também outras opiniões. Foi muito receptivo à pesquisa, tal como ela, e em determinados momentos da entrevista pareceu-me estar ministrando uma palestra.

Obtive o contato com o dr. Sílvio, dono da clínica C, mediante a indicação do dr. Henrique. A primeira abordagem foi telefônica e por meio dela fui aceita para observar as sessões ultra-sonográficas obstétricas realizadas na clínica, tendo o dr. Sílvio se baseado nas informações do dr. Henrique, que lhe havia dito que eu “*só assistia e tomava notas*”.²¹⁴ Ainda nesse contato, fez questão de me dizer que foi o primeiro a fazer ultra-som no Rio de Janeiro. Pediu-me que levasse um jaleco para observar os exames. Quando fui pela

²¹³ Nome fictício, como todos neste trabalho.

²¹⁴ A rigor, conhecia pessoalmente o dr. Sílvio há muitos anos, pois além de ter sido uma de suas primeiras clientes, ele é um médico muito conhecido e respeitado como especialista em ultra-som obstétrico e já havíamos nos encontrado em outras ocasiões, mas ao telefone ele não se lembrava de mim, obviamente.

primeira vez à clínica para preencher uma formalidade da pesquisa,²¹⁵ pedi para falar com ele que, poucos minutos após, veio ao meu encontro em trajes de centro cirúrgico. Nesse momento, reconheceu-me, dizendo: “Ah! Agora já sei quem você é!”, lembrando-se de umas reuniões de que participou com um grupo de psicanalistas. Conversamos um pouco sobre o que eu pretendia fazer; ele sabia eu que já havia observado a clínica A e disse: “Aqui você vai observar uma situação completamente diferente de clínica de convênio, os exames levam uma hora ou mais...”, o tom de sua fala sendo um pouco do tipo ‘aqui você vai ver como é que se faz de verdade, para valer’. Explicou que em geral, na parte da manhã, realizava diversos procedimentos – amniocentese, biópsia de vilos coriais, e outros –²¹⁶ e que neste caso poderia observar outros profissionais, pois eu havia explicitado que meu interesse estava focado apenas nas ultra-sonografias obstétricas. Dr. Sílvio apresentou-me à psicóloga da equipe, enfatizando que teve que enfrentar muita resistência dos médicos para a inclusão desta profissional no grupo. Quando nos despedimos, ele me indicou às atendentes, dizendo-lhes que eu ficaria freqüentando a clínica. Também muito receptivo, pareceu-me orgulhoso em mostrar seu estabelecimento e o renome profissional que havia construído.

Por motivos de conveniência de horários, iniciei a observação pela clínica A, nela permanecendo durante três meses. Ali eram realizadas ultra-sonografias ginecológicas, obstétricas e gerais. Durante esse período, acompanhei principalmente o dr. Henrique, referência principal desta clínica para os exames obstétricos, embora outros profissionais, quando ele estava ausente, também os executassem. Havia médicos que realizavam predominantemente exames ginecológicos ou gerais, derivando os obstétricos para o dr. Henrique. Foi no decorrer dessa observação que me surgiu uma dúvida acerca do quanto certos procedimentos eram peculiares a este médico por questões idiossincráticas. Em decorrência disso, entre outros motivos já mencionados na Introdução da Parte I, resolvi estender a observação para outras clínicas particulares, modificando portanto o projeto original. O contato com a clínica B já havia sido estabelecido e a obtenção de permissão para observar, concedida pelo dono da clínica C, deu à pesquisa seu contorno definitivo.

²¹⁵ Nas três clínicas, apresentei um projeto, que precisava ser assinado pelo responsável pelo setor, para ser aprovado pelo comitê de ética do IMS/UERJ, após o que dava início às observações.

²¹⁶ Amniocentese é o exame do líquido amniótico, em busca de anomalias cromossômicas. É realizado em torno da 16^a semana gestacional. Biópsia de vilos coriais consiste na extração de um fragmento da futura placenta e tem o mesmo objetivo que a amniocentese. É realizado entre a 11^a e a 13^a semana gestacional, e é um procedimento que apresenta mais risco para o feto do que a amniocentese. Os outros procedimentos relacionavam-se em geral à reprodução assistida.

5.3. DESCRIÇÃO DAS CLÍNICAS

Os detalhes de decoração das três clínicas, assim como os espaços de circulação e das salas de exames são significativamente diferentes e remetem ao nível socioeconômico da clientela atendida. Vale observar que, do ponto de vista estritamente médico, as três clínicas são muito bem conceituadas entre os obstetras e os ginecologistas. Talvez não por casualidade, devido ao modo como busquei locais para observação, verifiquei que os donos das clínicas B e C foram os primeiros profissionais que se estabeleceram na área de ultrassom no Rio de Janeiro.²¹⁷ O dono da clínica A investe pesadamente na aquisição de equipamentos de tecnologia de imagem médica de última geração – não apenas na área de ultra-sonografia – e representaria, por assim dizer, o ‘futuro’ em termos de imagem médica no Rio de Janeiro. De certo modo, sua credibilidade repousa parcialmente neste aspecto, em contraste com a credibilidade mais calcada no peso da ‘tradição’ das clínicas B e C. Percebe-se ser comum aos donos das três clínicas a preocupação em estarem ‘atualizados’, o que implica a aquisição de equipamentos cada vez mais sofisticados nos quais são investidos somas vultosas. A clínica B é uma das filiais de uma grande clínica de ultra-sonografia, em cuja matriz se encontram os equipamentos mais modernos. Em termos do nível de formação dos profissionais, as três clínicas se equivalem. Descrevo brevemente a seguir alguns detalhes que me pareceram significativos de cada uma delas.

Clínica A

Este consultório está situado em um grande *shopping* na Zona Oeste do Rio de Janeiro, ocupando um espaço na mesma área onde estão as lojas. Existe nesse *shopping* um ‘Centro Médico’ em um andar diferente, e há uma outra unidade desta mesma clínica de imagem dentro do Centro Médico, onde são realizados os exames de raios-X e ressonância magnética, gerais e pediátricos. A unidade na qual desenvolvi a etnografia é destinada exclusivamente a exames de mulheres: ultra-sonografia ginecológica e obstétrica, mamografia e densitometria óssea, e é denominada “A-mulher”.²¹⁸ O *shopping* é muito movimentado, cheio de gente e de luzes, é difícil encontrar a clínica, pois sua fachada é

²¹⁷ O primeiro aparelho de ultra-som obstétrico no Rio de Janeiro foi instalado na Maternidade-Escola da Faculdade de Medicina da UFRJ, em 1974.

²¹⁸ ‘A’ sendo o nome da clínica.

facilmente confundida com a das lojas – com portas de vidro com o logotipo pintado nelas.²¹⁹ Não há em seu aspecto externo nada que a distinga das outras lojas nem que denote tratar-se de um local destinado a uma prática médica.

A sala de espera é ampla, medindo cerca de 40m²; logo na entrada, à esquerda no alto, há um aparelho para retirar senhas de papel, como se encontra em alguns bancos, em grandes laboratórios de análises clínicas e em alguns setores de supermercados. À esquerda de quem entra há uma bancada com três computadores e recepcionistas com crachás, uniformizadas. Por trás da bancada, em um grande nicho na parede, vêem-se máquinas de cobrança de diversos cartões de crédito. O chão é de granito polido e as cadeiras em série fixadas ao chão estão dispostas ao longo das paredes e em uma fila no meio da sala, totalizando cerca de 30 lugares. Em um canto, está uma mesinha redonda, baixa, com uma garrafa térmica com café, copinhos descartáveis e um vidro grande com biscoitos *cream-cracker*. Em uma das paredes de alvenaria, há um quadro abstrato, em cor bege clara muito parecida com a das paredes, que são texturizadas. A outra parede é a do nicho com máquinas de cartão de crédito, e as duas restantes são envidraçadas, uma permitindo que se observe o movimento do corredor interno do *shopping* e a outra voltada para uma área externa, onde também há circulação de pessoas.

Ao se sentar na sala de espera, vê-se e se é visto, como se os clientes estivessem dentro de uma vitrine. Há alguns porta-revistas espalhados pela sala, contendo revistas do tipo *Caras*, e uma TV de 20 polegadas em um suporte, ligada permanentemente na TV Globo. O conjunto todo denota os cuidados de um decorador; o ambiente é discreto e impessoal e tanto poderia ser uma recepção de banco como de uma companhia aérea. Exceto pela atendente de jaleco longo que, de tempos em tempos, chama uma gestante pelo nome, para ser atendida, não há nenhuma indicação evidente de que se trate de uma clínica para exames. Mesmo o logotipo da clínica não pode ser imediatamente associado a nenhum símbolo indicativo de atividade médica.

Existem três portas de vidro: uma dá acesso ao interior do *shopping*; outra, para a área externa; uma terceira, de onde surge a atendente, para as salas de exame. Passando-se a porta de vidro que separa a sala de espera da área de exames, há um pequeno *hall* do qual saem dois corredores, um de cada lado. No corredor da esquerda, existem três salas para ultra-som e uma para densitometria óssea. Na sala 1 está um aparelho de ultra-som com 3D

²¹⁹ No logotipo, o termo ‘mulher’ encontra-se escrito em letra cursiva, na diagonal em relação ao nome da

– de última geração –²²⁰ e nas salas 2 e 3 encontram-se aparelhos um pouco mais antigos. As salas ficam na penumbra durante a realização dos exames. Em frente às portas destas vê-se uma fileira de quatro cubículos – os vestiários para as gestantes se trocarem, no caso de determinados exames.²²¹ No final desse corredor, está a sala de laudos, onde há uma bancada com alguns aparelhos de telefone, três cadeiras, cada uma de um tipo, e diversos negatoscópios²²² nas paredes. A sala é pequena, de cerca de 9m², e comunica-se com outra por onde circulam profissionais do setor de mamografia, além de várias atendentes.

Clínica B

A clínica está situada em um prédio comercial modesto na Zona Norte do Rio. A sala de espera é relativamente pequena (cerca de 3,5m x 4,5m). Há uma TV ligada, de 14 polegadas, exibindo um programa feminino de um canal de TV aberta que não consigo identificar. A cor e a imagem da TV são instáveis. Na parede, foram colocados pequenos quadrinhos, reproduções de aquarelas com paisagens de Paris. A bancada da recepção fica ao lado da janela, do lado oposto à porta de entrada. Há um computador e uma atendente uniformizada. Na parede, um grande aviso: “*Vendemos fitas de VHS*”.²²³ Em uma estante atrás da atendente estão maquininhas manuais para emissão de boletas de cartão de crédito e diversas pastas. A janela tem persianas verticais. Os bancos são em alvenaria e têm o encosto pregado na parede. Não chegam a ser desconfortáveis, se for uma espera curta. Em um canto há revistas, como *Veja* e *Casa Cláudia*.

À direita de quem entra na sala de espera há uma porta que dá para um pequeno corredor que leva às salas de exames e à sala de laudos. Esta é ampla e preenche diversas funções, pois ali circulam atendentes e médicas, que nela fazem refeições, preparam os laudos, agendam exames, trocam de roupa, fofocam. É também uma área em que as médicas discutem casos com os colegas, pelo telefone. Considerando a distribuição de espaços na clínica, esta parece ter sido uma sala grande que foi subdividida ‘n’ vezes com

clínica, que está grafado em letra de forma.

²²⁰ À época da observação, entenda-se. Diante da velocidade com que surgem inovações nesta área, atualmente já deve existir aparelhagem mais atualizada.

²²¹ Para os exames transvaginais, as gestantes deveriam sempre se trocar. Para os exames abdominais, eventualmente deveriam trocar a roupa, dependendo do que estivessem vestindo.

²²² Caixas iluminadas afixadas na parede, onde se prendem os exames de imagem para serem estudados e diagnosticados pelos profissionais.

²²³ Muitas gestantes trazem suas próprias fitas de vídeo para gravar as ultra-sonografias ao longo da gravidez. O anúncio de venda de fitas VHS tanto funciona como uma indução a tal prática como pode servir de socorro para as que esqueceram suas fitas em casa.

divisórias de eucatex, às vezes de modo oblíquo. Não há nenhum isolamento acústico entre as salas de exames, corredor e sala de laudos. Excetuando-se esta última, os outros espaços são bastante exíguos. A sala 2 e a de cardiocardiografia são verdadeiros cubículos; a sala 1, um pouco mais espaçosa, é fechada com portas sanfonadas, assim como as outras duas. A luz é sempre fraca, gerando uma penumbra na qual o monitor do aparelho se destaca. Há duas portas comuns, de madeira – a da sala de laudos e a do corredor dos exames – mas uma delas está despencando. Dentro da sala 1 existe uma divisória, demarcando um compartimento para a gestante trocar de roupa, quando necessário. Em suma, o consultório tem relativo conforto, mas é muito mais modesto do que a clínica A. Do mesmo modo, a clientela é de um padrão socioeconômico abaixo daquele da outra clínica. Assim como me chamava a atenção quando lá chegava uma paciente com aspecto mais humilde, nesta o que chama a atenção é justo o oposto. A maior parte da clientela é de pacientes de classe média ou média/baixa.²²⁴ A aparelhagem tem mais de 5 anos de fabricação, o que significa, traduzido em termos nativos, ‘ultrapassados’, ou quase.²²⁵

Clínica C

A clínica situa-se em um prédio comercial de alto luxo, um local onde só há consultórios de profissionais ‘medalhões’, muito conceituados e com consultas caríssimas, além de escritórios de multinacionais e outros. Logo na entrada há uma placa indicando que a clínica de ultra-sonografia funciona em conjunto com uma clínica de reprodução assistida. Entra-se por um longo corredor, decorado com quadros de grandes fotos coloridas de lindos bebês, gordinhos e fofos, fantasiados de flor ou de abelhinhas dispostas em uma colméia, em um estilo que se encontra em cartões de congratulações e em alguns livros.²²⁶ Desemboca-se em um balcão amplo, perpendicular ao corredor de entrada, com computadores e atendentes. Tanto para a direita como para a esquerda da recepção estendem-se corredores nos quais se enfileiram três pequenos compartimentos, separados por vidros, que seriam como ‘mini-salas’ de espera, individualizadas, cada uma com capacidade para não mais de quatro pessoas sentadas. Nelas há bancos de alvenaria em ‘L’, estofados, e revistas do tipo *Seu filho e você*. A parede oposta à entrada desses seis

²²⁴ Ver nota 208.

²²⁵ Na matriz desta clínica os aparelhos eram mais modernos. Ver adiante, item 5.3.

²²⁶ A fotógrafa (Anne Geddes) que criou este estilo de fotos registrou a marca que hoje movimentava fortunas, com *sites* na Internet e toda uma indústria de artigos para bebês, além de livros, pôsteres etc.

‘casulos’ é envidraçada, com uma vista absolutamente deslumbrante da paisagem à volta. O teto é rebaixado, as paredes são cor salmão até cerca de 80cm do chão, e daí até o teto, cor amarelo-claro. A estampa do estofado é florida, misturando essas cores. Mais uma vez, nota-se o dedo de um decorador, embora de gosto um tanto duvidoso, pois há uma certa saturação visual no ambiente, uma vez que as mini-salas de espera medem apenas cerca de 1,80m x 1,80m.²²⁷

Do final das duas alas de ‘casulos’ saem perpendicularmente os corredores que levam às salas de atendimento. O corredor à direita do balcão de entrada é o das salas de ultra-sonografia, uma de cada lado, sendo ambas muito amplas e confortáveis. A aparelhagem das duas é de última geração. As duas salas têm a luminosidade diminuída quando os exames se iniciam, mas esta clínica mantém as salas de ultra-som mais claras do que as outras duas. No final do corredor do ultra-som, há dois grandes toaletes e uma pequena sala que funciona para a administração da clínica.

O aspecto que desejo sublinhar e que salta aos olhos na comparação da arquitetura das três clínicas consiste na distribuição de espaços que propiciam o direito à privacidade, que parece ter como que um ‘gradiente’ decrescente, cujo ponto máximo seria ocupado pela clínica C, com seus ‘casulos’ de sala de espera individual, e no ponto mínimo estaria a clínica B, cujas salas de exame não dispõem de isolamento acústico algum, sendo possível ouvir-se – estando do lado de fora – tudo o que se passa dentro delas. A clínica A, neste particular, ocuparia uma posição mediana.

O ‘direito à privacidade’ também ficava evidenciado pela arquitetura e pelo espaço destinados à troca de roupa das gestantes: na clínica C, havia dois grandes toaletes, nos quais estavam disponíveis chinelos e aventais de pano para as clientes. Uma vez trocada a roupa, a gestante dirigia-se diretamente para a sala de exames, onde era aguardada pelo médico ou médica. Na clínica A, havia pequenos cubículos para a troca de roupa, e as gestantes deveriam permanecer neles até serem chamadas pela atendente, quando então se dirigiam para a sala de exames e lá aguardavam a chegada do médico. Na clínica B, existia um pequeno nicho sem porta dentro de uma das salas de exames, no qual a gestante deveria se trocar, e tudo acontecia ao mesmo tempo, sendo comum a médica e eu entrarmos e a gestante estar ainda mudando de roupa. Este detalhe sutil também apontou para a existência de diferenças nas relações hierárquicas médico-cliente, o que se evidenciou ao

²²⁷ Especulo se teria existido a idéia de criar um ambiente ‘aconchegante’ e ‘alegre’, com muitas cores.

longo da observação.

Na clínica C, que atendia uma clientela de alto nível socioeconômico, os clientes tinham um tratamento *vip* e os médicos mostravam-se especialmente solícitos no atendimento rápido às demandas deles advindas. Na clínica A, observei que, do ponto de vista discursivo, os médicos e médicas colocavam-se em uma posição hierarquicamente superior às clientes, embora eles não tornassem evidente tal noção no trato direto com elas, sempre gentil. Por exemplo, era comum as atendentes transmitirem aos médicos reclamações das gestantes por atrasos e confusões no atendimento, geralmente recebidas com irritação pelos profissionais. As falhas eram sempre atribuídas ao mau treinamento e à incompetência das atendentes ou a confusões das próprias gestantes, embora por vezes ficasse visível que a falha não era de nenhuma delas.²²⁸ Na clínica B, que atendia gestantes de menor poder aquisitivo, a médica que acompanhei adotava uma atitude totalmente descontraída em relação a todos – profissionais, atendentes e gestantes – e em momento algum foram evidenciados discursos ou práticas da parte dela que indicassem a existência de qualquer tipo de hierarquização. Dirigia-se às gestantes sempre de modo muito coloquial, irreverente e engraçado e nunca pareceu buscar estabelecer credibilidade calcada na construção de uma hierarquia. Não se pode ignorar obviamente a existência de diferenças idiossincráticas entre os profissionais nem o fato de que, nas três clínicas, estava implícita uma hierarquia baseada no saber dos médicos que realizavam os exames.²²⁹ Contudo, havia diferenças no ‘clima’ existente no cotidiano das clínicas no que dizia respeito a como as clientes eram percebidas e atendidas em geral.

Pareceu-me também ser possível estabelecer uma gradação no que tange à escala de sofisticação tecnológica da aparelhagem. A clínica C dispunha de equipamento de última geração – entenda-se, aparelhos com possibilidade de realização de todo tipo de exames, desde o ultra-som 2D até o *doppler* e o 3D – em uma das salas.²³⁰ No decorrer do período da observação, foi adquirido mais um aparelho capaz de realizar exames 3D. Além dos monitores dos aparelhos, nesta clínica cada sala dispunha de uma TV de 29 polegadas para

²²⁸ Refiro-me a atrasos na hora de chegada dos médicos que, por vezes, provocavam grande tumulto nos horários dos exames.

²²⁹ Retornarei a este ponto adiante.

²³⁰ Há diversos tipos de exames possíveis, utilizando a tecnologia de ultra-som: o ultra-som simples, que fornece as conhecidas imagens cinzentas em 2D, o *doppler*, que permite avaliar as condições da circulação sanguínea fetal e materna, e o exame 3D. Os aparelhos mais sofisticados e modernos permitem a realização dos 3 tipos de exame; os mais antigos apenas realizam ultra-sonografias simples.

que a gestante assistisse ao exame. Na clínica A, existiam um aparelho de 3D, um que realizava apenas exames de ultra-som 2D e outro que permitia a realização de 2D e *doppler*.²³¹ Na sala 1, havia uma TV de 20 polegadas para que a gestante e acompanhantes assistissem ao exame. Na clínica B, os aparelhos tinham mais de cinco anos de fabricação; um deles permitia também a realização de *doppler* e o outro, só mesmo exames de ultra-som 2D. Não havia TV dentro das salas.

5.4. VESTINDO O JALECO, ENTRANDO NA SALA

Ao chegar para o primeiro dia de observação, na clínica A, enquanto me debatia em questões de como me inserir nas sessões ultra-sonográficas, o dr. Henrique me chama, dizendo: “*Vamos?*” Sigo-o um tanto desconcertada, ele entra na sala de exames, cumprimenta sorrindo a gestante, que já estava deitada na maca, com um “*Olá, como vai?*” e, em seguida, aponta para mim, dizendo calmamente: “*Esta aqui é a dra. Lilian, ela está me acompanhando hoje.*” A gestante me olha, sorri cumprimentando e volta toda a sua atenção para o exame, que é iniciado sem delongas. Fico pensando sobre como as coisas se passaram, principalmente no fato de eu ser uma presença imposta pelo médico, mas ninguém parece se importar e, menos ainda, se incomodar com esse ‘pormenor’.

Durante todo o período em que permaneci na clínica A, este foi o procedimento usual. Quando a partir de um certo momento passei a tomar notas no fichário, algumas vezes fui inquirida pela gestante ou pelo acompanhante sobre que tipo de estudo eu estava fazendo. De todo modo, pela forma como o médico me apresentava e pelo fato de estar trajando roupas comuns, pareceu-me ser evidente para gestantes e acompanhantes que eu era alguém que não pertencia ao *staff* da clínica. As gestantes tinham um vínculo afetivo significativo com o dr. Henrique – eram clientes **dele**, mais do que da clínica – e faziam questão de serem atendidas por ele, tanto as que já o conheciam pessoalmente quanto as que apenas tinham ouvido falar nele.²³² Os exames duravam em média 20 minutos e às vezes havia longos intervalos entre um e outro.

A decisão de alternar as observações entre as clínicas B e C deveu-se à

²³¹ É possível que esta situação tenha se modificado, pois tanto a clínica A quanto a C tinham como preocupação explícita a atualização do equipamento, um discurso que não foi evidenciado na clínica B.

²³² Mais tarde fiquei sabendo que até cerca de três anos atrás, o dr. Henrique ainda dava plantão em maternidade como obstetra, o que pode em parte esclarecer seu carisma junto às gestantes e seu modo tranquilo de lidar com situações eventualmente embaraçosas para outros profissionais. Voltarei a este ponto adiante.

possibilidade de fazer uma observação contrastiva, posto que a clínica B, assim como sua clientela, era muito mais modesta do que a clínica C. Os contatos para o início formal da pesquisa ocorreram na mesma época,²³³ tendo o pedido explícito do dr. Sílvio me despertado a atenção para a eventual necessidade de eu portar jaleco também na clínica B, o que de fato ocorreu no primeiro dia de observação. Dra. Lúcia me chama: “*Vamos?*”, acompanho-a, ela entra na sala e não me apresenta. Sinto um certo mal-estar, fico pouco à vontade para tomar notas durante o exame, parte por não ter sido apresentada – o que tornava minha presença inexplicável para as gestantes – parte por estar de jaleco. Em suma, tenho a impressão de estar sendo uma intrusa. Sinto-me desconfortável em relação às gestantes, como se estivesse ‘disfarçada’, praticando algo ilícito. Contudo, nada me ocorre que possa parecer com uma solução para esse mal-estar. Os exames nesta clínica duravam entre cinco e 10 minutos e sucediam-se sem nenhum intervalo. Nessa primeira tarde, observei o dobro do número de exames que costumava observar em dias inteiros na clínica A, uma atividade exaustiva, sem tempo para pensar. Percebi que ter de vestir o jaleco havia introduzido um elemento novo na observação no tocante a como me situava no campo.²³⁴

A solução só surgiu na semana seguinte quando, na clínica C, também trajando jaleco, fui apresentada pelo dr. Sílvio à gestante e ao acompanhante dentro da sala de exames como: “*Esta é a dra. Lilian, que trabalha conosco aqui na clínica.*” Fiquei sem ação, obviamente não era o caso de desdizer o médico naquele momento, mas definitivamente a apresentação não correspondia à verdade. Ocorreu-me então proceder diferentemente do que vinha fazendo até então: apresentar-me às gestantes na sala de espera, explicar brevemente que tipo de trabalho estava fazendo e pedir permissão para observar sua ultra-sonografia. Solução simples e óbvia, mas de implementação delicada, pois tive receio que o dr. Sílvio fosse vetar meu intento, por medo de que esta interferência fosse ‘espantar’ a clientela que, rica, não gostaria de ser ‘objeto de estudo’.²³⁵ De fato, o dr. Sílvio estranhou quando o consultei mas, embora relutante, acedeu ao meu pedido.

A partir de então, passei sempre a conversar brevemente com as gestantes, tanto da

²³³ O contato inicial com a dra. Lúcia fora estabelecido mais de um ano antes de eu iniciar o trabalho de campo, tendo sido restabelecido na mesma época em que decidi modificar o contorno da pesquisa e contatei o dr. Sílvio.

²³⁴ Outros pesquisadores, oriundos da área de Ciências Sociais, desenvolvendo etnografias em ambiente médico, também fazem referências e discutem a solicitação de vestir o jaleco. Cf. Taylor (1998). O ponto que desejo explorar consiste no que significou vestir o jaleco sendo médica, como se de algum modo fosse uma ‘volta às origens’, contraposta à minha identidade como pesquisadora em antropologia.

²³⁵ Relembrando, duas das peculiaridades desse grupo de gestantes consistiam em haver mais gestações ‘de

clínica C quanto da B, explicando que era médica e fazia uma pesquisa antropológica sobre ultra-sonografia, situando, portanto, o que fazia dentro da sala com meu fichário. Com a mudança de atitude diante das gestantes e acompanhantes, percebi estar muito mais à vontade, por exemplo, para tomar notas, e ficou claro o quanto o esclarecimento sobre minha posição de observadora para **todos** os atores da cena observada – e não apenas para os profissionais – tivera uma repercussão significativa sobre o modo como me sentia enquanto pesquisadora, e penitenciei-me por não ter tomado esta atitude na clínica A.

Um aspecto interessante a considerar é que em geral as gestantes ficavam surpresas com o meu pedido de permissão para assistir ao exame, como se fosse ‘natural’ alguém, que não o médico, estar presente na sala. Apenas uma vez, na clínica C, a gestante recusou meu pedido, dizendo encontrar-se em um momento delicado e não querer a presença de estranhos na sala e, mesmo assim, pediu desculpas diversas vezes. Exceto esta mulher, nenhuma grávida pareceu considerar a minha presença como uma invasão de privacidade, provavelmente por o exame conter de modo intrínseco uma ‘naturalidade’ de expor suas entranhas. Outro possível fator deveu-se a ser eu mulher – com idade para ser mãe da maioria das gestantes – e me apresentar como médica, ainda que informando que fazia uma pesquisa na área de antropologia.

5.5. AS VICISSITUDES DA PRESENÇA DA OBSERVADORA

Na clínica A, desde o início da observação foi possível perceber que os profissionais se sentiam mais desconfortáveis com a minha presença do que as gestantes, fosse na sala de exames, fosse na sala de laudos, para onde eu os acompanhava entre um e outro atendimento. Durante os exames, esse desconforto era expresso de modo muito sutil, perceptível através de demasiadas explicações científicas supostamente fornecidas à gestante, mas evidentemente dirigidas a mim. Posso afirmar isto com segurança, pois à medida que o tempo passou houve uma diminuição no número de explicações, denotando que seu exagero nada tinha a ver com o exame em si.

Nessa clínica, diferentemente das outras duas, por vezes havia longos intervalos entre dois atendimentos. Na sala de laudos, o desconforto expressava-se sempre através de brincadeiras, diretas ou indiretas. Os médicos e médicas nesta clínica cotidianamente mantinham entre si um relacionamento bem-humorado, sendo muito comum haver

risco’ do que nas outras duas clínicas, e em serem pessoas de nível socioeconômico muito alto.

brincadeiras, piadas ou gozações recíprocas, nas quais fui rapidamente incluída.²³⁶ Pelos dois motivos, a maior quantidade de exemplos de desconforto advém da clínica A, em especial se considerarmos a forma jocosa um modo possivelmente mais fácil de formular e expressar sentimentos de mal-estar.

As manifestações diretas do que interpretei como algum desconforto diante da minha presença consistiam em dizerem rindo, no meio de uma conversa: “*Ih! Cuidado com o que ela vai pensar da gente! Um bando de malucos!*” Nesses momentos, percebia que eu estava sendo vista efetivamente como alguém de fora do grupo, porém era um tanto vago em qual categoria me inseriam, se psicanalista ou antropóloga. Esta percepção um tanto confusa sobre o que eu estava fazendo lá também se apresentava sob a forma de colaboração, como na seguinte situação:

Chego na clínica (A), a sala de laudos está vazia, todos os médicos estão ocupados. Logo em seguida entra Henrique, me cumprimenta afetuosamente, dizendo: “*Puxa, você perdeu! A descompensação de um pai quando soube o sexo! A clínica parou! **Aquilo é para analisar.** Tive que parar o exame, dizer ‘pera aí’... Parecia jogo de futebol! O cara berrava feito um louco!*” Em seguida entra outra médica, comentando ao me ver: “*Puxa! Você não sabe o que aconteceu! Um exame do Henrique, o pai deu um berro, eu até saí da sala para ver o que estava acontecendo! **Você tinha que estar aí! P’ro teu trabalho...***” (Clínica A).²³⁷

Eventualmente, surgiram manifestações indiretas com inequívoco caráter persecutório:

Enquanto tomo notas, presencio uma conversa sobre um panetone que o dr. Henrique dera para a dra. Priscila, mas que esta não levava para casa. De fato, eu havia observado que o panetone tinha permanecido na prateleira de uma semana para a outra. Henrique diz em tom de galhofa que vai levar de volta, e alguém comenta rindo: “*Panetone? Isso não é panetone coisa nenhuma! **Isso é uma câmara escondida!***” Todos riem, e Henrique diz, também brincando: “*Mas isso é antiético! Tinha que ter aquele cartaz ‘Sorria, você está sendo filmado’! Vou processar...*” (Clínica A).

Outro comportamento que entendi como desconforto, com ‘toques persecutórios’, foram tentativas em tom semi-jocoso de ‘cooptação’, sugerindo que eu estava sendo vista como uma espécie de ‘auditora’:

Dra. Priscila comenta comigo que os ultra-sonografistas são

²³⁶ Assim como foi apontado por Geertz em Bali, também neste meio “ser caçoado é ser aceito” (Geertz, 1989b: 282).

²³⁷ Reiterando: os termos sublinhados correspondem a ênfases da fala dos atores, enquanto os termos em **negrito** são ênfases minhas.

tratados como a “escória” da clínica, porque “*Ultra-som não dá lucro*” e, além disso, há o contato médico-paciente, o que não ocorre em outras tecnologias: “*As reclamações são sempre do ultra-som... é o único serviço que não tem chefe, cada um é responsável pelos exames que faz... Você vê que todos os outros serviços têm um chefe.* [Aponta para minhas anotações]. *Vê se você fala bem da gente, aí!*” (Clínica A).

Na clínica A, acompanhei principalmente o trabalho do dr. Henrique, embora por vezes fosse possível observar exames realizados por médicas. Percebi que elas eram mais silenciosas durante a realização dos exames, e surgiu-me uma indagação acerca da possibilidade de Henrique estar se exibindo para mim. Ao longo do tempo, comparando com as atitudes de médicos e médicas no tocante a este aspecto, nas clínicas B e C, consolidou-se a impressão de que, para além das peculiaridades pessoais, as médicas mantinham atitudes aparentemente mais relaxadas, pouco tensas e exibiam menos ‘conhecimentos científicos’ durante os exames do que os médicos. Contudo, curiosamente – ou nem tanto – em conversas com os profissionais, ao perguntar-lhes diretamente se minha presença durante os exames os incomodava, todas as médicas, com exceção da dra. Lúcia, confessaram-se tensas comigo nos primeiros exames que observei, enquanto a resposta dos médicos – dr. Henrique e dr. Sílvio – foi enfática: “*Em absoluto, não me incomoda em nada!*”, tendo o dr. Sílvio acrescentado: “*Eu até gosto!*” No entanto, minha impressão era justo o contrário.

Na clínica C, durante os exames, tinha lugar um tipo de conversa entre o dr. Sílvio, a gestante e os acompanhantes em torno de questões médicas que evidenciava uma preocupação marcante do médico de que o exame se constituísse mais em um procedimento científico do que em um ‘evento social’ – um dos fantasmas temidos e depreciados pelos profissionais da área. Na prática, contudo, não deixava de ser um evento social, só que revestido do que denominei – para meu uso – de uma ‘medicalidade explícita’.²³⁸

Na clínica A, as gestantes pareciam não se incomodar com minha presença. Apenas

²³⁸ Por cenas de ‘medicalidade explícita’ refiro-me a um tipo de explicação fornecido às gestantes em tom professoral, durante os exames. Eram explicações rebuscadas, contendo muitos termos científicos. Mesmo sendo médica e já estando relativamente familiarizada com os termos do campo, freqüentemente não conseguia acompanhar tais explicações. Pergunto-me se gestantes e/ou acompanhantes conseguiam entender realmente o que estava sendo dito e se essa atitude do médico era reasseguradora para eles. A rigor, pareceu-me que esse tipo de atividade tinha um caráter de ‘exibição de conhecimentos’ – para todos os presentes ao exame, inclusive a observadora – e funcionava predominantemente como um reassseguramento para o próprio médico.

algumas vezes percebi que me observavam de esguelha, enquanto tomava notas. Eventualmente, perguntavam o que eu estava estudando. Um aspecto que vale ressaltar é que as imagens ultra-sonográficas parecem exercer um poder quase hipnótico, sendo difícil para todos – inclusive para mim nos primeiros tempos de observação – despregar os olhos da tela do monitor do aparelho ou da TV a ele conectada (existente apenas nas clínicas A e C). Nesse sentido, é que me pareceu que, para as gestantes, o fato de eu estar na sala tinha um caráter secundário. Por outro lado, contudo, na clínica A, quando havia situações tensas, principalmente preocupação com possíveis patologias, dei-me conta um dia que minha presença poderia representar um motivo a mais de intranquilidade para as grávidas.

O motivo deste ‘acréscimo de preocupação’ estaria relacionado ao fato de eu ser visivelmente mais velha que o médico, isto podendo significar para a gestante algo como uma opinião ‘mais abalizada’ sobre o assunto do que a do médico que realizava o exame. Uma vez tendo percebido este aspecto, sempre que se evidenciava alguma situação assim, eu parava de tomar notas e conseguia de algum modo dar a entender, implícita ou explicitamente, que o fato de eu estar ali não se vinculava a motivos de gravidade em termos médicos. Nas clínicas B e C, a partir do momento em que passei a solicitar autorização para assistir ao exame, explicando que tomava notas durante a sessão e por que o fazia, minha atitude de anotar não pareceu provocar nenhum incômodo adicional. Mesmo assim, houve situações de tal angústia, em especial na clínica C, que, em respeito à gestante, parava com minhas anotações e fazia algumas intervenções conversando. Vale também observar que a dra. Lúcia, o dr. Sílvio e eu pertencemos à mesma geração, diferentemente do dr. Henrique, uns dez anos mais jovem.

Last but not least, o fichário em si como um fator de interferência. Inicialmente tomava notas ao chegar em casa, mas em virtude da quantidade de informações, da variedade de situações que se sucediam de modo muito rápido – em suma, da riqueza e da densidade do material – a partir do 3º dia de observação, na clínica A, optei por tomar notas diretamente. Senti que não havia outra saída senão anotar no ‘local da ação’, sob pena de empobrecer muito a etnografia que me propunha a fazer. Com o tempo, desenvolvi um tipo de registro quase estenográfico.

Nas três clínicas, o meu fichário minúsculo foi sempre uma fonte inesgotável de curiosidade, de comentários e, principalmente, de gozações por parte de médicos, médicas e atendentes. As reações variavam desde perguntas diretas do tipo “*O que você tanto escreve aí? Vou querer ver...*”, até perguntarem o que eu fazia com as notas, se passava

para o computador e, a mais importante e recorrente de todas: “*O que você vai fazer com essas anotações? Dá mesmo pra extrair alguma coisa daí?*” Como a segunda pergunta correspondia também a uma grande dúvida minha, em especial no início das observações, eu geralmente respondia à primeira, dizendo que fazia relatos reconstituindo o que tinha visto e à segunda dizendo que esperava ardentemente poder ‘extrair alguma coisa daí’.

Meus relatórios foram elaborados de maneira modular, estando divididos entre as observações das sessões ultra-sonográficas, uma a uma, e um diário de campo, no qual registrava as conversas e o que eu notava de um modo geral. Assim, adotei a prática de, ao menos uma vez, na observação seguinte trazer para o profissional cujos exames eu havia observado uma cópia do relato de **um** exame. Todos eles se mostraram muito satisfeitos com esse procedimento, e eu selecionava os exames em que tivessem havido mais conversas registradas e poucas observações minhas sobre os comportamentos do profissional, visando evitar aumentar um possível sentimento persecutório. Muitos manifestaram surpresa: “*Nossa! Como você vê tanta coisa acontecendo!*”, ou então: “*A gente fica só ali procurando imagens, nem repara nisso tudo que você viu.*”

Para uma avó preocupada, na clínica A, o fichário de notas gerou ansiedade:

Dr. Henrique: ‘Tá pronto pra nascer, ‘tá tudo muito bem.
 Avó: [Olhando preocupada para mim, mas falando com Henrique]
 Você vai acompanhar?... na sala de parto?... [Dirige-se a mim] ‘Tá tudo bem mesmo? Tô vendo você anotando aí o tempo todo!...
 (Clínica A).²³⁹

Na clínica C, em um dado momento o dr. Sílvio pediu-me expressamente que trouxesse o relato de uma sessão ultra-sonográfica que fora particularmente difícil, pelo fato de o feto apresentar um defeito congênito e o marido da gestante não querer de modo algum que a esposa fosse informada do problema.²⁴⁰ O médico pretendia discutir a situação com a equipe, e fiquei satisfeita de poder retribuir de algum modo a acolhida que estava recebendo. Percebi naquele momento que estava sendo vista como alguém de fora que trazia um outro olhar que, de alguma maneira, poderia ser útil para os profissionais.

²³⁹ Na reprodução dos diálogos, utilizei G para todas as gestantes e P para seus parceiros. Termos de parentesco, tais como ‘avó’, foram utilizados sempre tomando o feto como referência. Todos os nomes utilizados são fictícios. Vale notar ainda neste fragmento que aparentemente esta avó sabia que Henrique havia sido obstetra.

²⁴⁰ Este caso será abordado adiante por alguns ângulos diferentes, nos capítulos 6 e 7. Chamarei esta gestante de **Tânia**.

5.6. SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES DE PODER NA OBSERVAÇÃO ETNOGRÁFICA

Conforme aponta Geertz (1984: 134), um aspecto essencial necessariamente presente em uma etnografia repousa na interpretação do que está sendo focalizado. Para tal, é necessário conhecer e entender os elementos que se apresentam, decodificando seus significados para o grupo em questão. Nesse sentido, o fato de estar familiarizada com a cultura médica e com o jargão corrente entre os profissionais representou um aspecto facilitador na elaboração da etnografia e, de certo modo, poupou um tempo precioso de aprendizagem da ‘língua nativa’, que teria sido necessária caso não existisse esse conhecimento prévio. Conforme sublinham Becker & Geer, erros de interpretação sobre o teor do material fornecido pelos informantes estão calcados no fato de que “frequentemente não entendemos o que não estamos entendendo e assim ficamos propensos a cometer erros ao interpretarmos o que nos é dito” (Becker & Geer, 1978: 77). Este é o lado positivo do fato – eventualmente problemático, dificultador de estranhamento – de ter uma formação médica e buscar uma visão antropológica em ambiente médico.

Outro ponto que me pareceu merecedor de uma reflexão mais aprofundada diz respeito às relações de poder estabelecidas no campo. Essas relações tinham um caráter dinâmico e cambiante que não pode ser ignorado, sob pena de superficializar e tornar caricata a etnografia. Dependendo do momento e da situação, mudava o ator ‘detentor’ do poder, o qual tinha, por assim dizer, áreas de concentração.

O profissional que realizava o exame era quem ‘concentrava’ o poder na maior fração de tempo, parte por estar investido do poder médico, mas principalmente por ser quem dispunha da maior possibilidade de decodificar e traduzir as imagens que todos viam. Contudo, não apenas frequentemente as gestantes ‘aprendiam’ a ver, decodificando sozinhas o que estava sendo mostrado na tela do monitor como – a partir do momento em que determinadas estruturas do feto eram identificadas e explicadas pelo médico ou médica, preenchendo de significado as sensações maternas – elas se sentiam então ‘empoderadas’ e, de certo modo, ‘mais donas’ de seus fetos. Além deste aspecto, comumente as gestantes ou os acompanhantes faziam solicitações para que fosse visualizada determinada parte do corpo fetal – em especial a genitália – em tons que variavam de ‘pedidos’ até verdadeiras ‘ordens’, que via de regra os profissionais se apressavam em atender.

Diferentemente do que se encontra descrito na literatura antropológica produzida no exterior sobre ultra-sonografia obstétrica – em especial, nos EUA e na França –²⁴¹ na qual está relatado que com frequência as gestantes se sentiam devassadas e submetidas pelo poder médico, no grupo etnografado essas relações pareciam fluir de modo bastante sereno. Uma possibilidade para se entender este aspecto consiste em pensar que talvez nesse universo o poder médico fosse de tal modo ‘naturalizado’ no tocante à gestação, correspondendo ao avanço da medicalização da gravidez, que os profissionais de ultra-som, que pelo menos ‘permitiam’ às gestantes ‘verem’ seus fetos e assim ‘se apropriarem’ deles, passaram a ser percebidos pelas grávidas mais como seus ‘aliados’ do que os seus próprios obstetras. Conforme disse uma gestante citada orgulhosamente pelo dr. Henrique: “*Meu médico é você, que me mostra o neném... o obstetra só mede, me pesa, e mais nada*”.

A medicalização da gravidez, por seu turno, insere-se em um contexto mais amplo de medicalização e devassamento do corpo feminino, determinado por um longo processo histórico e cultural, parcialmente discutido acima.²⁴² Este contexto mais vasto pode explicar em alguma medida o espanto das gestantes diante de meu pedido para assistir aos seus exames, indicando que o pressuposto básico seria de que o interior de seus corpos estivesse, por princípio, disponível para ser visto por quem se encontrasse na clínica. Não se pode ignorar também que eu me apresentava como médica, explicando em seguida qual era o foco de minha observação, o que possivelmente contribuía para a pronta aceitação do pedido. Contudo, volto a sublinhar que o ponto que me chamou particularmente a atenção não foi a pronta aceitação, e sim o **espanto** manifestado por boa parte das mulheres quando eu fazia tal solicitação. Pensando retrospectivamente sobre a clínica A, parte inicial do trabalho de campo, quando eu ainda não solicitava a autorização das gestantes, emerge um sentimento de desconforto relacionado ao entendimento de que minha presença na sala de exames representou – do ponto de vista das relações de poder – uma imposição do médico para as gestantes, mesmo que do ponto de vista prático não tenha sido manifestado nenhum mal-estar por parte das mulheres que observei.

Considerado pelo prisma da possibilidade de decodificação das imagens, o profissional era quem concentrava o poder durante os exames. Contudo, tal situação

²⁴¹ Diversas autoras dedicaram-se ao tema a partir da década de 1990. Destaco, entre elas, Rapp (1997; 1998; 1999), Petchesky (1987), Browner & Press (1996), Duden (1993), Heriot (1996), Mitchell (1984), Georges (1996), Mitchell & Georges (1999), Fellous (1991), Taylor (1998) e Stabile (1998).

²⁴² Ver capítulos 3 e 4.

parecia sofrer um sutil abalo quando eu me encontrava na sala, pois eu me dispunha, de forma implícita e de maneira análoga aos profissionais, a também decodificar algo que ali se passava, ‘ver’ nos gestos, imagens, interações e falas aquilo que não era imediata ou facilmente visível. Isto pode explicar – ao menos parcialmente – o desconforto dos profissionais com a minha presença, e a relativa indiferença das gestantes quanto a ela, posto que já estavam sendo escrutinadas por um saber cujo manejo não estava ao seu alcance, enquanto os médicos não estavam acostumados a ser, eles mesmos, objeto de escrutínio alheio.²⁴³

Conforme já foi exposto, as médicas confessaram abertamente se sentirem tensas com a minha presença, embora na prática me parecessem mais à vontade do que os médicos. Estes muitas vezes desdobravam-se em explicações às gestantes, que freqüentemente me pareciam mais exibições de conhecimentos e reafirmação de posição hierárquica do que esclarecimentos de fato para as grávidas. O exemplo mais evidente desta atitude foi observado na clínica C, com o que referi acima como cenas de ‘medicalidade explícita’. Nessa situação, o médico parecia estar tentando reafirmar claramente quem detinha o conhecimento e, portanto, o poder.

O aspecto certamente incômodo e possivelmente persecutório de minha presença para os profissionais pode ser, assim, atribuído a um velado desafio à posição hierárquica do médico: em vez de estar presente na sala apenas **um** profissional detentor de conhecimentos esotéricos, havia uma observadora, com conhecimentos outros, de fora da área médica, além do mais anotando coisas em um misterioso fichário, sabia-se lá para quê. As médicas, talvez mesmo pelo fato de serem mulheres diante de uma observadora mulher, pareciam ser menos levadas à ação descrita acima – de demonstração de competência científica e de ‘disputa’ hierárquica – do que os médicos homens, que de algum modo evidenciavam estar sutilmente instigados a mostrar ‘*who’s the boss*’ na situação.²⁴⁴

Na clínica A, o modo como estava trajada, assim como os termos utilizados pelo médico para me apresentar sempre que entrávamos na sala de exames, de algum modo indicavam – talvez até uma conclusão errônea de minha parte – que eu não fazia

²⁴³ Esta situação é freqüentemente observada no campo – um tema debatido em diversos trabalhos no Fórum de Pesquisa 36, na 24ª Reunião Brasileira de Antropologia e, muito especialmente, por Sá (2004) no interessante “Meus macacos são vocês: um antropólogo seguindo primatólogos em campo”.

²⁴⁴ A questão de relações de gênero no trabalho de campo é um tema que me pareceu muito interessante a ser investigado.

intrinsecamente parte daquele universo. Em geral, não me sentia desconfortável ao tomar notas durante os exames. Apenas em poucas situações – perda de feto ou patologias fetais – parei de escrever, deixando o registro para depois. Percebo que, para mim, o ato de tomar notas tinha o significado de uma intrusão, embora, como já foi dito, as gestantes não parecessem sequer tomar conhecimento da minha presença a partir do momento em que surgiam as imagens fetais na tela do monitor.

A estranheza que senti ao vestir o jaleco e ser apresentada como membro do *staff* levou-me a considerar e refletir sobre a importância em assumir mais claramente a posição e a identidade de pesquisadora. Ao longo do tempo da observação, percebi que dispunha de várias identidades intercambiáveis, e que era assim percebida pelos profissionais com quem convivi. O fato de ser médica, psicanalista e aprendiz de antropóloga foi sendo processado lentamente pelos meus interlocutores e por mim mesma à medida que a pesquisa prosseguia. Aos poucos, fui ficando à vontade para, por assim dizer, transitar entre as várias identidades no campo. Esse trânsito se dava quando, de uma conversa sobre temas médicos – geralmente a partir de perguntas minhas – passava-se para pedidos de explicação sobre temas de sociologia ou antropologia e mesmo à solicitação de um relatório de um exame. Eventualmente, fui requisitada para consultas pessoais sobre questões particulares e dramas familiares dos profissionais. Embora um pouco relutante de início, à medida que o trabalho prosseguia fui relaxando, podendo deixar os câmbios de identidade fluírem. Tenho certeza de que esse trânsito possibilitou que meus interlocutores adquirissem confiança em mim e me fornecessem um material precioso de pesquisa.

Como ocorre nas relações que se aprofundam ao longo do tempo, a minha interação com os profissionais foi multifacetada e, ao mesmo tempo em que percebia em algumas ocasiões sentimentos persecutórios nos profissionais, em outras revelava-se uma confiança da parte deles que me surpreendia. Uma das evidências da confiança, além do teor de determinadas revelações, consistiu em surpresa e em uma leve decepção dos profissionais sempre que eu reiterava que os nomes das clínicas, dos médicos e das médicas seriam mantidos em anonimato.

Embora qualquer análise envolva necessariamente a busca de diversos ângulos para abordagem do ponto em foco, considero que as várias identidades entre as quais transitei ao longo do trabalho de campo contribuíram de maneira relevante para estabelecer uma visão multifacetada do universo pesquisado. Ainda que tenha buscado todo o tempo manter um ponto de vista antropológico, seria ingênuo supor que a formação prévia, em medicina e

em psicanálise, não tenha interferido e desempenhado algum papel. O aspecto que desejo neste ponto reiterar é a importância de, ao analisar o material produzido ao longo da observação, não perder de vista e sim problematizar tais peculiaridades.

CAPÍTULO 6

NO ESCURINHO DA SALA DE EXAMES.

INTERATIVIDADE E NEGOCIAÇÕES EM TORNO DAS IMAGENS FETAIS.

Como já foi apontado, a ultra-sonografia detém, dentre as tecnologias de imagem médica, a particularidade de permitir um tipo de interação entre o profissional que realiza o exame e o paciente, o que não ocorre com outras tecnologias de imageamento. Descrevendo de modo muito sintético, em uma sessão ultra-sonográfica o operador que realiza o exame decide quais estruturas deve focalizar e em quais deve se concentrar à medida que o exame transcorre. Nos termos do próprio campo, é uma tecnologia ‘operador-dependente’. No caso da ultra-sonografia obstétrica, a situação apresenta características bastante singulares. No Brasil, esses exames são sempre realizados por médicos, em contraste com os países nos quais há técnicos especializados para a função.

Neste capítulo abordo especificamente a questão da interatividade existente nessa prática, por ser o aspecto formal observado no campo que articula uma boa parte dos conteúdos do que é produzido como significado pelos atores presentes, que serão tema dos capítulos subseqüentes.

Focalizando a atividade dos profissionais, a interatividade propiciada pela sessão de ultra-som coloca em evidência a inerente tensão entre a objetividade e a subjetividade envolvidas neste tipo de exame. Há em geral uma fronteira relativamente marcada entre as duas vertentes, embora se torne, por vezes, pouco nítida. Os profissionais transitam entre os dois pólos durante todo o tempo da sessão ultra-sonográfica. A ‘objetividade’ estaria representada, em primeiro lugar, pela existência concreta de um embrião ou feto, e pela tecnologia e sua manipulação, pelo profissional, proporcionando dados ‘precisos’, ‘técnicos’, sobre os estados de saúde fetal e materno. A ‘subjetividade’ estaria operando em três diferentes níveis, qualitativamente diferentes, que se alternam ou coexistem de modo dinâmico.

O primeiro nível seria o da decodificação e o da interpretação, em termos médicos e técnicos, das sombras cinzentas que aparecem na tela do monitor. O segundo nível estaria vinculado a perturbações na rotina do exame motivadas pelos aspectos emocionais mobilizados pela interação gestante-médico no decorrer da sessão ultra-sonográfica e, por

fim, o terceiro nível no qual a subjetividade do profissional se faz presente consistiria na atribuição de significados e na conseqüente subjetivação das atividades fetais, calcadas necessariamente nas crenças e nos valores dos médicos que executam o exame. Neste nível, gestantes e acompanhantes participam de modo especialmente ativo.

A interatividade possibilita a construção do ultra-som obstétrico como espetáculo e objeto de consumo, o reforço da medicalização da gravidez e da produção de verdades ‘científicas’ acerca do feto e da grávida, além de ser uma importante ferramenta para a construção de subjetividades e do gênero fetal. Na interatividade observada ao longo da pesquisa, ficou patente o aspecto referido na literatura como antecipação e reforço do *bonding*, como uma atividade desenvolvida deliberadamente pelos profissionais.

Mesmo reconhecendo que a separação entre o aspecto formal – o da interatividade – e os conteúdos produzidos é bastante artificial, visto por meio dela estabelecer uma discriminação analítica para o material do campo. Ainda assim há diversas superposições nos temas recorrentes que emergiram ao longo da observação.

Focalizei e busquei sistematizar primordialmente a negociação que ocorre durante sessões de ultra-sonografia obstétrica, envolvendo o/a ultra-sonografista, a gestante e eventuais acompanhantes, especialmente em torno das imagens e eventualmente dos sons produzidos pela aparelhagem de alta tecnologia de ultra-som.

No total, foram observadas, nas três clínicas, cerca de 200 sessões ultra-sonográficas de tipos variados, com gestantes em diversos estágios da gravidez.²⁴⁵ Na clínica A, as ultra-sonografias obstétricas eram realizadas em sua maioria pelo dr. Henrique, que concentrava grande parte deste tipo de exame naquela unidade. Em algumas ocasiões, foi possível acompanhar a execução dos exames por outros médicos, o que forneceu elementos interessantes para comparação. O aspecto mais relevante assim evidenciado foi que, utilizando a mesma aparelhagem, este médico levava às últimas conseqüências as diversas possibilidades oferecidas pelo aparelho em termos de usos da imagem fetal, com diversos propósitos. Na clínica B, havia uma médica que realizava predominantemente os exames ultra-sonográficos gerais, outra que atuava nos gerais e obstétricos e a dra. Lúcia – foco principal da observação – que, por uma opção pessoal, só fazia exames obstétricos. Na clínica C, que não oferecia ultra-som geral, todos os médicos realizavam exames ginecológicos e obstétricos. Acompanhei predominantemente o dr.

²⁴⁵ Ver nota 230.

Sílvio, embora em algumas ocasiões tenha observado duas outras médicas, visando cotejar diferentes comportamentos diante de uma mesma clientela. Verifiquei que, em geral, ao lado de uma rotina de realização dos exames, havia grande maleabilidade de manuseio dos operadores, além de diversas variações possíveis em relação a um protocolo de exame que, embora não fosse rígido, era diferente em cada clínica.²⁴⁶

Delineio aqui atuações e estratégias dos profissionais, separando-as em dois grupos. O primeiro corresponde ao que denomino ‘respostas genéricas’ dos médicos durante a realização do exame. O segundo seriam ‘respostas específicas’ a situações singulares. Não pretendo afirmar que exista uma uniformidade ou homogeneidade nas atuações de todos os profissionais observados. Porém, cada médico tinha uma abordagem própria, relativamente constante, que era modificada quando se evidenciavam singularidades na situação diante da qual se encontravam. O fato de ser uma tecnologia que permite uma enorme gama de atitudes idiossincráticas impede que se estabeleçam grandes generalizações. Procurei, sobretudo, sistematizar sob determinadas rubricas as atitudes dos médicos e as situações que observei acontecerem de modo recorrente, mesmo dentro de uma relativa diversidade de ambientes e meios tecnológicos.

Chamei de ‘respostas genéricas’ um tipo de atividade que aparentemente não está vinculada a uma demanda evidente e que, à primeira vista, poderia parecer uma atividade ‘espontânea’ ou ‘ativa’ do médico em relação à gestante. A opção pelo uso do termo ‘resposta’ busca evidenciar que a ‘espontaneidade’ ou a ‘atividade’ não são de modo algum ‘naturais’, correspondendo a um tipo de demanda subjacente, presente, embora não necessariamente explicitada durante o exame e que, a meu ver, constitui o que chamo de ‘cultura do ultra-som’. Trata-se de um conjunto de suposições e expectativas de grávidas e acompanhantes fortemente baseado nas e estimulado pelas informações veiculadas principalmente pela mídia, calcado eminentemente na possibilidade de visualização das imagens fetais; em outros termos, um modo ‘visual’ de vivenciar a gravidez, que assim se constitui também como espetáculo. Em suma, as respostas ‘genéricas’ seriam como que uma reação intrínseca dos profissionais a essa ‘cultura de ultra-som’ já constituída que, em uma via de mão dupla, produziria novos elementos, reforçando ou mesmo reconfigurando essa mesma ‘cultura’.

²⁴⁶ No *site* da Sociedade Brasileira de Ultra-Som (SBUS), www.sbus.org.br, até a data de encerramento desta tese constava no *link* “Resoluções e normas” o aviso “Breve estarão disponíveis”, indicando que até o momento a prática de exames é relativamente pouco normatizada, ao menos do ponto de vista institucional.

As ‘respostas específicas’ correspondiam a determinadas atuações do profissional conectadas com situações singulares ocorridas durante os exames. As demandas específicas podiam ser ou não explícitas. Essas respostas poderiam ser vinculadas de maneira mais evidente a ‘reações’, tendo uma conotação menos ‘ativa’ ou ‘espontânea’ do que as primeiras, e denotavam existir uma ‘sintonia fina’ de todos os profissionais observados com certas demandas subjetivas das gestantes e/ou dos acompanhantes presentes ao exame, ou mesmo com algumas circunstâncias do ambiente da sala, apresentando-se eventualmente como uma reação não-intencional.

Os dois tipos de resposta – genérica e específica – sempre envolviam conversas e exibição de determinadas imagens do feto. Com o intuito de contextualizar como ocorriam essas respostas, é importante em primeiro lugar apresentar como pano de fundo um quadro geral da atividade do médico durante a sessão ultra-sonográfica.

6.1. ASPECTOS RELEVANTES DA ROTINA DO EXAME, ‘PILOTANDO’ OS APARELHOS

Nas três clínicas, os profissionais eram remunerados por ‘produtividade’, o que significa que quanto menor o tempo gasto na realização de cada exame, maior o ganho financeiro do profissional. Este arranjo colocava em evidência a importância de tudo o que se passava durante o exame para além do ‘diagnóstico’ ultra-sonográfico estrito. Na clínica A, os exames duravam em média de 20 a 30 minutos; na clínica B, entre 10 e 15 minutos e na C, variavam de 40 minutos a uma hora, com o tempo multiplicado se fossem gravidezes gemelares. No caso de tri ou quadrigêmeos, o exame era desdobrado, sendo realizado em dois dias diferentes, para não cansar demasiadamente a gestante e o médico.²⁴⁷

Conforme mencionado no capítulo anterior, as salas das três clínicas permanecem na penumbra durante o exame. O manejo da aparelhagem, tanto a mais simples quanto a mais sofisticada, exige uma razoável capacidade de coordenação de diversas atividades motoras e cognitivas bastante distintas. O profissional ‘pilota’ com a mão esquerda o aparelho, que ocupa um espaço significativo da sala de exames e parece um painel de cabine de avião, com inúmeros comandos e botões luminosos. Com a mão direita, o

²⁴⁷ Conforme assinalado no capítulo 5, na clínica C havia um número maior de gestações múltiplas do que nas outras duas.

médico manja o transdutor²⁴⁸ sobre o abdômen ou dentro da vagina da gestante. À sua frente está sempre um dos monitores nos quais são exibidas as imagens capturadas pela sonda.²⁴⁹ Além disto, deve decodificar as imagens, proceder a medições e escrever sobre a imagem que surge na tela os nomes das estruturas identificadas, o que faz digitando em um teclado ou pressionando alguns comandos. A partir dessas medições, a aparelhagem calcula automaticamente diversos parâmetros, tais como peso e altura fetais, frequência cardíaca fetal e materna, fluxo sanguíneo fetal intracerebral, idade gestacional etc.

No exame de *doppler*, por exemplo, é necessário fazer um traçado sobre uma imagem de gráfico na tela, delineando a pulsação do cordão umbilical, o que é executado com a mão esquerda, usando um *mouse* embutido na máquina.²⁵⁰ É necessário para o profissional, portanto, capturar imagens, decodificar o que está vendo no monitor e identificar as estruturas que são evidenciadas na tela. A seguir, deve buscar eventuais aspectos morfológicos ou fisiológicos que indiquem patologias. Nesse contexto, os pontos que de imediato mais chamaram a atenção foram – ao lado da notável capacidade para desenvolver tantas atividades em paralelo – o quanto de conversa ocorria em cada sessão, além do tempo disponibilizado para a atividade de ‘mostrar o bebê’ para a gestante e os acompanhantes dos mais variados tipos: filhos, parceiros, avós, amigos, parentes.

6.2. RESPOSTAS ‘GENÉRICAS’ OU A CONSTRUÇÃO DA ‘GRAVIDEZ VISUAL’

Uma atividade presente em maior ou menor escala, em grande parte das sessões nas três clínicas foi a de ‘mostrar o neném’. O modo como cada profissional desempenhava esta função variava. Na clínica B, a dra. Lúcia costumava inicialmente avaliar os parâmetros diagnósticos em silêncio para, em seguida, de um modo informal e por vezes muito engraçado, apontar com o dedo na tela do monitor algumas imagens do feto para a

²⁴⁸ O mesmo que sonda.

²⁴⁹ Na clínica A, às costas do profissional havia outro monitor no qual ele eventualmente conferia se o exame estava sendo registrado. Ainda atrás dele, em um nicho colocado em posição alta, estava uma grande televisão, que permitia que a gestante, deitada, acompanhasse confortavelmente a exibição das imagens. Conforme já descrito no capítulo anterior, na clínica C também existiam TVs, de 29 polegadas, nas duas salas, posicionadas diante da maca onde a gestante ficava. Na clínica B, não havia TV, as imagens eram apontadas pela médica na tela do monitor mesmo, que era girado na direção da gestante. A disposição da aparelhagem em relação à maca onde fica a gestante pressupõe que os médicos sejam sempre destros.

²⁵⁰ Conforme mencionado no capítulo 5, na clínica B, que é a filial de uma clínica cuja matriz está situada na Zona Sul do Rio de Janeiro, apenas um dos aparelhos oferecia esta alternativa. Na matriz havia aparelhos mais modernos. Na clínica A, em duas das três salas de ultra-som, os aparelhos permitiam o exame de *doppler*, e o dr. Henrique era particularmente hábil no manejo da tecnologia em comparação com seus colegas de clínica. Na clínica C, os aparelhos das duas salas de exame permitiam a realização de *doppler*.

gestante. Despendia cerca de três minutos assim, encerrando a seguir o exame. Dr. Sílvio, na clínica C, avaliava em silêncio, demoradamente, os diversos parâmetros fetais para depois comunicá-los aos presentes na sala. Quando se dedicava a ‘mostrar o neném’, fazia-o em tom bastante contido, por vezes um tanto solene. Outra médica nesta clínica – dra. Carla – costumava intercalar a medição dos parâmetros fetais com ‘mostrar o neném’, o que fazia de modo coloquial, criando um clima bastante relaxado durante o exame, mesmo em casos onde existia alguma patologia fetal, potencialmente provocadora de tensão no ambiente. Dr. Henrique, da clínica A, pareceu-me ser o profissional que transitava de forma mais hábil e ágil entre a parte ‘médica’, estritamente falando, e o espetáculo de ‘mostrar o neném’ para as grávidas, o que propiciava um ambiente de muita informalidade que as gestantes pareciam apreciar especialmente. A comunicação à grávida de diagnósticos desfavoráveis, quando ocorria durante o exame, era feita de modo particularmente cuidadoso por todos os profissionais observados, ora de forma mais lacônica, ora mais prolixa, dependendo das idiossincrasias de cada médico.

Pareceu haver basicamente quatro tipos de uso da atividade de ‘mostrar o neném’, com objetivos distintos, mas que por vezes se superpunham, como se pode verificar nos fragmentos a seguir.

O **primeiro** tipo consistia em ‘ensinar a ver’, e era dirigido predominantemente à gestante. Esta atividade ao mesmo tempo estava fortemente calcada na credibilidade e na competência do médico e funcionava como um reforço a elas, quando a gestante e/ou o acompanhante conseguiam finalmente ver o que estava sendo mostrado.²⁵¹

G: Rá!... Fica difícil... [ver].

Dr. Henrique: [Rindo] Tem que acreditar... [Todos riem].

P: Acredito que aprender japonês é mais fácil... Essas imagens... tem que ralar muito para entender! (Clínica A).

Dr. Henrique: Olha o lábio... [mostra para P] tem que usar a imaginação...

P: Entendi... [Admirado] Tem que ter um olho!... Eu ia ficar horas sem estar vendo nada... [Esforça-se para ver] a mão ‘tá em cima? [Dr. Henrique responde afirmativamente. Aparece a face do feto, que mexe a boca, todos vêem]. (Clínica A).

Dr. Henrique: Olha... fica aqui a cabeça! [Aponta o lábio fetal para

²⁵¹ Conforme já assinalado no capítulo anterior, as ênfases das falas dos atores estão sublinhadas; minhas ênfases estão indicadas em **negrito**. Entre colchetes há comentários meus ou indicações de ações. As reticências correspondem a pausas nas falas dos atores, e as reticências entre parênteses correspondem à edição do material. No texto, estabeleci a seguinte distinção: usei aspas duplas e itálico quando se trataram de citações de falas, e aspas simples quando as aspas são minhas.

G, ampliando a imagem] Ampliei para ver se não tem defeito no lábio.

G: Só o sr. pra ver um lábio aí... (Clínica A).

Dra. Lúcia, na clínica B, utilizava diversas comparações didáticas, bastante coloquiais, visando tornar as imagens inteligíveis para as gestantes:

Dra. Lúcia: [Apontando com o dedo no monitor] A cabeça... a massa cefálica... isso aqui que parece uma borboleta... (Clínica B).

Dra. Lúcia: Ó o coração... ‘tá vendo? [G sorri, ouvem-se os batimentos cardíacos fetais, a dra. Lúcia busca imagem]. A barriguinha... ó! Ó! Ó! O piruzinho... [mostra] a bolsa escrotal e o piruzinho...

P: Os documentos dele...

Dra. Lúcia: Parece uma tartaruga... [de fato parece uma tartaruga de desenho infantil]. (Clínica B).

Já o dr. Sílvio, na clínica C, usava freqüentemente jargão médico para ‘mostrar o bebê’, mesmo com clientes leigos, revestindo suas explicações de um caráter mais científico – e, em certas ocasiões, psicologizado – do que o observado com os outros profissionais. Além de ‘mostrar o bebê’, era comum explicar como era obtida a imagem e fazer a apologia dos progressos da ciência e da tecnologia. De quando em vez, também utilizava comparações didáticas, mas isso era mais raro.

Dr. Sílvio: Aqui a cabeça [imagem do corte cefálico], o topo... [faz um gesto]... como se cortasse a cabeça... o ultra-som não fornece a imagem do bebê como ele é... corta a mãe... corta o bebê... **a imagem do ultra-som 2D corresponde a cortes do bebê...** não confundir com a imagem da face, porque quero ver as órbitas... **ver o neném por dentro... cortando...** Importante: a que corresponde a imagem... não é igual ao bebê, o rostinho, dizem... ‘parece uma caveirinha!’... (Clínica C).

Dr. Sílvio: [Fornece ao casal uma longa explicação sobre a tecnologia 3D] Esse é o problema do 3D... Não fica bonito porque vem da imagem 2D, e não existe essa história de mostrar o bebê completo, porque nunca se conseguem todos os pontos [de modo] igual, com uma mesma reflexão... Isso é física. Quando vê 3D, na verdade a imagem é apenas virtual... [Mostra] Aqui a imagem da face... é pele e osso nessa época... abriu a boca... (Clínica C).

Dr. Sílvio: (...) Ó o coração que bonito... pra vocês identificarem, é como uma cruz pulsando ali... (Clínica C).

A **segunda** utilização do ‘mostrar o neném’ parecia ter como objetivo a tranquilização da gestante e/ou dos acompanhantes, havendo ou não preocupação aparente. As expressões “‘*Tá tudo tranquilo*”, “‘*Tá tudo ótimo, nota 10 pr’esse neném*”, “‘*Tá jóia*”

ou “*Tá tudo bem*” são uma constante durante os exames onde não há patologia fetal, ocorrendo diversas vezes durante um mesmo exame. Outros fragmentos:

Avó: [Para o dr. Henrique] Ela estava muito nervosa...
 Dr. Henrique: [Mostra] Olha a mãozinha... ‘tá tudo OK.
 G: Sabe que eu ‘tava nervosa?
 Dr. Henrique: Mas eu disse que ‘tá tudo bem...
 G: [Reflexiva] Como pode... a tecnologia... (Clínica A).

G: O 2º filho a gente relaxa, vou fazer nove semanas... pensei: ‘tem que ir [fazer exame], daqui a pouco ‘tá na hora de fazer translucência nucal’... tem que ver se é gêmeos [sic]... **e eu só fico tranqüila com a ultra...** (Clínica C).

Os médicos têm noção clara da importância da palavra, assim como das atitudes que tranqüilizam as gestantes:

Dr. Sílvio comenta: “*Tem que dizer muitas vezes que está tudo bem. Fiz uma estatística [ri]: se eu disser só duas vezes que está tudo bem [durante o exame], elas acham que só está 20% bem, se eu disser cinco vezes, ‘tá 50% bem. Então tenho que dizer dez vezes que está tudo bem. Ai elas saem tranqüilas de que está tudo 100% bem.*” (Clínica C).

Uma **terceira** finalidade do ‘mostrar o neném’ parece ter como objetivo fazer a gestante ‘achar bonito’ o que vê. Os médicos e médicas observados declaravam explicitamente que visavam “*melhorar a relação da mãe com o bebê*” e acreditavam que o ultra-som era um bom instrumento para atingir tal objetivo. Dra. Lúcia, da clínica B, mencionou ter assistido no Rio de Janeiro uma conferência de Stuart Campbell, no início dos anos 1980, na qual ele “*demonstrava o valor do ultra-som no vínculo mãe-bebê*”.²⁵² Dr. Sílvio, da clínica C, partilhava do mesmo ponto de vista.

Dr. Henrique dedicava-se de modo especial a fim de obter o efeito de admiração e apreciação da gestante, despendendo um tempo razoável até conseguir a reação desejada. Seu esforço era eventualmente redobrado quando a gestante estava apática diante do que via, ou quando ela manifestava desagrado diante das imagens de seu feto que – diga-se de passagem – muitas vezes apresentavam um aspecto estranho ou mesmo macabro. Dr. Sílvio não parecia se abalar especialmente com esta questão, reconhecendo explicitamente a bizarrice e o impacto causados por determinadas imagens:

G: [Nitidamente incomodada] Essa foto de baixo [à direita há uma imagem da face do feto, esquisita] é a cara dele toda amassada?
 Dr. Sílvio: Não... são as estruturas que estão na frente...

²⁵² Sobre Stuart Campbell, cf. capítulo 4.

G: Prefiro nem ver essa foto!
 Dr. Sílvio: É... eu só guardo quando consigo fotos boas. Eu aborto quando a imagem ‘tá ruim... senão, em vez de ajudar, atrapalha.../
 G: /...pesadelo... /
 Dr. Sílvio: /...tem colega que acha tudo bonitinho... (Clínica C).

Diferentemente do dr. Sílvio, diante do desagrado manifestado diante da imagem obtida, em geral da face, era freqüente o dr. Henrique focalizar de imediato outras partes do corpo do feto menos sujeitas a apreciações estéticas, tais como pé, mão, bexiga – sempre apontados e designados com diminutivos – ou o sexo fetal. Ou buscar o perfil, que geralmente despertava reações favoráveis.

G: ‘Tá toda amassada!
 Dr. Henrique: Você já viu quando nasce? É todo amassado mesmo! ‘Tá sem espaço. (...) [Surge na tela a imagem do rosto, de perfil].
 P: [Baixo, meio rindo] Nariz feio... teu pai...
 Dr. Henrique: Vocês têm que achar bonitinha... senão, quem vai achar?... ‘Tá ótimo, tudo tranqüilo... 32 semanas, 42cm, 2,146kg. (Clínica A).

Dr. Henrique: Olha que bonitinho...
 G: Não acho não... Narigão!
 Ao sairmos deste exame, o dr. Henrique comenta comigo: “*Ela achou o feto feio! É raro... sempre acham bonito*”. (Clínica A).

Outra situação em que o ‘achar bonito’ desempenhava um papel relevante no desenrolar da sessão ocorria quando a gestante e/ou o parceiro se entusiasmavam com as imagens ou com a tecnologia e o dr. Henrique detinha-se mais tempo do que o usual ‘mostrando o neném’, passando para imagem 3D sem ter sido solicitado e sem cobrar, por exemplo.²⁵³ Dr. Sílvio era particularmente sensível aos elogios de clientes à tecnologia de sua clínica e, às vezes, ‘mostrar o bebê’ era mesclado com comentários acerca do progresso tecnológico ou, em casos de clientes que já haviam tido gravidezes anteriores acompanhadas por ele, por comparações entre o que era possível no passado e na atualidade.

Dr. Sílvio: [Para G] Os equipamentos melhoraram (...) [Faz comparações entre imagens obtidas com os primeiros aparelhos e atualmente]. Hoje tecnicamente se estuda o feto, e para a mãe é

²⁵³ Para realização de exames 3D, na clínica A, havia uma solicitação específica, sendo pago à parte, pois nenhum convênio arca com este tipo de custo. A clínica B dispunha de um aparelho de 3D que ficava na matriz da clínica. Na filial, onde desenvolvi a maior parte da observação, não existia 3D. Se desejassem realizar tal exame deviam ir à matriz e pagar por ele. Na clínica C, o 3D não era cobrado à parte, sendo realizado sempre que as condições técnicas o permitiam. Na época da observação na clínica C, havia apenas um aparelho que realizava 3D; nesse período foi efetuada a compra de um aparelho mais moderno que também permitia o exame 3D e que chegou depois de encerrada a observação.

mais compreensível e menos virtual... na época que seu filho estiver vendo seu neto... fico vendo meus filhos... eu só tenho umas poucas fotos de quando era criança. Eles... é muito importante porque faz parte da nossa vida... (Clínica C).

Na clínica B, não costumava haver reclamações sobre as imagens fetais, possivelmente porque a dra. Lúcia em geral se adiantava com expressões entusiasmadas diante das imagens e, além disso, não havia espaço ou tempo para as gestantes emitirem apreciações estéticas sobre o que viam:

Dra. Lúcia: [Apontando com o dedo no monitor] Bonitinho... vam' medir aqui o fêmur [mede] 10mm... aqui a cabeça... agora quero que ele se mexa. (...)
G: Bonitinho... (Clínica B).

O **quarto** tipo de atividade, altamente valorizada por gestantes e acompanhantes, e freqüentemente instigada pelos profissionais, consistia na determinação do sexo fetal.²⁵⁴ Este é um momento-chave no processo de transformação do feto em Pessoa. Além de ganhar um nome, que o identifica, desenvolve-se um tipo de atividade discursiva, tanto por parte da gestante e do parceiro quanto por parte do médico, de construção de gênero do feto, calcado nas noções preexistentes acerca de gênero – temas que serão abordados em maior detalhe adiante, no capítulo 9. Independente da solicitação das gestantes, o pressuposto nas três clínicas parecia ser o da existência de curiosidade pela determinação do sexo fetal.

Dr. Henrique: Não deu para ver o sexo, a cabeça está para baixo, se a pelve estivesse para baixo dava para ver... mas o importante é que está normal... (...) Vai ter que continuar no enxoval neutro... branco, amarelo... (Clínica A).

Dr. Sílvio: Já sabe o sexo? 'Tá com 12 semanas?
P: Diz que só com 4 meses...
Dr. Sílvio: Não gosto de fazer para dizer o sexo... e comprar enxoval... com 4 meses vê o piruzinho ou a baratinha... o diabo é ter que acreditar no que o médico diz... nessa época [12 semanas] é broto genital... vamos lá... (...) 'Tá vendo pulando? É a artéria ilíaca... [mostra com o cursor] aqui o bebê ao comprido... (...) Estou achando que tem um pinto aqui... (...) Estou tentando pegar aqui uma estrutura... o ducto venoso... que vem da placenta e passa para o coraçãozinho do bebê [busca imagem, em silêncio]. (...) Olha o pintinho... aí, ó! [Para G] Seu bilhete já foi corrido... (Clínica C).

²⁵⁴ Curiosamente, na clínica A, os médicos entre si apresentavam uma atitude crítica em relação a esta preocupação. Na prática, porém, pude observar que com muita freqüência eram eles quem instigavam de modos variados tal curiosidade, tema que retomarei no capítulo 9.

Dra. Lúcia: Aqui o coração... Ah! Tem o falo!

G: É menino?

Dra. Lúcia: Não. É falo... parece [ser] menina, o que muda é a posição... se estiver no mesmo eixo do corpo [mostra com o dedo na tela] tende a involuir e se tornar a vulva... (Clínica B).

Sumarizando, sustento que o aspecto relevante do quesito ‘mostrar o neném’ é o fato de não estar vinculado a questões diagnósticas, o que sugere estar em jogo o desenvolvimento ou o cultivo de uma cultura visual específica que, ao mesmo tempo, reforça o *status* de autoridade científica que a imagem técnica detém e pretende estreitar os laços afetivos da gestante com seu feto.

6.3. RESPOSTAS ‘ESPECÍFICAS’ OU INTERAGINDO (TAMBÉM) COM IMAGENS

O tipo de atuação que designo como ‘respostas específicas’ ocorreu em diversas circunstâncias nas quais claramente os médicos eram afetados pelo que ocorria na sala. Essas atuações iam desde estratégias na manipulação das imagens até o esquecimento eventual da medição de alguns parâmetros fetais. Pareciam ocorrer como reação a tensões no ambiente, a demandas diretas advindas da gestante ou do/s acompanhante/s, ou ao tumulto causado pela interferência destes últimos na sala. Gestantes excessivamente apáticas também provocavam uma atuação, em especial do dr. Henrique, que passava a utilizar diversos recursos do aparelho até obter algum tipo de resposta favorável – que podia ser em relação ao feto ou à própria tecnologia. A tensão no ambiente estava geralmente relacionada a algum diagnóstico desfavorável existente ou potencial, embora brigas de casais também pudessem criar um clima pesado durante o exame. Nessas situações, era muito evidente que a imagem fetal era um **meio** utilizado para obtenção de determinados efeitos sobre a gestante e os acompanhantes, e não um fim em si.

Durante o exame, nos casos em que havia patologia fetal ou problemas circulatórios prejudicando o feto, a imagem em si da anomalia ficava em segundo plano, não necessariamente partilhado entre médico e gestante. O médico registrava a imagem para anexar ao laudo, que seria visto pelo obstetra da grávida, mas não se detinha por muito tempo explicando ou mostrando-a para a gestante. Os médicos observados, quando solicitados, não se furtavam a exibi-las, mas nunca o faziam como uma atividade de

iniciativa própria.²⁵⁵ Portanto, a questão da anomalia, quando presente, surgia na cena mais em termos discursivos do que como imagens. Não sei até que ponto as estratégias de manipulação da imagem eram deliberadas. Possivelmente em alguns momentos sim, e em outros ocorriam como uma resposta não-consciente dos profissionais.

O tumulto na sala de exames ocorria quando havia muitos acompanhantes ou estes eram exageradamente ansiosos,²⁵⁶ e consistia em barulho excessivo, perguntas ou demandas muito insistentes – situação que a maioria dos profissionais desgostava abertamente quando em conversas entre si. Embora o dr. Henrique fosse bastante tolerante neste particular, em comparação com os outros profissionais, a confusão provocada pelos acompanhantes podia levá-lo a ficar irritado ou a esquecer de avaliar parâmetros necessários para o estabelecimento da biometria e da idade fetais. Dra. Lúcia não parecia se abalar muito com essas interferências, lidando com elas de modo bem-humorado, embora em alguns momentos aparentemente tenham sido responsáveis por esquecimentos da médica. Dr. Sílvio, por sua atitude em geral bastante solene – embora afável – parecia involuntariamente coibir manifestações muito explícitas tanto de ansiedade quanto de alegria. Por outro lado, vale ressaltar que sua clientela, predominantemente de elite, parecia também ser menos afeita a grandes demonstrações de emoções. Contudo, por estender-se freqüentemente em explicações que pareciam dispersá-lo, ocorriam esquecimentos de registro de determinados parâmetros que eram cobrados pelas atendedoras nos intervalos entre os exames.

6.3.1. Manipulações da imagem

6.3.1.1. Estratégias para obter impacto

Passando a imagem de 2D para 3D e vice-versa

As mudanças no tipo de imagem exibida foram as estratégias observadas mais freqüentemente utilizadas pelo dr. Henrique quando este buscava impressionar gestantes e/ou acompanhantes apáticos presentes na sala e possivelmente – no início da pesquisa – também a observadora. De vez em quando, o dr. Henrique produzia interferências na imagem 3D a título de brincadeira, por exemplo, mudando a tonalidade de fundo, do

²⁵⁵ Apenas uma vez houve deliberada evitação do médico em exibir uma anomalia fetal, caso já mencionado no capítulo 5, e que será discutido em maior detalhe adiante e também no capítulo 7.

²⁵⁶ Os profissionais observados lidavam com mais paciência com a ansiedade das gestantes do que com a dos

habitual sépia para azul, em caso de fetos masculinos, ou para rosa, com os femininos.²⁵⁷ Outra interferência consistia em ‘recortar’ ou ‘girar’ a imagem, utilizando os comandos dos aparelhos, para destacar algum aspecto específico ou ‘melhorar’ a imagem, tornando-a mais inteligível. Dra. Lúcia não parecia ser afetada pela apatia das gestantes e o dr. Sílvio eventualmente se incomodava, mas não lançava mão de nenhum recurso extra de imagem com o intuito de contorná-la.

Dr. Henrique espalha o gel, passa diversas imagens e fixa o perfil. Mostra para a gestante, que diz: “*Mira...*” O marido está um tanto apático, olha a tela sem reação, distraído, até o dr. Henrique dirigir-se a ele, mostrando a imagem: “*The profile*”, obtendo dele um meio sorriso: “*Oh... yeah....*” (...) O médico mostra em 3D a imagem dos genitais e pergunta o nome do feto, escrevendo ‘John’ ao lado da imagem e, nesse momento, o marido ri. (Clínica A).

Dr. Henrique: [Passa a imagem para 3D e mostra] Olha aqui... o rosto... o braço... [que está na frente do rosto, escondendo-o parcialmente] ‘tá com vergonha... ‘tá bonitinha, né?
[As duas não parecem muito entusiasmadas com o que vêem. O médico manipula a imagem, girando-a e recortando o braço, para destacar o rosto, mas o resultado não é bom]. (Clínica A).

A imagem 3D só é nítida, considerada ‘boa’, quando não há nenhum obstáculo entre a estrutura a ser visibilizada e a sonda do aparelho. Em outros termos, se o cordão umbilical estiver, por exemplo, diante da face do feto, é impossível obter uma ‘boa foto’. Por questões técnicas, para a imagem 2D este problema não existe e, portanto, passar a imagem para 2D era a estratégia utilizada em última instância, quando os esforços de obtenção do 3D mostravam-se infrutíferos.²⁵⁸

G: Eu fiz um outro 3D e fiquei decepcionada...
Dr. Henrique: Tinha muita coisa na frente, às vezes o 2D fica melhor do que o 3D. (...)
[O marido mantém-se alheio, há discordâncias na escolha do nome. Dr. Henrique parece estar buscando uma imagem favorável].
G: [Percebendo que dr. Henrique está tendo dificuldades para atender ao seu desejo] Ele mexe tanto, mas não pára na posição que a gente quer... (...) [Alternam-se imagens em 2D em que aparece a face de modo nítido, G acompanha atenta]. Em 2D

acompanhantes.

²⁵⁷ Em geral, adota-se a coloração sépia para melhor efeito de contraste, e são obtidas imagens da **superfície** do corpo fetal. Este tipo de imagem é produzido por computação gráfica a partir de cortes ultra-sonográficos em 2D – bidimensionais, em preto e branco. As imagens 2D permitem visibilizar o interior do corpo do feto, em cortes, e têm um aspecto transparente.

²⁵⁸ Estes implicavam tentar fazer o feto mudar de posição balançando a sonda sobre o abdômen da gestante ou fazendo-a deitar de lado. As gestantes aceitavam ou mesmo sugeriam as manobras no afã de obterem a tão desejada ‘fotografia’ 3D.

parece mais nítido!... (...) [Decepcionada, mas aparentemente se conformando] Vam' ver se na próxima... (...) [Nesse momento, o médico captura uma imagem de um braço, com o rosto do feto de perfil, em 3D. Não é uma imagem ruim, mas aparentemente a gestante não está satisfeita]. Na próxima...

P: [Atalhando de modo sarcástico] Na próxima... você vai ver o perfil dele ao vivo! [Denota irritação com a insistência da mulher em obter a imagem 3D do feto]. (Clínica A).

Manipulando a informação sobre o sexo fetal

Em algumas situações foi possível observar que a em geral tão demandada informação sobre o sexo fetal era objeto de algum tipo de *suspense* por parte do profissional, provocando a gestante e/ou o acompanhante sobre as possibilidades e desejos existentes, ou sobre uma informação probabilística prévia que pudesse ser contrariada, implicando a troca da cor do enxoval já todo comprado. Este tipo de brincadeira era mais freqüente do que o *suspense*.

Embora em termos discursivos o dr. Henrique se mostrasse crítico em relação à curiosidade e à ansiedade exageradas a respeito da determinação do sexo fetal, foi possível observar que, na prática, em algumas situações, era ele quem sutilmente instigava a curiosidade.

Uma atendente entrega uma pasta para Henrique, que murmura baixo: “Hmmm... última menstruação 23/12... 12 semanas... vai querer ver o sexo... [mal-humorado] Não vou ver! Não vou conseguir ver, a paciente é gorda!”²⁵⁹ Parece irritado. Ao entrarmos na sala de exames, a gestante informa que fez cerclagem²⁶⁰ e veio para ver como é que está. O médico pergunta pela existência de outros filhos. G informa que o primeiro foi prematuro; no segundo, fez cerclagem e nasceu a termo (...) Dr. Henrique pergunta de modo casual: “Então, vamos ver o sexo?... O colo [do útero] ‘tá bom...” (Clínica A).

Dr. Henrique espalha o gel, explicando que vai começar pela pelve e depois vai fazer o exame transvaginal. “Vamos fazer o exame da translucência; de repente, se der, até dá para ver o sexo...” (Clínica A).²⁶¹

Dra. Lúcia não apenas não tecia nenhum tipo de crítica a essa curiosidade como se

²⁵⁹ A gordura absorve parte das ondas sonoras, o que resulta em imagens ultra-sonográficas menos nítidas.

²⁶⁰ Procedimento que consiste em suturar o colo do útero para evitar abortamento ou parto prematuro. Este exemplo será retomado no capítulo 9, por outro ângulo.

²⁶¹ Translucência nucal (TN): medida de uma prega de pele na região da nuca do feto, um parâmetro que vem sendo utilizado para avaliação da taxa de risco de anomalias cromossômicas do feto e, conseqüentemente, para indicação de exames mais invasivos, tais como a amniocentese. Recomenda-se que o exame de TN seja

dedicava de modo entusiasmado a, sempre que possível, determinar o sexo fetal, fosse de um ponto de vista probabilístico – até a 14ª semana – fosse visibilizando a genitália fetal já formada. A determinação do sexo fetal sem margem de erro é possível em torno da 16ª semana de gravidez. Nos exames ocorridos entre a 12ª e a 14ª semanas, a margem de acerto varia, dependendo da versão de cada profissional, de 70 a 94%.

Outro aspecto observado envolvendo a revelação do sexo fetal foi um tipo de *timing* para fornecer a informação:

Dr. Henrique pergunta se sabem o sexo. O casal não sabe e o médico pergunta sobre preferências. G responde: “*Quero menina*”. Após alguns segundos, de forma repentina, o médico anuncia: “*Taí, você queria menina, te arranjei uma menina*”. G grita entusiasmada como uma criança que acaba de ganhar um brinquedo novo: “*Menina! É menina! Eu sabia!*” (Clínica A).²⁶²

G: [Surgem as primeiras imagens] Tchan tchan tchan tchan... [Todos riem] Marcos ou Lena?... [Olhando para a TV] Quase três semanas que não faço exame, por causa do descolamento fazia toda semana...

Dr. Sílvio: Ali o bebê! Olha!

Avó: É a mãozinha dele? Mexendo?

Dr. Sílvio: É o cordão.

G: [Para o dr. Sílvio] Não dá pra saber...? A cabeça... [está] do lado direito ou do lado esquerdo?

Dr. Sílvio: Agora ‘tá pro lado esquerdo... bonitinho... [Mantém-se algum tempo em silêncio]. Para definir logo... essa coisinha [mostra com o cursor] aqui... linear, é a periquita dela. (Clínica C).

Vale assinalar que em tais casos a imagem costumava ficar em plano secundário e a informação verbal tornava-se mais importante, em uma reafirmação de poder do médico – a rigor, o único capaz de decodificar a imagem e fornecer a tão almejada informação.

6.3.1.2. Estratégias visuais para contornar tensão ou angústia; a tranquilização pela imagem

Em sessões cujo objetivo era a avaliação de estruturas anatômicas fetais e havia dados prévios indicando alguma probabilidade de existência de malformações, ou mesmo na presença já detectada de anormalidade fetal, foi possível observar que os médicos intercalavam a busca de imagens da anomalia com outras, como as do sexo fetal, do perfil,

realizado entre 11 e 13 semanas gestacionais.

²⁶² Chamarei esta gestante de **Maria**, pois este caso será retomado novamente algumas vezes, no capítulo 9.

da mão, do pé ou de outras estruturas anatômicas normais do feto, como forma evidente de distensionar o ambiente. Em geral, obtinham sucesso, conseguindo um sorriso da gestante. Em tais situações, os médicos conversavam com as grávidas buscando uma tranquilização na medida do possível; não costumavam escamotear as informações, mas era evidente a preocupação em não alarmá-las. As imagens, que não a da anomalia, eram portanto apenas um dos recursos utilizados para contornar a angústia presente na sessão. Aparentemente, a possibilidade de fazer uso da imagem com este fim é conhecida pelos profissionais. Como informou uma médica na clínica A: “*As pacientes entram de mau humor, mostra-se o rosto do feto e muda logo o humor... ficam todas sorridentes.*”

G: Eu tô com citomegalovírus.²⁶³

Dra. Lúcia: O resultado deu quanto?

G: [Com expressão decepcionada] Indeterminado. ‘Tamos esperando...

(...) [O clima é tenso, G é médica].

Dra. Lúcia: Tudo certinho. [Fixa duas imagens, marca ‘placenta’ e ‘abdome’]. Ver quanto está pesando... meio quilo. Certinho, 500g.

Meio quilo de gente! [Risos. Surge a face do feto na tela do monitor] Aqui a cara dela! Ó mexendo a boca! (Clínica B).

[Em um exame realizado na 13^a semana havia sido encontrado um parâmetro alterado, G foi submetida a amniocentese e o resultado foi normal]. O casal está muito sério hoje. Dr. Henrique busca imagens do coração fetal, que aparentemente está normal. Mostra para o casal as câmaras cardíacas, dizendo que através deste exame estão eliminadas 90% das patologias cardíacas conhecidas. O casal permanece silencioso (...) Dr. Henrique mostra então o perfil do feto, G sorri. (Clínica A).

[Em exame anterior havia uma alteração de tireóide no feto].

Dr. Henrique: Tem uma área vascularizada na topografia da tireóide.

G: ‘Tá aí, né? Melhor cesárea... pelo que você ‘tá vendo ‘tá toda preparada pra nascer?... [A voz é trêmula, parecendo que vai chorar a qualquer momento] (...)

Dr. Henrique: [Tenta mudar o foco da atenção de G, o que parece funcionar por algum tempo] Ó ela amassadinha lá!

G: As pernas ‘tão pra cá? [Aponta um ponto do abdômen].

Dr. Henrique: É... [G olha para a tela sorrindo]. (Clínica A).

Dr. Henrique, em relação aos outros profissionais observados, pareceu-me ser quem lidava com menos dificuldade com esse tipo de situação, informando a existência de patologias às gestantes no decorrer do próprio exame, delicadamente, porém sem maiores rodeios. Em seguida, telefonava e comunicava os achados diretamente aos obstetras.

²⁶³ Vírus responsável por diversas malformações congênitas.

Contudo, a estratégia de exibição de partes ‘normais’ do feto durante a sessão ultrasonográfica, nitidamente visando distensionar o ambiente, era semelhante à de seus colegas. Duas situações observadas nas outras clínicas evidenciam as diferenças no manejo de situações difíceis.

[G veio fazer novo exame de TN, porque o anterior revelou uma alteração muito grave neste parâmetro].

Dra. Lúcia: Aqui ‘tá meio de perfil... tem o osso nasal...²⁶⁴

G: [Animando-se] Então ‘tá bem?

Dra. Lúcia: Não... é só menos um fator. [Surpresa, para G] Tu já ‘tá sabendo do osso nasal? [sic].

G: É... [Olhando a TV] Ai, que bonito o perfil! [Vira para a tia] Bonitinho, ‘tá vendo, tia? [A tia se mantém seriíssima, G parece não estar se dando conta da gravidade da situação. Continua atenta às imagens que surgem na TV]. É o coração?

Dra. Lúcia: É...

T: Ah, graças a Deus, o coraçãozinho! Porque o médico não conseguiu escutar...

Dra. Lúcia: [Permanece silenciosa e prossegue o exame. Surge o corte cefálico] A massa encefálica, que bonitinho... parece uma borboleta...

G: [Ri] É... parece uma borboleta, ‘tá direitinho...

Dra. Lúcia: Vou tentar ver outro fluxo no bebê. Difícil, porque ele mexe... (...) Ali a circunferência abdominal... ‘tá pesando 53g...

G: [Sorri] Humhum ...

Residente: Ó o fêmur!

Dra. Lúcia: O osso da perna.

G: [Sorri] Ah! (Clínica B, matriz).

[O feto teve detectada uma fenda labial²⁶⁵ em exame anterior realizado em outra clínica. Ao chegar, o marido alertou as atendentes de que “*não queria que a minha mulher soubesse*” e estas avisaram ao dr. Sílvio. Aparentemente vieram fazer um exame 3D, provavelmente por demanda de G].

Dr. Sílvio: É uma época mínima para fazer 3D. Aliás, queria explicar... o 3D reconstrói a imagem, em computação gráfica... para tanto, preciso de condições técnicas para fazer... porque é complicado prometer uma coisa e não cumprir... [Surgem as primeiras imagens, mostra] Tórax... coraçãozinho... a cabecinha aqui para baixo [mostra apenas imagem de corte cefálico]... perninha aqui pra cima... vocês já ficaram sabendo o que é?.../

G: /É menino.../

Dr. Sílvio: /perna... pintinho... as canelinhas... os pezinhos estão normais... o fêmur... ossinho da coxa... ossinho do braço... úmero... o rádio e a ulna... (...)

G: [Reconhecendo uma imagem, do perfil com o braço erguido,

²⁶⁴ A medida do osso nasal é um dos parâmetros mais recentemente destacados como indicativo de risco de determinadas anomalias fetais.

²⁶⁵ Gestante **Tânia**. Caso já mencionado no capítulo 5. Fenda labial é uma anomalia congênita popularmente conhecida como ‘lábio leporino’.

repete o gesto que viu, sorrindo] Ele está assim, né?
 Dr. Sílvio: [Marca ‘rádio/ulna’, ‘úmero’]. Os ossinhos **normais, proporcionais...** Vamos à cabecinha... Cerebelo... Direitinho... [G parece estar tranqüila, mas suspira ao olhar para a TV] Ansiosa?
 G: É. Tô muito nervosa. [Estranhamente ninguém pergunta por quê; G está lívida] Poderia me dar um pouquinho de água? (...) [Surge a imagem do perfil, G abre um largo sorriso] Ah! O rostinho! [A imagem do perfil, bem bicudo, mexe a boca].
 Dr. Sílvio: O feto mexe muito... ‘tá difícil... os batimentos do coração... 140 batimentos por minuto... [Dr. Sílvio passa rapidamente a imagem da face em 2D e volta para o perfil. Na imagem, a mão vai para a boca e justo nesse momento o médico muda para 3D, ao contrário do que sempre faz].²⁶⁶ Está com a mão na frente, agora... Bem... eu vou ficar devendo... por dois motivos. A imagem está limitada, mexe muito e não está de frente...
 G: [Nitidamente ansiosa] Mas ele está bem, não é?
 Dr. Sílvio: [Nitidamente constrangido] Bom... tem um pouquinho mais de líquido amniótico...
 G: E isso é ruim?
 Dr. Sílvio: Não... é um dado que vou colocar no exame... (Clínica C).²⁶⁷

Nas duas situações acima, o desfecho ocorreu depois do exame. Na clínica B, a dra. Lúcia, ao entregar o laudo em mãos, explicou diretamente à gestante a gravidade da situação fetal e, na clínica C, no dia seguinte, o marido telefonou para o dr. Sílvio informando que G estava ciente da anomalia, tendo o casal retornado para realizar outros exames.²⁶⁸

6.3.1.3. Atendimento a demandas diretas de consumo

Conforme evidenciado acima na literatura, existe uma tensão implicada necessariamente na realização do ultra-som obstétrico entre o aspecto ‘médico’ e o aspecto ‘espetáculo’. Nos Estados Unidos e no Canadá, os médicos ocupam-se exclusivamente dos ‘aspectos médicos’, posto que a execução dos exames e a interatividade neles existente envolvem apenas profissionais de nível técnico – em geral mulheres – que estão impedidas de revelar às clientes os ‘aspectos médicos’ do exame. Sua atividade restringe-se, portanto, no máximo, a ‘mostrar o bebê’.²⁶⁹

²⁶⁶ Quando se pretendia obter a imagem da face em 3D, era necessário aguardar o momento em que não houvesse nenhum obstáculo diante do rosto fetal.

²⁶⁷ Considerei necessário expor de modo extenso a situação, de maneira a tornar claro o clima pesado e angustiante ocorrido nesta sessão.

²⁶⁸ Frequentemente existem outras anomalias associadas à existência de fenda labial, e os exames que foram propostos a esta gestante tinham o sentido de rastrear-las.

²⁶⁹ Sobre esta tensão, cf. acima, capítulo 4. Sobre ‘mostrar o bebê’ cf. Mitchell (1994) e Mitchell & Georges

No Brasil, onde o ultra-som é designado como um ‘ato médico’, os médicos acumulam ambas as funções, cabendo-lhes em tempo real medir parâmetros, estabelecer ou sugerir diagnósticos e também ‘mostrar o neném’ para as gestantes. O discurso ‘contra’ o consumo de imagem ultra-sonográfica é uma constante entre esses profissionais. Embora do ponto de vista discursivo os médicos se mostrassem críticos diante das demandas de ‘tirar uma foto’ do feto (em geral quando as gestantes vinham para realizar o exame 3D), ou mesmo quando uma mesma gestante fazia repetidos exames sem haver um motivo ‘médico’ para tal, como prática corrente nas três clínicas as solicitações eram atendidas pelos profissionais, sem que denotassem desagrado.²⁷⁰

A aceitação das solicitações diretas dos clientes – mesmo que estas fossem criticadas à parte pelos médicos – é um fator essencial para a conquista e a ampliação do mercado de ultra-som obstétrico, ao lado da credibilidade técnica perante os obstetras.²⁷¹ Era freqüente haver queixas de gestantes referentes ao fato de que “*o médico [ou médica] entrou mudo e saiu calado*”, mesmo que fossem profissionais de reconhecida competência técnica. Sintetizando em outros termos, os obstetras indicam as clínicas baseados na credibilidade técnico-científica, mas as gestantes optam por continuar fazendo exames nelas ou com um determinado médico calcadas na sociabilidade existente durante o exame. Neste ponto, parece estar em jogo uma dualidade em torno do eixo competência-cuidado presente na prática médica, conforme apontado por Menezes (2003),

A “competência” seria associada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, à técnica, ao fazer e à ação, enquanto o “cuidar” seria expresso na linguagem dos valores, das relações, da compaixão e da empatia, associado às “humanidades” (Menezes, 2003: 5).

ou, de acordo com Camargo Jr. (2003), uma tensão no eixo objetividade-subjetividade, um paradoxo que emerge no exercício prático da medicina, entre a “subjetividade” da experiência do sofrimento do doente e a “objetividade” dos dados laboratoriais com os

(1998).

²⁷⁰ No tocante à tecnologia 3D como ‘ferramenta diagnóstica’, ao iniciar a pesquisa, vários dos profissionais me afirmavam que, do ponto de vista diagnóstico, nada acrescentava. No decorrer do período, contudo, houve uma curiosa mudança nesse consenso. Após um evento patrocinado por um fabricante de aparelhagem com tecnologia de ponta para ultra-som, que tive a oportunidade de assistir e no qual um determinado médico muito conceituado entre seus colegas ultra-sonografistas proferiu uma série de conferências sobre a utilização do 3D, diversos médicos passaram a adotar a posição – às vezes de modo mais entusiástico, às vezes menos – de que a tecnologia 3D era “*útil para diagnosticar patologias de superfície*” e para “*preparar emocionalmente a gestante*” no caso da existência de tais patologias.

²⁷¹ A atuação dos profissionais contribuindo para a transformação do exame em espetáculo será discutida adiante, no capítulo 8.

quais o médico lida (Camargo Jr., 2003: 126).²⁷²

6.3.2. O esquecimento da medição de parâmetros

Algumas vezes foram observadas situações nas quais a subjetividade do operador se sobrepunha ou interferia em sua atuação para além do aspecto também subjetivo ligado à decodificação das imagens. Eventualmente ocorria de os médicos esquecerem de verificar ou registrar determinados parâmetros durante os exames, conforme apontado acima. Esta situação era temida pelos profissionais por motivos óbvios, uma vez que havia e há uma preocupação explícita de cada clínica como instituição e de cada profissional em particular em manterem um alto padrão técnico e em não serem ‘meramente comerciais’. Tais esquecimentos evidenciavam momentos nos quais se esfumaçavam as fronteiras – em geral, relativamente nítidas – entre a objetividade e a subjetividade presentes na sessão de ultra-som obstétrico.

Na clínica A, a possibilidade de esquecer de medir parâmetros foi um dos motivos alegados pela maior parte dos profissionais para não gostarem de realizar exames obstétricos, em especial quando havia acompanhantes presentes, motivo pelo qual o dr. Henrique – que não parecia se abalar muito com a confusão – encarregava-se da maioria deles. O comentário de uma médica é ilustrativo:

No sábado foi uma loucura a quantidade de obstétricos... No fim do dia eu estava numa irritação! Depois é que me dei conta de que sábado tem muito tumulto! Os acompanhantes... muita gente! A sala fica cheia, enchem a gente de perguntas idiotas, atrapalha um bocado. (Clínica A).

Perguntei a ela por que os acompanhantes atrapalhavam tanto. Ela respondeu: “*É muita pergunta! E a gente no final acaba esquecendo de medir coisas importantes... às vezes tem um negócio lá que a gente quer ver, aí vem uma pergunta e distrai!*” Esta mesma médica, quando perguntei se podia assistir a exames realizados por ela, respondeu ironicamente: “*Acho que não tem problema nenhum... eles já trazem platéia mesmo!*” Uma outra profissional, quando perguntei se fazia exames obstétricos, respondeu: “*Até faço... mas não gosto. Prefiro quando a gestante está sozinha... quando vem aquela parte de espetáculo, tem platéia, não gosto.*”

²⁷² Para uma discussão aprofundada sobre a dupla dimensão da prática médica, cf. Menezes (2003).

6.3.2.1. Por tumulto ou conversas na sala de exames

Em virtude da frequência com que as gestantes vinham acompanhadas, a rigor chamava a atenção a concentração do dr. Henrique e o quanto era raro haver esquecimentos. Contudo, ele não estava totalmente imune:

Além da gestante, há dois meninos e uma senhora na sala. (...) Os meninos estão visivelmente excitados com o exame, mexem-se e falam sem parar e são irresistivelmente engraçados (...) Vejo que o dr. Henrique explica as imagens para G, mas (...) os meninos freqüentemente se adiantam saudando as imagens com gritos (...) O médico tenta dialogar com G no meio da algazarra. (...)

G: E o peso?

Dr. Henrique: Está tudo tranqüilo... tem 24 para 25 semanas... [Já estava terminando o exame e limpando o gel do abdômen da gestante quando percebe que esqueceu de fazer uma medição. Ri, diz que esqueceu uma coisa, e recoloca a sonda sobre o abdômen para terminar]. Esqueci as medidas cefálicas... Pronto. Ela está com 709g. (Clínica A).

Dra. Lúcia conversava e brincava muito com as gestantes durante os exames, mas possivelmente por ter como rotina realizar as medidas antes de começar a ‘mostrar o neném’, era pouco comum que esquecesse de anotar parâmetros. Ocasionalmente isto ocorreu em algumas situações de exames normais, em sessões nas quais se conversou muito.

Os exames de hoje acabaram. A secretária comenta: “*Se deixar a dra. Lúcia, ela fica direto conversando...*” Dra. Lúcia entra na sala, a secretária diz para ela que no exame não está anotado o batimento cardíaco fetal. Ela ri: “*Não fiz batimento? Tudo bem... tá vivo. Bota aí... 160.*” (Clínica B, matriz).

Dr. Sílvio, com frequência, estendia-se em longas explicações sobre medicina ou a própria tecnologia, o que de quando em vez pareceu interferir em sua concentração para anotar determinados parâmetros. Em algumas ocasiões tive a impressão de que a minha presença na sala era um fator de dispersão, em especial no primeiro dia de observação. Invariavelmente era cobrado pelas atendentes e, em algumas ocasiões em que estive presente pude ‘socorrê-lo’ por ter anotado os dados no meu caderno de campo ou gravado o exame na fita de videocassete que costumava trazer comigo.²⁷³

A atendente vem cobrar algumas fotos que faltaram deste exame morfológico recém-terminado e, além disto, o dr. Sílvio esqueceu de fornecer uma das medidas cefálicas, o diâmetro occipito-frontal. Fica meio desconcertado, mas a situação se soluciona com

²⁷³ Nela registrava os exames quando as gestantes não traziam fita para gravar e me permitiam fazê-lo.

cálculos matemáticos, nos quais me envolvo, participando da montagem de uma equação. Acho que a minha presença perturbou o seu desempenho, pois o exame foi muito prolongado e não havia nenhum fator de tensão relacionado à gestação, de modo que provavelmente o esquecimento deveu-se à existência de um observador. (Clínica C).

A atendente entra e traz o laudo para o médico assinar; ele se dá conta de que “*engraçado, não fotografei o doppler*”. Mais uma vez, acho que a minha presença pode ter interferido, embora, verdade seja dita, tenha havido muita conversa, movimentação incessante e participação do pai durante o exame, prováveis fatores de dispersão. (Clínica C).

Embora por motivos óbvios não fosse uma situação desejável, os médicos que observei não me pareceram muito abalados ou irritados com o próprio esquecimento, possivelmente por já gozarem de ótima reputação profissional, não apenas entre a clientela, mas também no meio médico obstétrico.

6.3.2.2. Por tensão no ambiente

Na clínica A, observei apenas uma vez um esquecimento que poderia ser atribuído à tensão no ambiente; de um modo geral, o dr. Henrique costumava lidar de forma especialmente cuidadosa quando havia alguma angústia relacionada à procura de anormalidade fetal.

O exame está encerrado, foi uma sessão com clima muito tenso. G se levanta, veste-se e, ao sair o casal, percebo que há duas manchas de suor no papel sobre a maca, correspondendo às axilas de G [o ar condicionado desta sala é particularmente gelado]. (...) Dr. Henrique percebe que esqueceu de medir o perímetro cefálico do feto, mas consegue contornar o esquecimento utilizando alguns comandos. (Clínica A).

Na clínica C, também só presenciei uma situação na qual a existência de tensão na sala, em virtude de a gestante ter tido um sangramento no dia anterior, pode ter provocado o esquecimento do registro de um parâmetro importante – o osso nasal – problema que foi sanado porque eu havia gravado o exame na minha fita. Aparentemente, os esquecimentos ocorriam em maior escala quando o ambiente no decorrer do exame era mais descontraído.

6.4. SUBJETIVANDO A IMAGEM, MEDICALIZANDO A GRAVIDEZ E CONSTRUINDO UMA CULTURA VISUAL

O conjunto de situações observadas aponta para a existência de um processo generalizado de construção de uma cultura visual em torno das imagens fetais. A mídia, sem sombra de dúvida, desempenha um papel relevante como pano de fundo para tal construção, divulgando e promovendo a ultra-sonografia fetal como um exame imprescindível no acompanhamento da gravidez.²⁷⁴ Não cabe aqui discutir a pertinência desta noção. O ponto que desejo assinalar consiste no fato de que nas três clínicas as gestantes, na grande maioria das vezes, já virem para os exames informadas sobre eles, solicitando explicações que indicavam estarem relativamente a par do que estes podiam oferecer. A divulgação deste tipo de informação contribui de modo marcante para um segundo aspecto que ocorre simultaneamente à construção de uma nova cultura visual, que é o reforço da percepção da gestação como um ‘assunto médico’, apoiado em alta tecnologia ou, em outros termos, para o reforço da medicalização e da ‘tecnologização’ da gravidez. Um exemplo caricato desta tendência foi observado na clínica B:

Dra. Lúcia me apresenta um material trazido por G: “*Olha só isso aqui*”. É uma pasta do tipo que prende envelopes plásticos de tamanho escritório, encapada com *contact* com temas infantis, bichinhos ou algo assim. Em cada envelope plástico há uma página impressa com o assunto, funcionando como divisórias de um fichário. Na primeira divisória está o nome ‘Marcos’, em letras enfeitadas, como se fosse um álbum de fotos; em seguida, vem a divisória ‘exames’. Em cada um dos plásticos seguintes, constam separadamente os hemogramas, testes etc., seguidos por outra divisória intitulada ‘ultra-som’. Nos envelopes seguintes, organizados em ordem cronológica, estão todos os exames de ultra-som. Dra. Lúcia me informa que é o segundo filho de G e que ela havia montado uma pasta igual para o primeiro, continuando o ‘álbum’ depois do nascimento: “*Tem isso tudo e, depois que nasceu, tudo certinho, com as vacinações... tudo...*” Em suma,

²⁷⁴ No período da observação, foram publicadas duas reportagens sobre ultra-som na gravidez em revistas distintas, dedicadas à gravidez/filhos, em cada uma sendo enfocada uma das clínicas – B e C – nas quais eu desenvolvia a etnografia. A matéria sobre a clínica B foi realizada na sua matriz, que dispunha de aparelhagem mais moderna do que a filial que eu vinha observando. Em ambas as matérias, havia fotos dos médicos, de uma gestante e da aparelhagem, e no corpo da reportagem constavam declarações dos profissionais que ali trabalhavam. A clínica C dispunha de assessoria de imprensa, conforme verifiquei casualmente um dia por meio de uma prestação de contas afixada no quadro de avisos. Não investiguei se tal ocorria também nas clínicas A e B. Na TV também são exibidos uma série de programas abordando gestação e nascimento a partir de variadas vertentes – desde as mais ‘naturais’ até as mais tecnologizadas. Uma outra fonte de informações para gestantes consiste na Internet, à qual a maioria das clientes – das clínicas A e C, ao menos – tinha acesso. Não pude explorar este filão, porque fugiria demasiado ao escopo da pesquisa, mas as informações que obtive acerca dessa fonte indicam ser um universo fascinante para pesquisa.

trata-se de um verdadeiro ‘dossiê médico’ de cada filho, encapado como se fosse um álbum de fotografias. (Clínica B).

A construção de uma ‘cultura visual’ em torno das imagens ultra-sonográficas fetais dá-se por meio do que chamo de ‘socialização visual’ das gestantes que, assim como seus parceiros e às vezes até acompanhantes, tornam-se capazes de identificar por si mesmos, espontaneamente, estruturas anatômicas:

G: Tudo normalzinho, né?

Dr. Henrique: [Não responde à pergunta, prosseguindo o exame]
Aqui é dentro da cabeça [mede um parâmetro].

G: O cerebelo...

Dr. Henrique: [Com uma certa surpresa] ‘Tá craque! (Clínica A).

A mesma gestante, quatro semanas mais tarde, acompanhada de duas irmãs, parece querer introduzi-las na nova cultura visual:

G: [Observa o monitor] Abriu a boca! [Para as acompanhantes] Vocês nunca tinham visto [ultra-sonografia]?... (...) O cerebelo... [G parece muito satisfeita tanto em exibir a imagem de seu feto quanto com a aquisição de sua nova cultura visual].

Dr. Henrique: [Como da outra vez] Tá craque!... (Clínica A).

As gestantes que conseguiam decodificar sozinhas as imagens mostravam-se bastante contentes com a nova capacidade, e eram endossadas de modo aprovador pelos profissionais:

Dr. Sílvio: [Faz as medições] As medidas da cabeça... é importante, dá dados de proporcionalidade do bebê. (...) [Surge de novo a imagem do perfil, faz a medida de TN] Na frente do nariz... uma das mãos.

G: Tô vendo... tô ficando *expert* em ultra... [sorri, olha atentamente para a TV. P olha sério].

Dr. Sílvio: A própria paciente tem a identificação da imagem... antes só sabia que era bebê porque eu dizia... (Clínica C).

Muitas vezes os médicos instigavam as gestantes:

Dra. Lúcia: [Aponta a tela e se dirige a G]. ‘Tá vendo o tracinho? Sabe o que é?’

G: O fêmur... (Clínica B).

Um aspecto que chamava a atenção consistia no fato de, em todas as clínicas, existir uma abertura que propiciava indagações das gestantes e acompanhantes sobre o que estava sendo visibilizado, ou mesmo reclamações ou piadas por não conseguirem entender o que eram aquelas imagens, um comportamento que – vale frisar – em outros exames de imagem médica ou mesmo em exames de ultra-som geral seria considerado uma gafe ou, no mínimo, uma atitude inadequada dentro de um *ethos* médico:

P: [Apontando para a TV] Aquilo é o quê?
 Dr. Sílvio: Cabeça...
 G: Não sei o que ele ‘tá vendo... (Clínica C).

G: [Olhando para a TV, reclama] Não tô vendo nada hoje, e eu sempre vejo...
 Dra. Lúcia: É que ‘tá na posição pra trás, certinho... (Clínica B).

P: [Para a dra. Lúcia] Todos os pais são chatos igual eu?
 Dra. Lúcia: Você se acha chato?
 P: Eu pergunto muito... [Justificando-se] Mas só pergunto o que não sei. Pra mim [ri, aponta a tela] são as Montanhas Rochosas... Não entendo nada... ‘Tá tudo OK para o parto normal? (Clínica B).

P: [Em tom de reclamação] Eu não tô entendendo bu-lhu-fas...
 G: Eu também não.
 Dr. Sílvio: [Explica] Tem um monte de coisa na frente...
 Criança: [Olha atenta para a TV, surge a imagem do perfil do feto em 2D] Agora estou vendo! A cabecinha!
 Dr. Sílvio: ‘Tá com um bracinho na frente... [G olha sorrindo para a TV]. (Clínica C).

No tocante à criação dessa cultura visual, cabem ainda algumas observações. A primeira é que, embora altamente estimulada pelos profissionais, nem sempre a ‘socialização visual’ das gestantes ou de seus acompanhantes era confortável, como quando eram capazes de perceber a existência de alguma patologia e inquiriam o profissional antes que este encontrasse um modo adequado de comunicá-la. As poucas situações deste tipo que foram presenciadas constituíram-se em momentos extremamente difíceis e desgastantes para ambas as partes – clientes e médicos, e penosas também para a observadora.

Dr. Sílvio: Eu peguei mais a frente... [trabalha um pouco as imagens, roda a imagem da face em 3D e, em um rápido relance, a fenda labial fica evidente, a imagem permanece fixada na tela cerca de um segundo e a reação de G é instantânea].
 G: [Visivelmente angustiada] A boquinha ‘tá normal, dr.? Porque parece que tem um corte aqui... [aponta o próprio lábio superior].
 Dr. Sílvio: [Tenso, disfarçando] Não consegui ver direito... vou pedir para vocês retornarem.../
 P: /... daqui a duas semanas, dr.?
 Dr. Sílvio: Não, quatro semanas... com 28 semanas tem uma condição melhor de ver... [mostra na imagem em 3D] o braço está aqui... Muito bem... vamos adiar mais os planos de ver melhor o 3D... 26, 27 semanas... você ‘tá com 23 semanas e dois dias... (Clínica C).²⁷⁵

²⁷⁵ Gestante **Tânia**.

As situações difíceis eram tema de diversas conversas entre os médicos, possivelmente um modo de compartilharem experiências, diminuírem a tensão vivida e se apoiarem mutuamente:

Em um intervalo, a dra. Sandra diz que quando vê coisas “*muito erradas*” com o feto, “*acabo falando*”. Ficamos conversando sobre um caso que acabara de examinar e cuja imagem ainda estava na tela; ela comenta com o dr. Sílvio que o marido perguntou “*o que é aquela mancha escura?*”, acrescentando: “*Ele é veterinário, é fogo... não dá pra esconder. Ela só dizia ‘tadinho... tadinho’.*” (Clínica C).

Dr. Sílvio relata um caso ocorrido no dia anterior: “*Você devia estar aqui... era um morfológico, 24 semanas, o feto era anencéfalo... O casal era médico, mas eles não falaram no início. Só quando eu olhei o encéfalo e não vi nada, comecei a dizer ‘este é o encéfalo’, fiquei sem saber como dizer que o feto era inviável, mas acho que o marido viu a imagem e sacou, e mandou a mensagem dizendo: ‘nós somos médicos’. Aí eu disse: ‘tenho uma notícia muito ruim para dar para vocês’, e falei.*” (Clínica C).²⁷⁶

Um aspecto curioso no que diz respeito à construção de uma nova cultura visual consistiu na observação de que as crianças, em certas ocasiões presentes aos exames, com frequência tinham mais facilidade em decodificar as imagens do que os adultos, um fato conhecido entre os profissionais de ultra-som.

Aparecem as primeiras imagens na tela, e logo que surge o perfil fetal os dois meninos gritam em uníssono, na maior algazarra: “*Olha! Olha lá! Olha ela lá! Juliana!... Uúú!*” Ambos estão entusiasmados; fico surpresa com a facilidade com que identificaram a imagem. (...) Continuam olhando a tela. Enquanto correm as imagens, o maior pergunta: “*Cadê ela? Sumiu?*”, para em seguida identificar uma nova imagem de perfil: “*Olha! Abriu a boca!!! Oi, Ju! Olha!!! A mãozinha!!! Aíí! Tchaaaau!*” Todos os comentários correspondem ao que aparece na tela. Ao sairmos da sala, comento com Henrique a facilidade e a rapidez com que os meninos identificaram as imagens na tela e ele me diz que já observou isto em outras crianças também, atribuindo tal habilidade à vivência delas com computador e videogames. (Clínica A).

A subjetivação das imagens ultra-sonográficas fetais é a pedra de toque para a circulação – em uma via de mão dupla – dos valores subjacentes tanto à construção dessa nova cultura visual quanto da medicalização.²⁷⁷ As grávidas transformam-se frequentemente em ‘alunas’ aplicadas e entusiasmadas na aprendizagem de novos códigos

²⁷⁶ Este caso será discutido adiante, no capítulo 7, por outro prisma.

²⁷⁷ Este tema será abordado em maior detalhe no capítulo 7, item 7.2.

visuais e de novas informações medicalizadas sobre a gravidez – um entusiasmo que é alavancado pelo investimento afetivo óbvio das gestantes em seus fetos e que é, por seu turno, potencializado por meio das imagens fetais que vão sendo decodificadas, seja pelos médicos, seja pelas próprias mulheres.²⁷⁸ Essa aprendizagem informal evidencia uma marcante reconfiguração da vivência da gestação, na medida em que a visualidade – no passado, ausente dessa vivência exceto pelas mudanças de aspecto corporal da mulher grávida – passa a desempenhar um papel relevante durante a gravidez. Constitui-se muitas vezes uma confusão da imagem com a coisa em si – no caso, o feto – conforme fica patente em alguns exemplos:

[Surgem as primeiras imagens, muito ampliadas na tela da TV].

Avó: Ai, meu Deus! Já ‘tá enorme!

G: [Para A] Você não viu?

Avó: [Sem despregar os olhos da TV] Só a foto... ‘tá enorme!

P: [De pé, inquieto, para o dr. Sílvio] O 3D, o sr. tem aqui?

Dr. Sílvio: Sim, claro...

G: [Para P e A] Você vê **i-gual-zi-nho...**

Avó: [Ainda abismada] ‘Tá enorme... como é que pode? (Clínica C).²⁷⁹

P: Agora ‘tá de costas. Caraca! Pula muito!... Ele já ‘tá dando cambalhota aí dentro... [A imagem torna-se momentaneamente muito confusa].

G: **E agora a gente não ‘tá nem sabendo onde ele ‘tá...**

SS: [Extraí fotos da máquina] Documentando aqui...

P: [Respondendo ao comentário de G] ‘Tá na tua barriga... (Clínica C).

Os médicos não costumam desfazer este tipo de confusão, possivelmente porque parte da inegável diversão proporcionada pelo exame consiste precisamente no cultivo da ilusão de que se está vendo ‘o que é’.²⁸⁰

6.5. A FORMAÇÃO DE UMA CLIENTELA

No Rio de Janeiro existem cerca de 500 clínicas que oferecem ultra-som obstétrico.²⁸¹ Nesse contexto, torna-se auto-explicativa a importância de formação, manutenção e expansão de clientela, essencial para a sobrevivência das clínicas.

A formação de clientela baseia-se fundamentalmente em dois aspectos: o primeiro

²⁷⁸ Eventualmente, o mesmo ocorre também com seus parceiros e outros acompanhantes presentes na sala de exames.

²⁷⁹ Ênfase minha. Acrescente-se que o feto em questão media 5 centímetros.

²⁸⁰ Voltarei a este tema no capítulo 8.

²⁸¹ Dado estimativo, obtido com um informante. Não existe um levantamento formal disponível sobre o

consiste na credibilidade técnica das clínicas entre os obstetras que encaminham as clientes para exames. Dentro das clínicas existe ainda a diferenciação entre os profissionais, alguns dos quais tornam-se referências como ultra-sonografistas em obstetrícia, embora realizem também outros exames. O segundo quesito relevante é a satisfação das grávidas com o tratamento dispensado na clínica por atendentes, médicos, e também com o desenrolar do próprio exame. Os dois aspectos implicam o estabelecimento de determinadas estratégias, algumas conscientes e outras possivelmente não, por parte dos profissionais.

A manutenção da credibilidade junto aos obstetras dá-se em parte com a frequência dos profissionais das clínicas em congressos, publicação de artigos e manuais de ultra-som obstétrico, atividades em entidades profissionais e, no cotidiano das clínicas, com a comunicação telefônica entre o ultra-sonografista e o obstetra clínico em casos nos quais são encontradas anomalias ou com o objetivo de comunicar a normalidade em casos nos quais havia suspeitas da existência de problemas.

Dr. Henrique me informa: *“Conheço 70% dos obstetras das pacientes, ou porque já dei plantão, ou por ter conversado no telefone; eles me conhecem, sabem que não interfiro e não dou palpite. (...) Larguei a obstetrícia há três anos.”* Henrique me fala de seus projetos profissionais: *“Quero firmar um nome, entre os colegas, e daqui a algum tempo começar a selecionar por quais convênios atender, e ficar só com isso e particular.”* (Clínica A).²⁸²

Um outro ponto merecedor de cuidado especial é a redação de laudos, que se situa na interface entre os dois aspectos. A enorme maioria das gestantes lê o laudo que é entregue em conjunto com as fotos tiradas no decorrer do exame. As informações aí contidas devem ser redigidas de modo a informar ao obstetra eventuais achados dignos de atenção médica e, ao mesmo tempo, não alarmar demasiadamente a gestante que, seguramente – em especial nos casos nos quais existe alguma preocupação ou suspeita – lerá o laudo.

Dra. Lúcia demora mais tempo que o usual na redação do laudo deste exame, muito provavelmente escolhendo os termos para não alarmar G. Experimenta *“Não mostrou crescimento fetal”*, mas não fica satisfeita. Consulta uma colega, que sugere: *“Exame mostra restrição de crescimento fetal”*, que ela acha bom: *“Fica melhor assim”*, colocando, contudo, a observação em negrito e acrescentando no laudo: *“O doppler do cordão e intracerebral*

assunto.

²⁸² Aparentemente, os ultra-sonografistas que mais se destacam na ultra-sonografia obstétrica, como o dr. Henrique, são originários da área clínica de ginecologia e obstetrícia.

estão normais”. (Clínica B).

[Em um exame, a dra. Carla encontrou duas imagens císticas no pulmão do feto; no seguimento uma delas não foi mais encontrada] Mostra o laudo que deu, no qual descrevia a imagem, e explica o cuidado que teve para não ser alarmante: “*Não coloquei negrito, observação, nada...*” O laudo é dividido em itens, em caixa alta, correspondendo às partes anatômicas do feto [abdômen, tórax etc], abaixo dos quais consta a descrição da imagem. Comentou com ela que o item ‘tórax’ é pelo menos três vezes mais extenso do que os outros, e que só isso já chama a atenção, mesmo não tendo acrescentado nenhuma ênfase. (Clínica C).

[Após um exame no qual foi encontrada uma anomalia fetal gravíssima: o risco calculado de essa G ter um feto com anomalia cromossômica, pelos parâmetros observados no exame, passa de 1/826 – que seria o risco calculado apenas pela idade – para 1/11]. Dra. Lúcia me diz: “*É quase certo. Por isso que não me preocupei em medir o ducto venoso. Na verdade, não é TN aumentada, é toda a parte dorsal que está edemaciada... É um edema com trave [me mostra na imagem], típico de higroma...*”. Dita o laudo para a secretária: “*Imagem sugestiva de higroma cístico.*” (Clínica B).

Um outro elemento que eventualmente é levado em conta na redação de laudos é a possibilidade de indução de cesárea pelo obstetra, o que é fortemente criticado por alguns dos profissionais que observei:

Dr. Henrique me explica: “*Por exemplo, o problema da incisura no doppler (...) A incisura diz se existe uma probabilidade maior de desenvolver uma pré-eclâmpsia; em consequência disso, há um retardo no crescimento intra-uterino, uma oligodramnia... Não quer dizer que o neném vai ter problemas. Mas ela virou indicação de cesariana! (...) Não é indicação de cesariana, mas virou a desculpa para [o/a obstetra] induzir a paciente a ‘optar’ pela cesariana. Mesma coisa com a circular de cordão... a ansiedade da circular de cordão... (...) Tudo é motivo para indicar [cesariana]. Perto de feriado, então!... O ultra-som ‘serve’ pra isso. Você tem métodos ‘sugestivos’, escreve no laudo... basta falar que tem uma oligodramnia leve, que serve para o obstetra justificar a opção pela cesariana.*” (Clínica A).

A satisfação das clientes com as clínicas e a ‘fidelidade’ delas a determinados profissionais são aspectos bastante característicos do universo observado, que contrastam com outras tecnologias de imagem. Lembrando o que informou o dr. Henrique: “*Já houve paciente que me disse: ‘meu médico é você, que me mostra o neném, o obstetra só me mede e me pesa...’*”²⁸³ Embora as atitudes diferissem entre um profissional e outro, havia como

²⁸³ Ver acima, capítulo 5.

tônica uma espécie de cumplicidade entre gestantes e ultra-sonografistas, em torno do espetáculo e da diversão proporcionados pelo exame.

Era comum presenciar diálogos como estes:

P: Tem uma amiga minha que fez aqui com a sra. e adorou... por isso a gente veio...

Dra. Lúcia: [Rindo] Olha a resposta!

G: [Ri] É verdade! Ela veio aqui... (Clínica B).

Dra. Lúcia: Ué! Fiz teu exame outro dia! Mas não foi aqui, foi?

G: Não... foi no Centro... Eu vou aonde a senhora estiver... (Clínica B).

O modo caloroso e coloquial de a dra. Lúcia lidar com as gestantes seguramente desempenhava um papel importante para essa ‘fidelidade’. Era comum ouvi-la dizer sorridente ao entrar na sala de exames: “*Quanto neném tem aí?*”, sendo recebida com risos por quem estivesse na sala.

Uma estratégia que garantia a satisfação da clientela consistia no atendimento a demandas nitidamente vinculadas à produção de imagens fetais como objeto de consumo.²⁸⁴ Eram situações nas quais o profissional se esforçava para obter incidências favoráveis, em certas ocasiões demorando muito mais do que seria o tempo necessário exclusivamente para o exame, chegando a provocar algum grau de constrangimento nos clientes.

G: Dá pra fazer o 3D nessa posição?

Dr. Sílvio: ‘Tá numa situação desfavorável... a cabeça ‘tá pra trás... [mostra uma imagem muito confusa, explica com o cursor] essa imagem dá pra ver meio rosto [escreve ‘face’ acima da imagem]. [Passam-se muitos minutos e diversas tentativas inúteis de obter uma boa imagem 3D].

G: [Após manobra de prender a respiração, solta o ar, bem-humorada] Ai! [Ri] Não dá pra ver muito não...

Dr. Sílvio: Vam’ver... não custa tentar... tem cordãozinho na frente...

G: Não ‘tá enrolado?

Dr. Sílvio: Não. ‘Tá em cima da cabeça.

G: [Para o dr. Sílvio] Deixa!... Ele não ‘tá a fim de ser visto...

Dr. Sílvio: Pára de respirar... [fixa uma imagem] pode respirar... [Surge na tela a imagem do perfil fetal, em sépia, e o dr. Sílvio manipula a imagem obtendo diversas incidências, mas a imagem não fica boa]. (Clínica C).

O suporte emocional proporcionado pelo ultra-sonografista em situações difíceis no

²⁸⁴ Este tema será retomado especificamente, no capítulo 8.

passado foi mencionado por mais de uma gestante, retornando em nova gravidez:

G: Fiz exame com o sr. em outra gravidez... não foi muito feliz... na época o sr. disse uma coisa que me confortou muito... que era uma semente que não ia frutificar...

Dr. Sílvio: Quando não começa bem... é bom uma segunda chance... (Clínica C).

A determinação precoce do sexo fetal era outro dos atrativos bastante valorizados pela clientela. Dr. Sílvio forneceu-me uma explicação em termos médicos para a divulgação desta possibilidade:

[Ele] declara ter 94% de acerto na determinação de sexo no exame de translucência nugal. Informa que em recente congresso médico foi muito criticado pelos colegas por esta prática, e houve um consenso final no congresso de não se revelar o sexo neste exame, *“por causa dos problemas que os erros podem trazer em termos psicológicos”*. Ele explica que iniciou esta prática ao perceber que havia uma *“fuga”* das gestantes do exame de TN com 12 semanas, deixando para fazê-lo com 14 ou 15 semanas, quando o parâmetro já não é mais válido como indicador para rastreamento de anomalias genéticas. Começou então a *“usar a determinação precoce do sexo como chamariz para as grávidas fazerem o exame de TN na época adequada.”* (Clínica C).

Contudo, o que circulava como informação entre as gestantes aproximava-se mais do que se segue:

G: Nossa! Não ia agüentar [não saber o sexo fetal]... marquei com você para fazer translucência nugal por causa da sua fama... [Corrige-se] Não que eu não goste de você... mas seu histórico contribuiu... você fez todas as da minha filha... tenho a maior confiança em você... mas a sua fama... [O médico fica visivelmente satisfeito com os elogios]. (Clínica C).

Outro ponto relevante para a satisfação das grávidas passava também pela aceitação da presença de acompanhantes – de quando em vez muitos e variados – na sala de exames. Dado o tumulto que freqüentemente se estabelecia, causava espécie o quão pouco os médicos deixavam transparecer irritação com tais situações. Durante todo o período da observação, apenas três ou quatro vezes pude perceber discretas manifestações de aborrecimento dos profissionais durante o exame, vinculadas à confusão formada. Possivelmente existe uma certa ‘resignação’ dos médicos diante de algo considerado ‘ossos do ofício’. Era comum, contudo, depois de sessões particularmente tumultuadas, que eles se queixassem comigo de modo contundente.

A presença de crianças na sala, à parte a algazarra que era comum provocarem, criou situações algumas vezes bastante constrangedoras, como um dia em que uma menina

protagonizou uma cena após ser revelado o sexo fetal, chorando e gritando inconformada porque “*queria uma irmã, os meninos são todos um saco!*”, em uma atuação que se prolongou consideravelmente, deixando todos – inclusive a observadora – bastante incomodados, ou quando um menino de quatro anos, acompanhado do pai, presenciou o exame transvaginal de sua mãe em uma gravidez inicial, o que constrangeu consideravelmente o médico:

Ao saírem os três da sala, o dr. Sílvio comenta, irritado: “*Sou totalmente contra esse tipo de coisa... isso é a tua área... aliás, queria te ouvir sobre isso, você nunca sabe qual vai ser a fantasia... Eu enfiando aquele negócio na mãe!*” (Clínica C).²⁸⁵

A interatividade presente na ultra-sonografia obstétrica, em grande parte propiciada e estimulada pelos médicos, é uma questão que articula um sem-número de temas, dentre os quais destaco e discuto somente alguns no decorrer dos próximos capítulos. No momento, desejo apenas sublinhar que a etnografia tornou evidente que, diversamente de outros exames de imagem – que tendem a produzir uma ‘objetificação’ e ‘dessubjetivação’ do paciente, privilegiando as informações ‘objetivas’ fornecidas pela imagem técnica médica, em detrimento da experiência vivenciada pelo sujeito – a ultra-sonografia obstétrica, no universo observado, parece atuar também em um sentido inverso.

De fato, eram produzidas, além de imagens, diversas ‘verdades objetivas’ acerca da biometria e da idade fetais, estado de maturação da placenta, circulação sangüínea materna e fetal e informações sobre o posicionamento do feto no útero, conforme será discutido no próximo capítulo. Contudo, o contexto e o modo pelo qual essas informações são produzidas indicaram uma forte presença de negociações intersubjetivas em torno das imagens e, mais ainda, uma apropriação das informações assim obtidas bastante peculiar. Tanto o médico quanto a gestante utilizavam-nas, ressignificando a própria gravidez e dando sentido e forma a diversas sensações maternas. Ao fim, o que ocorre é que as imagens técnicas ultra-sonográficas obstétricas, com enorme frequência, são elas mesmas significadas e subjetivadas pelos atores presentes no escurinho da sala de exame.

²⁸⁵ Este exemplo será retomado no capítulo 8. Chamarei esta gestante de **Ana**. Uma questão merecedora de investigação consiste na reconfiguração das noções de intimidade e privacidade, existente não apenas na realização dos exames ultra-sonográficos, mas também na execução das novas tecnologias reprodutivas.

CAPÍTULO 7

“SE VOCÊ ESTÁ DIZENDO QUE É, ENTÃO É!”

A PRODUÇÃO DE VERDADES MÉDICAS E NÃO-MÉDICAS.

Dra. Lúcia: Tudo bem?

G: Espero... você é que vai ver agora... (Clínica B).

G: O que é isso aí?

Dr. Henrique: É um bracinho...

G: Não entendo nada... mas se você está dizendo que é... então é. (Clínica A).

O exame ultra-sonográfico coloca em evidência um aspecto marcante que atravessa todas as tecnologias de imageamento. Trata-se do que denomino de o ‘mito da objetividade da imagem técnica’, discutido especialmente no capítulo 2. A idéia da imagem técnica como produtora de verdades incontestáveis é produto de uma construção social, fruto de um longo processo histórico. Relembrando brevemente, esse processo tem suas raízes nos códigos de representação do corpo humano que surgem com o trabalho de Vesalius, com a instauração do paradigma anatômico, em vigor até nossos dias. Ao longo do século XVII, a objetividade na representação emerge como um problema, em conjunto com o estabelecimento dos princípios do que passou desde então a ser entendido como Ciência. O problema de ‘neutralidade’ ou ‘objetividade’ da representação do corpo atravessa o século XVIII, e o surgimento da fotografia, em meados do século XIX, é saudado como a ‘solução’ da questão. A invenção dos RX, em fins do século XIX, reintroduz o problema da interpretação das imagens do corpo. As tecnologias de imagem médica que se multiplicaram ao longo do século XX são herdeiras deste problema.

Neste capítulo, abordo a produção de verdades que ocorre no decurso de exames ultra-sonográficos, construídas especialmente a partir das noções médicas e leigas acerca da ‘objetividade’ da imagem técnica médica. Observei que, ao lado da diversão e do prazer proporcionados pela visualização das imagens fetais, análogos ao lazer propiciado por documentários – um tipo de narrativa visual que se encontra impregnada da idéia de ‘verdade’ – eventualmente emergem alguns problemas. A gravidade destes é variável mas, no todo, ficou evidente que tanto os profissionais quanto seus pacientes podem tornar-se vítimas do ‘mito da objetividade’ da imagem técnica.

Conforme mencionado acima, uma questão-chave consiste no fato de que – em que

pese a ‘socialização visual’ que se passa no universo etnografado – o detentor principal e privilegiado da possibilidade de decodificar as imagens cinzentas que se sucedem na tela do monitor continua sendo o profissional que realiza o exame. Nesse sentido, ele é o protagonista de uma situação em que gestantes e acompanhantes se transformam em atores coadjuvantes. As imagens fetais são o elemento em torno do qual os atores presentes estabelecem diversos tipos de intercâmbio.

Trato aqui principalmente de quatro aspectos relacionados à produção de verdades a partir das imagens fetais. O primeiro deles consiste nas verdades médicas propiciadas pelo exame, no tocante à saúde materna e à do feto. O segundo ponto, que se vincula de modo relevante à construção da Pessoa fetal, é a produção de verdades não-médicas, freqüentemente relacionadas à gestante, mas em especial sobre o concepto. O terceiro ponto a ser abordado diz respeito ao modo como verdades médicas problemáticas – o encontro de patologias fetais, em sua grande maioria – são manejadas no contexto observado. Por fim, destaco algumas situações que levantaram aspectos que evidenciam o quanto o mito da objetividade da imagem técnica pode eventualmente tornar-se deletério para gestantes e fetos.

Na questão da produção de verdades, mais uma vez se faz presente o eixo subjetividade/objetividade. No que tange às verdades médicas, pode-se considerar que haveria um predomínio do aspecto ‘objetivo’, pois com freqüência as verdades médicas são apresentadas como dados precisos, tais como idade fetal, peso, tamanho, fluxos sanguíneos etc., quantificáveis e traduzidos em números. Contudo, a subjetividade necessariamente se apresenta na medida em que, para que as mensurações sejam significativas, o médico deve obrigatoriamente saber interpretar as manchas cinzentas do monitor. Como exemplo, o profissional tem que saber se um traço esbranquiçado na tela corresponde ao útero ou ao fêmur do feto, pois com base neste dado o computador executará um cálculo que fornecerá a informação acerca do tamanho e do desenvolvimento fetais que se busca.

No terreno da produção de verdades não-médicas, a subjetividade é preponderante, pois as atribuições de sentido ao que está sendo visualizado na tela do monitor dependem exclusivamente da imaginação, dos valores e das crenças dos atores presentes à cena. No momento em que o exame evidencia a existência de problemas, há uma espécie de ‘empate’ nos pesos da objetividade e da subjetividade, já que não apenas o significado dos achados objetivos deve ser interpretado pelo profissional, mas também o modo como a notícia será dada e recebida pela gestante e pelos acompanhantes estão subordinados a

diversos aspectos nos quais a subjetividade predomina. Os problemas de outra ordem, provocados pela existência do mito da objetividade da imagem técnica, encontram-se impregnados por vários outros fatores, não necessariamente apenas pela subjetividade dos atores envolvidos, posto que se trata de uma construção social resultante de um sem-número de questões, parte das quais venho discutindo ao longo desta tese.

7.1. VERDADES MÉDICAS

No tocante ao aspecto estritamente médico do exame, o profissional que o realiza é o principal produtor de verdades, pois apenas através da sua possibilidade de decodificação as imagens são capazes de gerar algum sentido. Há basicamente dois tipos de verdades que, de um modo ou de outro, envolvem graus variáveis de normatização: as sobre a saúde da gestante e da gestação em si, e as sobre a saúde do feto, envolvendo idade fetal, tamanho e conseqüentemente seu estágio de desenvolvimento, além da avaliação de parâmetros capazes de indicar a existência do risco de anomalias.

7.1.1. Sobre a gravidez

A primeira verdade produzida no exame é, além da constatação da existência de uma gravidez e de sua localização – uterina ou tubária –²⁸⁶ o número de embriões existentes. Nas gestações iniciais, a visibilização do embrião torna a gravidez ‘real’ para a mulher:

G: Olha só! A mãozinha perto da cabeça! [Os dois abrem um enorme sorriso olhando para o monitor do aparelho].

Dra. Lúcia: [Mostrando na imagem no monitor] Tem cordão ali em cima. [Para P] Pai, ‘tá vendo?

P: Tô.

G: ‘Tá legal?... É inacreditável... **Agora é que eu tô acreditando** [estar grávida]... até agora era só o enjôo... (Clínica B).

Dr. Sílvio: Como vai?

Avó: Aquela ansiedade... para saber dos acontecimentos...

Dr. Sílvio: As últimas...

Avó: As últimas novidades...

Dr. Sílvio: E aí, Ângela? Como tem passado? Vamos ver como estamos hoje?

G: Isso. Vamos ver como estamos... Todos. (...)

Dr. Sílvio: [Surgem as primeiras imagens, parece-me haver três

²⁸⁶ Gravidez tubária: quando o óvulo fecundado se aloja na trompa de Falópio, gerando uma situação de risco para a mulher e que, com freqüência, é resolvido cirurgicamente extirpando a trompa afetada.

sacos gestacionais; dr. Sílvio corre por um tempo as imagens] Dois bem definidos... [mostra com o cursor] Saco gestacional... com embriãozinho aqui... [muda a imagem] e saco gestacional com embriãozinho aqui... e um 3º que não está evoluindo.

G: [Para a Avó] Não falei? Que tinha três? [Para o dr. Sílvio] Dá pra ver o coração? Batendo? (Clínica C).²⁸⁷

A existência de sangramentos no decorrer da gestação é uma das indicações formais para a realização do exame ultra-sonográfico, e freqüentemente as gestantes sequer consultavam o obstetra, preferindo ir diretamente “*fazer o ultra-som*”:

G, ainda de pé, diz que teve de novo um sangramento anteontem, mas não foi ao médico porque este exame já estava marcado. (...)

G: [Preocupada] Normal?

Dr. Sílvio: Normal.

G: Tem alguma coisa... aparentemente... do sangramento?

Dr. Sílvio: Aparentemente nada.

G: Pode ser por esforço, ou nada a ver?

Dr. Sílvio: Pode ser. Sangramento... tudo pode ser... a camada interna do útero fica muito vascularizada, pode ser um vasinho da placenta, que a borda possa sangrar... importante... esse sangramento, na grande maioria das vezes não é pra se preocupar. O problema é quando tem cólica. (Clínica C).

Ocorre às vezes a situação inversa: o exame revelando a existência de um sangramento que não havia se manifestado clinicamente.

Dr. Sílvio: Teve sangramento?

G: Não, não tive. Só viu no ultra-som. (Clínica C).

Outro aspecto a ser investigado por meio de ultra-som, com o exame de *doppler*, é referente à circulação sanguínea materna e fetal que, dependendo do estágio da gravidez, com freqüência pode levar à indicação de cesarianas, caso seja detectada alguma deficiência circulatória capaz de prejudicar o desenvolvimento do feto. Dependendo da idade fetal, esses achados implicam normatizações do comportamento da gestante, com recomendação de repouso e uso de medicação no sentido de permitir que o feto se desenvolva até o momento de ser ‘viável’, nascendo de parto natural ou cesárea.²⁸⁸

Dra. Lúcia: Deixa eu fazer o *doppler*... [ouvem-se os batimentos cardíacos maternos] isso é o fluxo teu... da [artéria] uterina...

G: Isso aí vai pra ela?

Dra. Lúcia: É... pra placenta... e da placenta pro neném...

G: Tudo bem?

²⁸⁷ Saco gestacional é a primeira estrutura formada ao haver a implantação do óvulo fecundado no útero. Dentro do saco gestacional tem início a formação do embrião e, à medida que a gravidez evolui, esta estrutura dará origem ao saco amniótico e à placenta.

²⁸⁸ Sobre a viabilidade fetal, ver discussão acima, no capítulo 3, item 3.2.2.

Dra. Lúcia: ‘Tá... [marca AUD e AUE,²⁸⁹ no gráfico dos batimentos cardíacos maternos]. Isso aqui é o fluxo materno... tem uma resistência aqui que pode fazer tua pressão subir um pouco...
 G: Mas nada demais?...
 Dra. Lúcia: Tem que ter controle... deixa eu ver de novo... (Clínica B).

A situação do cordão umbilical, no final da gravidez, é um dos pontos cruciais a serem avaliados, posto que, freqüentemente, baseados neste dado os obstetras ‘recomendam’ a realização de cesarianas.

Dra. Lúcia: Acho que ‘tá com circular... Xô ver... [Busca imagem, com cor, *doppler*] É. Tem, mas é circular folgada...
 P: É o quê?
 Dra. Lúcia: O cordão enrolado... [mostra na tela, com o dedo] ‘tá vendo isso colorido? É o cordão... ‘tá enrolado. Ó os vasos do cordão [surge um corte transversal do cordão, sem cor, como se fossem três rodela acopladas]. A veia, as duas artérias... direitinho. (Clínica B).

A medição da quantidade de líquido amniótico, em geral no período final da gestação, é outro dos parâmetros cujo cálculo pode levar à indicação de interrupção da gravidez por meio de cesariana. Eventualmente, há exames sucessivos com o sentido de monitorar a evolução da quantidade de líquido.

G: Tô curiosa pra ver o peso dos nenéns e se a bolsa ‘tá recuperando o líquido...
 Dr. Sílvio: Se for uma fissura... alta... pode cicatrizar, depende se é ruptura alta, ruptura baixa...
 G: Ah! Que bom!
 Dr. Sílvio: Porque ele não deixa de fazer pipi... não é o seu caso, porque detectou redução de volume... (Clínica C).

Uma ‘verdade médica’ curiosa que emergiu com freqüência, em especial nas clínicas B e C, consistiu na ‘proveniência’ do óvulo que deu origem ao feto. Os profissionais lidavam de modo diferente com a informação – diga-se de passagem, totalmente irrelevante de um ponto de vista clínico. Na clínica B, a dra. Lúcia mencionava de modo galhofeiro a existência de uma “*simpatia dos ovários*”, que supostamente daria uma indicação probabilística do sexo fetal, recebida com risos pelas gestantes quando estas conseguiam perceber o *nonsense* contido na brincadeira.²⁹⁰ Na clínica C, que recebia muitas gestantes que haviam passado por um processo de reprodução assistida, a

²⁸⁹ Respectivamente, artéria uterina direita e artéria uterina esquerda.

²⁹⁰ Este assunto será discutido de modo mais extenso no capítulo 9, item 9.1.2.1.

informação era fornecida de modo totalmente diverso, em tom solene:

Dr. Sílvio: [Vamos] Ver agora os ovários... [mostra] esse aqui é o seu ovário direito... vários cistos, da estimulação ovariana... [permanece um tempo em silêncio] aqui o esquerdo... Foi o direito que ovulou. (Clínica C).

G: Posso falar uma coisa? No outro ovário ‘tava com um negocinho...

Dr. Sílvio: Isso.

G: A pergunta é o seguinte: tem que tomar alguma precaução?

Dr. Sílvio: Nada. É persistência de corpo lúteo.

G: E um dia ele vai tomar o rumo dele?

Dr. Sílvio: Não vai mudar em nada... a única coisa bacana é saber que [a gestação] foi fruto do seu ovário direito. (Clínica C).

Existem ainda outros parâmetros passíveis de avaliação – a incisura – ²⁹¹ que têm um caráter preditivo probabilístico acerca da possibilidade de a gestante desenvolver pré-eclâmpsia, um quadro potencialmente danoso a ela e ao feto. A interpretação destes parâmetros variava entre os profissionais, tanto ultra-sonografistas quanto obstetras e, dependendo da história de gestações pregressas da mulher, constituía-se em uma avaliação cercada de muita angústia por parte da grávida.

7.1.2. Sobre o feto

A preocupação acerca da saúde fetal está sempre presente de um modo ou de outro, e em graus variáveis. Existem normatizações estabelecidas sobre idade e desenvolvimento fetais, refletidos pelos cálculos de peso e tamanho fornecidos pela aparelhagem. Em relação a estes aspectos, a imagem em si torna-se temporariamente secundária, sendo utilizada apenas como base para mensurações que, processadas pelo computador, resultam em quantificações aproximadas de peso e tamanho fetais.

A determinação da idade fetal por meio do exame de ultra-som passa a prescindir ou mesmo sobrepor-se à informação da mulher sobre a data da última menstruação, anteriormente o único método disponível para a datação da gravidez.

P: O tamanho, qual é? [do embrião].

Dr. Sílvio: 11mm, o saco gestacional. O embrião... não vi ainda... pode ser que eu não veja! E a definição é que deve ter feito uma ovulação tardia... **e a gente vai ter que ajustar a idade**

²⁹¹ Incisura, avaliada no exame de *doppler*, é uma medida do aumento da resistência ao fluxo sanguíneo nas artérias uterinas e, portanto, pode ser uni ou bilateral. No segundo caso implica a tomada de algumas precauções como o uso de aspirina pela gestante e um monitoramento estreito das condições circulatórias maternas e fetais, assim como do crescimento fetal por meio de exames de ultra-som.

gestacional. É... para informação... para ela... o parto seria 17/4, para mim seria 24/4, corrigindo por esse exame de hoje. (Clínica C).

Dra. Lúcia: Lembra a data da última regra?

G: 22 de agosto.

Dra. Lúcia: Então é [sic] doze semanas... [mede o perímetro cefálico] Ué... aqui dá mais... pelo cálculo dá 14 semanas. Fica assim, então, 14 semanas. (Clínica B).

Dr. Henrique: Sabe a data da última menstruação?

G: Não me lembro direito...

Dr. Henrique: Não tem importância... **a gente vê aqui, o ultra-som dá** [a idade fetal]. (Clínica A).

O peso e o tamanho do feto, embora bastante objetivos em sua essência, eram na maior parte das vezes motivo de comentários em torno da normalidade ou não do desenvolvimento fetal, freqüentemente com conotação valorativa. Gestantes e pais orgulhavam-se de saber que seus fetos estavam ‘bem desenvolvidos’. Embora este aspecto tivesse um caráter ‘médico’ relevante, era tingido por diversas atribuições de sentido por parte das gestantes e acompanhantes, fosse por um prisma generificado – meninos deveriam ser fortes e bem desenvolvidos e meninas, *mignonettes* e delicadas – fosse por buscarem semelhanças com mãe ou pai.²⁹²

Dr. Sílvio: A barriga... [mostra] isso aqui é a veia umbilical entrando embaixo do fígado... o coraçãozinho... [marca em duas imagens que fixou: ‘abdômen’ e ‘tórax’].

P: As medidas ‘tão batendo?’

Dr. Sílvio: Perfeito, dentro do esperado... (Clínica C).

Dra. Lúcia: Esse é o fêmur, o osso da perninha (...) Sabe quanto ‘tá pesando? Teu neném tem 62 gramas!

P: E... me diga uma coisa... pro tempo que tem... ‘tá bem pesado?... ‘tá forte?... Porque a gente diverge: ela quer um ratinho, eu quero um bebezão... quer dizer... ratinho, não... (Clínica B).

P: E o peso... o tamanho, doutor?

Dr. Henrique: ‘Tá ótimo, normal...

P: [Sussurrando para G] Vai ser forte como o pai, bonito como a mãe... [Ambos riem, se beijam]. (Clínica A).

A revelação precisa do sexo fetal era um outro momento no qual a informação médica, anatômica, era raramente recebida de modo indiferente, sendo rapidamente apropriada e transformada em nova fonte de produção de verdades, a partir daí

²⁹² Estes temas serão abordados adiante neste capítulo e também discutidos mais extensamente no capítulo 9.

patentemente não-médicas.

O exame de translucência nucal, realizado entre a 11^a e a 13^a semana gestacional, em conjunto com a medida do osso nasal, é o exame mais cercado de expectativas no tocante à avaliação do risco de existência de anomalias fetais. A alteração destes parâmetros fornece uma indicação probabilística que, em conjunto com a idade materna, resulta em um número que representa a taxa de risco de aquela gestante estar gerando um feto portador de anomalia. Este número, comparado com a taxa de risco de aborto oferecida pelo exame de amniocentese – mais invasivo e mais preciso no que tange às anomalias cromossômicas – é apresentado às gestantes para que elas decidam se desejam ou não se submeter à amniocentese. As gestantes, em sua maioria, estavam informadas acerca do sentido do exame, em especial o de translucência, embora freqüentemente houvesse confusões no entendimento preciso do significado de parâmetros alterados. Em diversas ocasiões, presenciei explicações fornecidas pelos médicos às grávidas de modo mais ou menos didático e, na maior parte das vezes, tive a impressão de que o sentido exato escapava a elas.²⁹³

G: [Como se desculpando] Confesso que tô um pouquinho ansiosa...

Dra. Lúcia: Por causa da translucência? (...)

G: De todos [exames], mais do que o morfológico... esse exame é o que mais me preocupa. (Clínica B).

Dr. Henrique me explica, um tanto irritado: “*Elas vêm para este exame [TN], dizendo o seguinte: ‘Hoje eu vou saber se meu neném é normal ou anormal, se tem síndrome de Down ou se não tem síndrome de Down’. Às vezes elas saem até um pouco frustradas porque não é pra isso, é só uma taxa de risco, não é pra saber se é normal ou não. Só indica que tem uma possibilidade maior [de existirem anomalias], tem que fazer amniocentese para ter o diagnóstico. Os médicos hoje fazem uma consulta muito rápida, é convênio, então eles dizem: ‘Você vai fazer a translucência nucal porque, se der alterado, seu neném pode ter síndrome de Down.’ Acabou, pronto, em quatro segundos falou, a paciente chega aqui e aí pergunta: ‘E aí, doutor, o neném é normal?’ Acabo eu tendo*

²⁹³ Em uma situação, a médica e eu fomos surpreendidas pela declaração de uma gestante que denotava a atribuição de um sentido um tanto bizarro à amniocentese, como se o procedimento representasse uma proteção contra todo e qualquer problema:

Dra. Carla pergunta se já sabem o sexo, G responde que é um menino, teve o resultado pela amniocentese. Iniciando o exame, pergunta à G porque fez amniocentese, pois é uma mulher jovem e a TN foi normal. G menciona ter passado por “stress no início da gravidez”.

Dra. Carla: A gente fica mais tranqüila com amniocentese, né?

G: [Casualmente] Ele [aponta P] foi seqüestrado quando eu estava no início [de gestação], passei por muito stress, fiquei preocupada, resolvi fazer o exame. (Clínica C).

que explicar.” (Clínica A).

Ficou patente no universo etnografado que, no tocante à produção de verdades médicas, se por um lado a tecnologia desfaz tensões dos mais variados tipos, por outro é também produtora de ansiedades que, em um ciclo de retroalimentação, só o uso da tecnologia pode de algum modo ajudar a dirimir.

7.2. VERDADES NÃO-MÉDICAS

Em conjunto com a produção de verdades médicas ocorre uma vasta e rica produção de outro tipo de ‘verdades’, na qual, diferentemente das primeiras, médicos, gestantes e acompanhantes atuam em co-parceria, sempre a partir das imagens fetais. Há basicamente dois tipos de verdades que são construídas desse modo. O primeiro deles diz respeito à reconfiguração da subjetividade materna, tendo como eixo principal a significação ou a ressignificação de sensações maternas calcada na visualidade. O segundo tipo refere-se à subjetivação fetal, que se constitui como um momento marcante na construção social do feto como Pessoa. A construção de gênero, especialmente a partir da determinação do sexo fetal, detém uma parcela significativa nesse processo, motivo pelo qual será tratada especificamente em capítulo à parte. Por enquanto, detenho-me na discussão da produção de verdades subjetivantes acerca do feto que me pareceram ser relativamente independentes da construção de gênero.

7.2.1. Significando as sensações maternas

A significação das sensações maternas tem dois momentos distintos. O primeiro ocorre quando, na gravidez inicial, a gestante tem acesso às primeiras imagens de seu embrião ou feto, transformando-se em mãe pela primeira vez naquela gestação.

G: [Sorrindo, enquanto se deita na maca] Tô muito enjoada...

Dra. Lúcia: Marinheiro de primeira viagem... lembra da data da última menstruação?

G: 17 de março.

Dra. Lúcia: Sete semanas, então! Vai ver embriãozinho e tudo... [Espalha o gel, surgem as primeiras imagens] Você queria engravidar?

G: Queria, né? Já tinha 40 [anos]!...

Dra. Lúcia: É, mãe... ‘Tá grávida mesmo... vam’ medir... 13mm... [G sorri, dra. Lúcia aponta a tela] Olha o coração lá! [Ouve-se o som dos batimentos cardíacos fetais, a dra. Lúcia repete seguindo o ritmo] ‘Tá bom, ‘tá bom, ‘tá bom... [G tem um largo sorriso estampado no rosto, está evidentemente feliz com o que vê]

Presentão, hein? [Mostrando com o dedo na tela do monitor] Aqui o teu útero todo... o saco gestacional... vai ser a bolsa d'água... Ali [mostra] é o útero, 'tá tudo fechado... Tu acha [sic] que vai ser o quê? Rapaz ou moça?

G: Uma moça... (Clínica B).

G: 'Tá prontinho... ele já se mexe? Eu não sinto ainda não... [A imagem pula na tela].

Dr. Sílvio: No caso, 'tá mexendo...

G: Que gracinha!... Que lindo!... (Clínica C).

O segundo momento ocorre quando, já sentindo os movimentos fetais, por meio da visualização das imagens, a grávida correlaciona suas sensações a determinadas partes do corpo do feto.

G: O que tem aqui?

Dra. Lúcia: Braço, perna...

G: Sinto um osso me cutucando... deve ser joelho... (Clínica B).

Dra. Carla: [Espalha o gel, surgem as primeiras imagens, mostra com a sonda sobre a pelve de G] Aqui a cabecinha...

G: Então virou!... na outra [ultra-sonografia] estava pra cima... [pensativa] Então o que sinto aqui é o pé? [Aponta para seu hipocôndrio direito].

Dra. Carla: Não... aí é o bumbum... a cabeça 'tá aqui... [mostra a pelve de G] Aqui o dorso, do lado direito...

G: Aqui eu sinto bastante... deve ser grande o bumbum dela! (Clínica C).

Dr. Henrique: [Mostra com a sonda sobre o abdômen de G] Os bracinhos estão aqui para baixo...

G: Ah! Então é isso que me dá um cutucão! (Clínica A).

Nesse segundo momento, é como se as gestantes se 'apropriassem' e adquirissem o controle sobre seus fetos, o que paradoxalmente reforça a noção do conceito como um ente separado dela, apenas temporariamente alojado em seu útero. Eventualmente o fato de identificar e conectar partes do corpo fetal a determinadas sensações ajuda as gestantes a tolerarem sensações dolorosas, em especial no final da gravidez.

G: Sinto uma dor aqui... o que é?

Dr. Henrique: É o pé que está aí.

G: Ai! Ele enfia o pé na minha costela!... Também, né, meu filho, 'tá tão apertado aí, né? (Clínica A).

7.2.2. Subjetivando o feto

A atividade fetal observada por meio das imagens dificilmente escapa de ser subjetivada pelos atores presentes – médicos, gestantes e acompanhantes – que se alternam nas interpretações as mais diversificadas e imaginosas possíveis:

Dra. Lúcia: [A imagem do feto vira, como uma cambalhota] Virou. Agora ‘tá com o bumbum pra cima...

P: [Meio timidamente] Isso é aquilo... de timidez?... Que ele virou pra baixo? **Aquilo que ele sabe que está sendo olhado e bota a mão no rosto?** (Clínica B).

Dra. Lúcia: Ó, mexendo os braços! As pernas... ó, como mexe! [Animada com a imagem, bastante nítida e que se mexe muito] Á lá! Com os dois braços pra cima!

P: Fazendo pose... ele...

Dra. Lúcia: Tem uma mãozinha de cada lado... [Correm imagens] Olha só! [A imagem da mão se mexe].

P: **‘Tá dando tchauzinho...** (Clínica B).

Dr. Sílvio: Aqui a imagem da face... é pele e osso nessa época... abriu a boca... [A imagem do perfil abre e fecha a boca].

P: [Para G] Fechou, ‘tá vendo?

Dr. Sílvio: Isso eu acho bom... **uma criança que boceja dentro do útero, ‘tá tranquilo...** Isso não tem nada a ver com medicina, mas a gente tem a impressão... **ninguém boceja em situação de stress...** (Clínica C).

Dr. Henrique: Isso é o cordãozinho... [ouve-se o som da pulsação] a coloninha... ‘tá difícil ver o sexo... vou sacudir ele um pouquinho aqui [balança a sonda sobre o abdômen de G, que ri]. Vam’lá, neném!

Avó: Com o Paulo também foi assim, [G] teve que virar de lado...

Dr. Henrique: **Não quer mostrar...**

G: Faz isso com a gente não, neném! (Clínica A).

Dr. Sílvio: A cabeça ‘tá aqui (...) Mostrei cortes ao comprido, transversal... **‘Tá chutando. Fiz algo que ele não gostou...** apertei... (Clínica C).

Na comparação com as outras duas clínicas, a subjetivação fetal observada na clínica C revelou um discurso mais psicologizado dos atores presentes, com ‘tonalidades’ por assim dizer psicanalíticas, fosse atribuindo significações ‘ocultas’ às ações fetais, fosse considerando a possibilidade de o feto ‘interpretar mal’ o que estava sendo conversado na sala.

[Em exame anterior foram visualizadas imagens císticas no pulmão. Este é um exame de acompanhamento do problema].

Dra. Carla: **Ela ‘tá colaborando!** ‘Tá de frente, de peito aberto! [Faz um gesto mostrando a posição] Não estou vendo mais nada...

G: [Ainda não acreditando] Nem área branca, nem nada?
 Dra. Carla: Nada. A área branca era muito focal.
 G: [Abrindo um grande sorriso] É um presente!
 Dra. Carla: [Para G] Vai trazer uma foto pra mim?
 G: Com certeza! Vou tirar várias fotos pra trazer. [Correm diversas imagens pela tela, a dra. Carla permanece em silêncio] Só o fato de você não estar vendo [o cisto], quer dizer que não cresceu...
 P: O Sílvio viu dois, com três meses; na ressonância, o Henrique só viu um...
 G: [Satisfeita, para P] Foi o Reiki, falei pra você!
 P: **Mari ‘tava se valorizando, arrumou um cisto pulmonar pra chamar a atenção...** (Clínica C).

Dra. Carla: [Busca registrar os batimentos cardíacos fetais]. Finalmente consegui!
 G: Não?
 Dra. Carla: Consegui, ela deu um tempinho... 146 batimentos por minutos. [Para G] O que mais vocês querem saber?
 P: Que ela não saia antes da hora!
 G: Rogério! **Ela ‘tá ouvindo! Vai pensar que você não quer ver ela!** (Clínica C).

Dr. Sílvio: [Tentando obter uma imagem em 3D] Vou pedir a você pra me ajudar... [Aperta um ponto na pelve de G, com a sonda] Bota a mão aqui... aperta...
 G: Coitado! **Vai ficar traumatizado!**
 Dr. Sílvio: [Ri] Pode dizer a ele que o médico pediu... [G ri].
 P: [Rindo, para o dr. Sílvio] Você segura [a ‘reclamação’ ou ‘trauma’ do feto]?... [Todos riem]. (Clínica C).

7.2.3. ‘Semelhanças’ com a família

Um outro conjunto de verdades não-médicas produzido no universo observado diz respeito ao encontro de sinais de pertencimento do feto à família, calcado em ‘semelhanças’ de ordem física ou ‘comportamental’ com membros da família. Às vezes, os médicos instigavam a busca de semelhanças físicas, mas com frequência o assunto surgia espontaneamente.

Dr. Henrique: [Mostrando a imagem 3D] Á! lá! Parece com quem?
 G: O que é aquele nariz ali? [Para P] Não é o teu não... (Clínica A).

Dra. Lúcia: Aqui a nuca... ‘tá ótima. Á lá o fêmur... o tamanho do fêmur...
 P: Se for ser do meu tamanho... [aponta o próprio fêmur, indicando que vai ser alto].
 G: Minha barriga vai ficar enorme... (Clínica B).

Do ponto de vista comportamental, as ‘semelhanças’ poderiam estar carregadas de conotações positivas ou negativas e, em várias ocasiões, serviram como base para

implicâncias ou brincadeiras entre casais:

O casal vem para o exame com a certeza de que o feto é feminino. O médico revela que o feto é masculino, G mostra-se muito decepcionada, P fica eufórico.

P: [Liga o celular] Vou falar com a minha sogra... minha mãe... meu pai... tô até tremendo de tanta emoção... **mas é meu filho mesmo! Só pra contrariar a mãe...** Eu sabia!... ‘Tá tudo certinho, doutor?’ (Clínica A).²⁹⁴

P: Nesse horário se mexe mais... (são mais de 19h).

G: **De manhã quase não se mexe...** [ri, olha para P] **que nem você.** Só funciona depois das 11 da manhã... Aí ele pega no tranco... Antes... [ri, P também ri]. (Clínica C).

Havia uma preocupação com uma imagem que surgira em exame anterior. Neste exame, aparentemente tudo estava normal.

G: [Para P] **Só podia ser sua filha mesmo, pra dar esse trabalho todo.** (Clínica C).

G: [Para P, provocativa, brincando] Já vi que tem beicão... não é meu! É seu!

P: [Fazendo bico] Minha boca é pequenininha...

G: Eu não tenho boca... [Na realidade, ambos têm os lábios grossos, parece ser uma brincadeira entre eles]. (Clínica C).

Na clínica C, as ‘semelhanças’ eventualmente continham de modo implícito um sentido de linhagem.

P: Se nascer 6^a feira que vem, vai estar com 39 semanas e uns 47cm...

G: Se nascer baixinha e invocada... as mulheres da minha família são todas baixinhas e invocadas [ri].

P: Na minha família são altas. [Ri] Altas e invocadas. A avó não é alta, mas é invocada... [Para G] Melhor a família do teu pai... [Ri] Sangue alemão tem poder! (Clínica C).²⁹⁵

7.3. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A tecnologia de ultra-som aplicada à obstetrícia tem como *raison d'être* o diagnóstico pré-natal, conforme discutido acima.²⁹⁶ Existe, portanto, subjacente à realização de qualquer exame, uma tensão relativa à possibilidade de que se encontre alguma patologia, materna ou fetal. Em que pese a afirmativa do dr. Sílvio de que “a

²⁹⁴ Chamarei a gestante desta vinheta de **Paula**. Este caso será retomado no capítulo 9, nos itens 9.1.1, 9.1.3, 9.2.1.1 e 9.2.1.2.

²⁹⁵ Gestante **Isabel**.

²⁹⁶ Ver capítulo 4.

expectativa do ultra-som obstétrico é de uma coisa boa... diferente de quando você tem um câncer, vai ver se tem no fígado... já vai meio preparado para uma notícia ruim...”, em diversas ocasiões a impressão que eu tinha era de que havia um clima excessivamente eufórico e um reforço do ‘ultra-som como espetáculo’, quase como uma tentativa ‘mágica’ de ‘afastar os maus fluidos’.

G: Translucência... ‘tá normal?

Dr. Sílvio: Bem fininha... o que vocês vão receber é um número de risco corrigido... [o resultado da translucência] corrige pra cima ou corrige pra baixo... o risco da idade. Não diz se tem ou não algum problema... Mas ‘tá distante do risco...

G: E a gente? ‘Tá distante do risco?...

P: Mas isso é quando há... [nitidamente tentando evitar um pensamento sobre a possibilidade de anomalia fetal]. Deixa pra lá... ficar falando do filho dos outros... (Clínica C).

Considerando esta questão de um modo linear, levando-se em conta apenas o conteúdo explícito observado, chegava a ser de certo modo surpreendente o clima alegre que ocorria na maioria das sessões e quão poucas vezes era mencionada de maneira clara a possibilidade de haver problemas. A pergunta “*Está tudo bem?*”, ou “*É normal?*”, era freqüentemente formulada pelas gestantes em tom casual, como se a única resposta possível fosse a positiva. Contudo, eventualmente ocorriam problemas, havendo más notícias a serem dadas para as grávidas. Os profissionais observados utilizavam diferentes estratégias, que dependiam em parte das suas próprias características pessoais e daquelas das clientes, além do tipo e da gravidade do problema. Apesar de haver uma gama bastante variável de possibilidades de atuação, foi observado que cada profissional adotava um determinado tipo de estratégia para lidar com a situação.

A comunicação das más notícias passava-se em dois tempos: no tempo real, durante a execução do exame, e em um segundo momento, quando ocorria como que a ‘concretização’ da notícia, com a redação dos laudos e a informação direta ao obstetra pelo ultra-sonografista. Observei que havia basicamente três estratégias utilizadas pelos profissionais para lidarem com essas situações.

Uma das estratégias mais freqüentes consistia em não comunicar nada à gestante durante o exame e, mais tarde, entrar em contato com o/a obstetra para que ele/a manejasse a questão.

Dra. Lúcia: Ó o bocão! [A imagem do feto de perfil abre a boca e põe a língua pra fora] Á a língua! ‘Tá botando a língua pra você! [Para G, quando surge a cor do *doppler*] Isso aí é o fluxo do sangue, viu? O fluxo do cérebro, viu? [G olha as imagens, apática].

Sua pressão ‘tá boa, tudo direitinho?

G: ‘Tá.

Dra. Lúcia: Aumentou muito de peso?

G: 11kg.

Dra. Lúcia: Depois vai sofrer pra perder esse peso... [Continua a fazer o *doppler*, em silêncio] O bebê ‘tá ótimo, viu? Tem uma circular no pescoço, mas tem nada não, tem bastante líquido, ‘tá botando até a língua pra gente!... Agora... [Enfática] Pára de engordar... A pressão pode subir um pouquinho... [Ralha rindo, em tom brincalhão] Não arranja desculpa que ‘tá comendo por dois não, viu?!

O exame está terminado; dra. Lúcia limpa o abdômen de G que se levanta e sai com a acompanhante. Pergunto à dra. Lúcia se tem incisura e ela me responde com ar preocupado que “*sim, é uma incisura bilateral acentuada, e o exame está muito alterado pela incisura e pelos índices fluxométricos.*” (Clínica B).²⁹⁷

Dra. Sandra comenta com dr. Sílvio sobre um exame em que viu algo anormal, “*uma fossa magna com 14mm*”, mas não disse nada para a gestante. Ele sugere: “*Fala só com o Márcio [obstetra], avisa a ele, mas não fala com ela.*” (Clínica C).

Havia discrepâncias entre o discurso e a prática, pois quando uma médica na clínica B comentou que daquele momento em diante iria “*falar pouco nos exames*”, pois estivera recentemente “*num negócio de ética aí que teve, uma conferência que o cara ficou falando que a gente devia falar pouco pras pacientes...*”, a dra. Lúcia se contrapôs imediatamente, dizendo: “*Ah! Depende da paciente! A gente vê... eu falo tudo pra paciente.*” – o que, conforme eu observara, não correspondia exatamente aos fatos, conforme o exemplo acima ilustrou.

A exceção a esta quase ‘regra’ era o dr. Henrique:

Pergunto a Henrique se ele informa as pacientes quando encontra patologias, ele diz que sim, **sempre**. Há divergências entre os colegas, alguns não dizem nada para as pacientes e se comunicam só com o obstetra, mas ele faz as duas coisas: “*Até porque elas sempre perguntam se está tudo bem, e eu acho errado dizer que está, se não está. Aí é um stress, tem as reações mais variadas, e também gasta muito tempo. Mas eu sempre converso, explico as possibilidades. E depois ligo para o colega.*” (Clínica A).

Uma segunda estratégia consistia em mostrar primeiramente os aspectos normais do feto, enfatizando-os, para em seguida apontar aspectos francamente patológicos ou que deveriam ser melhor avaliados em um acompanhamento.

²⁹⁷ O que, traduzido em termos clínicos, significava que o feto não estava recebendo um afluxo adequado de sangue e corria sério risco de vida. Em geral, nesses casos, recomenda-se a interrupção da gravidez com uma cesariana.

Dra. Sandra diz que no exame da semana passada viu um cisto em um dos gêmeos e passou a semana “na maior agonia, existe outro feto [normal], e havia uma questão urgente a resolver, pois caso esse feto fosse inviável, teria que ser ‘reduzido’”.²⁹⁸ O Sílvia não faz isso, mas felizmente parece que é um cisto sem maior significação”. Fico sabendo que esta gestação foi fruto de fertilização *in vitro*. Pergunto à dra. Sandra como costuma lidar com situações complicadas; ela diz que é muito difícil. Neste exame, começou “falando do ‘fetinho 2’, que estava ótimo etc., para só então falar que tinha visto na semana passada uma coisa, mas que agora até estava menos preocupada do que antes”, e só aí falou para o casal abertamente o que havia visto. (Clínica C).

A terceira forma de lidar com más notícias era fornecê-las diretamente durante o exame, uma situação sempre traumática para as gestantes e sofrida para os profissionais. Poucas vezes presenciei situações do gênero, mas os profissionais forneceram-me diversos relatos sobre algumas delas pelas quais haviam passado. Evidentemente a gravidade da situação a ser comunicada desempenhava um papel relevante na dificuldade de os profissionais lidarem com este tipo de comunicação.

Dr. Sílvia relata: “Tenho a maior dificuldade em dar um diagnóstico de dúvida. Até hoje não resolvi isso. Quando é uma certeza, por pio que seja, sei como lidar. Mas dúvida... é muito difícil lidar. Tive um caso (...) era um morfológico, 24 semanas, o feto era anencéfalo... (...) Aí eu disse: ‘tenho uma notícia muito ruim para dar para vocês’, e falei. Mas nesse caso, eu tinha certeza, é ruim, mas dá pra lidar. Foi horrível.” (Clínica C).²⁹⁹

Dra. Sandra conta um caso ocorrido em que o feto, de oito meses, estava morto. A gestante informou que havia telefonado para o obstetra duas semanas antes, “dizendo que [o feto] tinha parado de mexer”, e o médico teria respondido que “tem uns que mexem mais, outros menos”. Diante disso, a gestante só foi fazer o exame 15 dias depois. Na hora de dar a notícia, a dra. Sandra diz que não usou o termo ‘morto’: “Não consegui, disse que o feto estava sem vida”. Pergunto como foi a recepção da notícia; ela diz que os dois gritavam na sala, chorando, e que ela teve que ficar mais uma meia hora conversando com o casal. O marido teria perguntado se era culpa do obstetra, Sandra comenta que “é um tipo de coisa muito difícil de lidar.” (Clínica C).

Dra. Lúcia relata a situação de uma paciente que teve uma gravidez tubária rota, e meses depois engravidou. Foi fazer o exame para ver a localização da nova gravidez e estava com muito medo de que fosse outra tubária. A médica disse para ela: “Claro que vai estar tudo bem, deixa de bobagem!”, e quando começou o

²⁹⁸ Termo eufemístico para designar a retirada de um embrião ou feto anômalo resultante de fertilização assistida. Fala-se sempre em ‘redução’ nestes casos; jamais o termo ‘aborto’ foi mencionado.

²⁹⁹ Este mesmo caso já foi abordado no capítulo 6, mas por um ângulo diferente.

exame, viu que se tratava de outra gravidez tubária. Diz que ficou “ **muito sem jeito para dar a notícia**, a gestante começou a chorar e a pedir desculpas ao marido, lamentando: ‘Ele queria tanto esse filho!’ ”, e a dra. Lúcia teria perguntado: “Por que desculpas? Mas tu não queria [sic] também?” (Clínica B).

Dr. Sílvio me pergunta: “A Carla te contou sobre uma ‘saia justa’ que ela passou? Veio uma gestante com tanta gente, mas tanta, que não cabia todo mundo na sala. Aí eles fizeram o seguinte: entrava uma parte e depois entrava a outra. Só que ela descobriu que o feto era anencéfalo! **Ela ficou tão nervosa que acabou interrompendo o exame no meio** e vindo me perguntar o que fazer”. (Clínica C).

As estratégias dos profissionais podiam ser ‘atropeladas’ pela socialização visual das gestantes, quando estas conseguiam decodificar que algo de errado estava acontecendo e inquiriam diretamente os médicos – situações particularmente constrangedoras, pois era como se pegassem o médico ‘de surpresa’, antes que ele tivesse tempo de estabelecer com alguma calma a abordagem que daria àquela situação, como ocorreu no caso já citado no capítulo 6.³⁰⁰

O feto apresentava uma anomalia e a gestante não havia sido informada do fato. Durante o exame, em um rápido relance, a fenda labial fica evidente, a imagem permanece fixada na tela cerca de um segundo e a reação de G é instantânea.

G: [Visivelmente angustiada] A boquinha ‘tá normal, dr.? Porque parece que tem um corte aqui... [aponta o próprio lábio superior].

Dr. Sílvio: [Tenso, disfarçando] Não consegui ver direito... vou pedir para vocês retornarem.../

[Fico **eu** angustiada com a situação, e tendo a certeza de que a gestante de fato viu a anomalia].

(Clínica C).

Gestantes sensíveis ou preocupadas olhavam com frequência e fixamente para o rosto dos médicos, buscando nos seus semblantes indicações – positivas ou negativas – acerca do que se passava, e os profissionais estavam cientes deste tipo de questão.

Dr. Sílvio relata: “Eu estava fazendo o exame, aí o marido me disse: ‘você não sabe o que aconteceu... depois do último exame, ela passou a noite sem dormir, porque achou que você estava com uma ruga na testa’... [Para mim] Sabe aquele gesto que eu faço e nem percebo? [De passar o polegar e o indicador pelos cantos da boca entreaberta, parece um tique seu]. Pois é... aí a paciente virou pra mim e disse: ‘isso, por exemplo, que você fez agora... o que quer dizer?’ ” (Clínica C).

³⁰⁰ Gestante **Tânia**. Ver itens 6.3.1.2 e também 6.4.

Ao longo do tempo da observação, tornou-se evidente que a questão das más notícias e de como apresentá-las às gestantes está longe de ser um consenso entre os ultrasonografistas. Não existe nenhum tipo de protocolo recomendado pela Sociedade Brasileira de Ultra-Som a respeito do assunto, de modo que as atitudes a serem tomadas dependem exclusivamente de decisões pessoais dos profissionais, calcadas em seus valores e crenças.

7.4. O MITO DA ‘OBJETIVIDADE DA IMAGEM TÉCNICA’ E SUAS VÍTIMAS

Finalizando o capítulo, gostaria de abordar um tema relativamente pouco explorado na literatura, mas bastante familiar aos profissionais que lidam com diagnóstico por imagem. No campo da ultra-sonografia, esta questão pode adquirir contornos dramáticos, com os quais os profissionais são confrontados diretamente. Todos os médicos no universo observado estavam profundamente cientes do peso e da importância da subjetividade contidos em sua atividade cotidiana, tanto do ponto de vista da decodificação das imagens quanto no que dizia respeito ao contato direto com a clientela, e se ressentiam da atribuição de objetividade à imagem técnica, fosse por parte dos clientes – leigos – fosse por parte dos médicos que solicitavam os exames.

Dra. Cláudia comenta que outro dia foi fazer um ultra-som abdominal de um senhor, e quando perguntou a ele o que sentia, para terem pedido o exame, ele respondeu: “*Não vou te dizer, para você descobrir o que eu tenho mesmo*”. Dra. Carmen reclama do fato de que os médicos, ao fazerem o pedido de exame, não colocam qual a suspeita que desejam investigar, o que facilitaria o trabalho do ultra-sonografista e beneficiaria o paciente. Relata uma situação que classifica de “*surreal*”: “*Ontem atendi uma surdamente, com um pedido de transvaginal sem nada mais escrito, que veio desacompanhada pro exame. Pode? Como é que eu ia saber o que procurar?*” (Clínica A).

Existia ainda alguma tolerância quando esta atribuição de ‘objetividade’ advinha dos pacientes, mas quando provinha de colegas médicos, em diversas ocasiões presenciei explosões de irritação por parte dos meus sujeitos de pesquisa. Por vezes, evidenciava-se um tipo de desinformação ou mitificação das possibilidades diagnósticas oferecidas pela ultra-sonografia, por parte de profissionais de outras especialidades, com graves consequências para as gestantes e os seus fetos.³⁰¹

G: Descobri que estava grávida em uma ultra-sonografia, já com

³⁰¹ Reconheço que o relato da situação está um tanto extenso, mas pareceu-me necessário expô-lo de modo mais completo com o intuito de transmitir minimamente ao leitor o clima tenso existente. Mais tarde, fiquei sabendo que a gestante era médica, assim como seu irmão, que foi colega de plantão de Henrique.

três meses... Não sabia que estava grávida, tive que fazer uma cirurgia de tireóide, tomei Lugol, iodo radioativo... (...) tinha hipertireoidismo... agora estou hipo. [Surgem as primeiras imagens na tela] (...) Operei com o Y [um cirurgião de renome]... **ele pediu uma [ultra-sonografia] pélvica, em dezembro, não apareceu nada...** a última menstruação foi em novembro...

Dr. Henrique: É... nessa época não pega, às vezes.../

G: /... tomei 10 dias de iodo... a preocupação é com malformação... não dá pra saber nada?...

Dr. Henrique: Vamos ver...

G: Minha preocupação é com o coração... (...) [Para o dr. Henrique] O coração 'tá normal?... Quando ele mandou fazer o ultra-som pélvico eu devia estar com quatro semanas... acho que ele 'tava desconfiando...

Dr. Henrique: 'Tá ótimo... o rastreamento em si tá tranquilo...

G: Você acha que eu devo fazer amniocentese?

Dr. Henrique: A princípio não tem indicação... não vai responder à questão da medicação... vai complementar no morfológico, aí tem 85 a 90% de chance de detectar problemas... [Passa para o exame transvaginal, surgem outras imagens fetais].

P: Á lá, cara! Que gracinha! Que perfeitoinho!

G: [Em tom interrogativo, olha para a tela, conferindo] Tem dois braços... duas pernas... (...)

Ao sairmos do exame tenho a impressão de que esta gestante foi vítima de um erro; dr. Henrique confirma que também acha que ela deveria ter feito um exame de β -HCG.³⁰² Aparentemente, o cirurgião achou que uma ultra-sonografia pélvica seria o necessário e o suficiente para se assegurar de que a mulher não estava grávida. Henrique está preocupado com esta situação, embora não o expresse abertamente. Até o momento, não há malformações visíveis, mas não se pode ter certeza de nada. (Clínica A).

Ocorrem algumas situações que beiram o cômico, vinculadas à crença generalizada de que a imagem forneceria **todas** as informações necessárias para o esclarecimento de problemas, como em um caso que me foi relatado informalmente fora do campo.

Uma senhora liga para o consultório de seu ginecologista e explica à atendente que precisa contatá-lo por estar com uma hemorragia. O médico não se encontra no momento, e a atendente diz: *“É melhor a senhora já ir fazendo um ultra-som para ver se não perdeu o neném”*. A paciente responde à atendente: *“Minha filha, eu tenho 52 anos!”*

Estas situações fornecem elementos interessantes para o entendimento de que a ‘objetividade’ da imagem ultra-sonográfica não passa de um mito compartilhado culturalmente, uma situação na qual os ultra-sonografistas constituem a exceção, na medida

³⁰² Gonadotrofina coriônica, para diagnóstico precoce de gravidez.

em que têm uma noção bastante clara das possibilidades e limitações oferecidas por essa mesma tecnologia.

Outro aspecto que vale ressaltar é que, embora a proposta desta pesquisa fosse de ordem qualitativa, o número de sessões observadas evidenciou uma questão de ordem quantitativa. Refiro-me aqui ao fato de que a imensa maioria das sessões ultrasonográficas, em que pese a evidente medicalização da gravidez, foi de gestações normais, o que sem sombra de dúvida contribui de modo relevante para a constituição da ultrasonografia obstétrica como espetáculo, lazer e objeto de consumo, tema que abordo a seguir.

CAPÍTULO 8

“O MELHOR FILME DA MINHA VIDA!”

ESPETÁCULO E CONSUMO DA IMAGEM ULTRA-SONOGRÁFICA FETAL.

Criança, 5 anos: [Surge a imagem da face do feto] Mãe! Olha! [excitado] Olha! Olha! Como é que tem luzinha no Lucca se na barriga não tem lâmpada? (Clínica A).

G: Eu quero uma foto do *baby*... você vai me dar? Para levar na carteira?

Dr. Sílvio: Claro!... Esse é o meu papel... é a minha atividade! Um amigo meu, um dia desses, me apresentou para um conhecido dele, dizendo: ‘Esse é um amigo meu, que é fotógrafo de interiores’. [Gargalhadas gerais na sala].

G: [Rindo] Ele deixa o bebê lindo! (Clínica C).

Dra. Lúcia: [Terminando o exame] Por aqui está tudo em ordem...

P: [Entusiasmado] É o melhor filme da minha vida!... Mas é tão curtinho!

Dra. Lúcia: [Estende a fita gravada para P e ao mesmo tempo limpa o gel do abdômen de G, rindo] Mas pode ver várias vezes...

P: [Rindo também] É... Pode fazer várias sessões... com certeza! Às oito, oito e meia, nove... (Clínica B).

Quase como um contraponto aos aspectos difíceis discutidos no final do capítulo anterior, emerge um aspecto pregnante do campo pesquisado: a sessão ultra-sonográfica obstétrica e as imagens fetais como um espetáculo em si,³⁰³ capazes de proporcionar prazer e diversão aos diversos atores presentes ao exame – inclusive a observadora.³⁰⁴ Em conjunto com esta situação, chama a atenção o consumo das imagens fetais sob a forma de ‘fotos’,³⁰⁵ vídeos, CD-Roms ou DVDs como um elemento marcante no universo

³⁰³ Focalizo a atenção exclusivamente na faceta ‘espetáculo’ da **sessão ultra-sonográfica**, deixando propositalmente de lado situações tais como a exibição de documentários, ultra-sonografias de ‘famosas’ realizadas ao vivo em programas de TV e outras bizarrices, como a exibição em telão, em uma festa luxuosa de casamento, do ultra-som obstétrico da noiva, que estava grávida – um evento noticiado em coluna social. Esta opção deve-se ao fato de que, embora importantes como cenário para a construção do ultra-som como espetáculo, tais situações mereceriam uma análise cujo escopo transcende esta tese.

³⁰⁴ Vale observar que boa parte da **minha** diversão esteve mais vinculada aos aspectos absolutamente surpreendentes – freqüentemente engraçados e sempre densos de sentido – que emergiram no decorrer da observação, do que às imagens fetais em si, embora por vezes estas tivessem um caráter quase hipnótico, atraindo a visão de todos os presentes ao exame.

³⁰⁵ ‘Foto’ encontra-se entre aspas, em primeiro lugar porque é um termo êmico e também porque, a rigor, não se trata propriamente de fotos e sim do registro da tradução, em imagem, dos impulsos elétricos resultantes da

observado.³⁰⁶ Mais uma vez situando a questão ao longo do eixo objetividade/subjetividade, no que tange ao ultra-som como espetáculo, existem como pano de fundo a condição *sine qua non* da objetividade inegável da existência do feto e, a seguir, sua visibilização pelo ultra-som, que potencializa esta noção tornando-a ‘real’ para os presentes, transformados em espectadores. A partir deste ponto, outros fatores entram em jogo e os aspectos subjetivos dos atores, envolvendo seus valores e crenças, tornam-se preponderantes.

A visualização do interior do corpo como espetáculo tem uma história que remonta, no mínimo, ao século XV, conforme discutido na primeira parte desta tese. A vinculação entre ciência e espetáculo também não é nenhuma novidade e diversos autores dedicaram-se ao tema. Nesse sentido, no Ocidente, o ultra-som como espetáculo está em continuidade com uma longa tradição na cultura visual e na construção social do corpo. O elemento que pode ser considerado como uma ruptura é referente a uma particularidade das tecnologias de imageamento inaugurada com a invenção dos raios-X: a possibilidade de tornar público o interior dos corpos sem necessidade de abri-los. Especificamente no tocante à ultrasonografia, nos termos de um dos meus informantes – um dos pioneiros no uso de ultra-som no Rio de Janeiro – “*existe a obstetrícia antes e a obstetrícia depois do ultra-som*”.

É interessante o fato observado de que, dependendo da formação de origem do ultra-sonografista – diagnóstico por imagem ou ginecologia/obstetrícia – a atitude e o encantamento diante das imagens fetais eram nitidamente diferentes. Provavelmente, para os médicos com formação em diagnóstico por imagem,³⁰⁷ a ultra-sonografia obstétrica consistia em apenas **mais uma** tecnologia a ser utilizada, além de eventualmente o contato face a face com os clientes transformar-se em um problema, não existente para eles no manejo das outras tecnologias.³⁰⁸ Entretanto, para os médicos com formação em ginecologia/obstetrícia, acostumados à opacidade dos abdomens grávidos, o ultra-som

transformação dos ecos das ondas sonoras captados pela sonda, processados pelo computador. O uso do termo ‘foto’ contém implícita a idéia do feto ‘externalizado’ por meio do ultra-som. A partir desta ressalva, deixo as aspas de lado no corpo do texto.

³⁰⁶ O tema do consumo está aqui restrito ao exame em si. O consumo de **bens** atrelado à ultra-sonografia será discutido no capítulo 9, item 9.2.1.

³⁰⁷ Anteriormente a especialidade era ‘radiologia’. A multiplicação de tecnologias de imagem médica produziu uma modificação no nome e na especialidade, atualmente ‘imageonologista’ ou ‘especialista em diagnóstico por imagem’, um tema interessante para investigação, mas fora do escopo deste trabalho.

³⁰⁸ Os exames das outras tecnologias de imageamento, tais como raios-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, PET-*scan*, são sempre realizados por técnicos, e os médicos apenas analisam as imagens obtidas, fornecendo então os laudos. Portanto, na grande maioria das vezes não mantêm contato direto com os pacientes.

tinha uma qualidade quase mágica, desvelando e permitindo visualizar e avaliar aspectos anteriormente inacessíveis para eles. Em outros termos, para estes profissionais, as imagens fetais continham em si um caráter de espetáculo. Uma conversa entre duas médicas, presenciada na clínica B, é reveladora deste aspecto:

Dra. Lúcia diz: “Acho um ‘saco’ ultra-som geral”.³⁰⁹ Dra. Cássia responde: “Mas você já tem nome, pode se dar a esse luxo. Eu ainda tenho que me firmar... eu preciso pegar o que tem.” Dra. Lúcia diz: “Eu me divirto! **Quero trabalhar me distraindo.** Adoro olhar o sexo dos nenéns, essa coisa toda...” (Clínica B).³¹⁰

Talvez por este motivo mesmo, durante a observação, tornou-se evidente que os médicos detinham um papel fundamental na transformação ou não do exame em espetáculo, embora não se possa perder de vista que atuavam em um terreno culturalmente estabelecido de maneira bastante sólida. Em outros termos, a clientela freqüentemente já vinha para o exame imbuída de tal concepção e, nesse sentido, o fenômeno funcionava em uma via de mão dupla, isto é, as gestantes e acompanhantes vinham para o exame com uma expectativa de espetáculo que os médicos freqüentemente preenchiam à perfeição.

O informante citado acima revelou que, “*no início, ninguém dava o menor valor ao ultra-som como ferramenta diagnóstica. Também... as imagens eram horríveis, todas borradas, difícil de ver qualquer coisa. Depois isso foi mudando, a tecnologia nesse campo evoluiu muito!”*. Outro informante explica:

“*Imagina que antigamente o que você tinha que ver, no início da ultra-sonografia, era cabeça, barriga, media a cabeça e media o fêmur. Só. Os primeiros ultra-sons você não conseguia distinguir cabeça... é um pólo cefálico, é um mioma? Hoje não! Hoje você distingue... você vê a mão, o pé, se os rins ‘tão bons, aparelho gastrintestinal...*” (Clínica A).

Nos dias atuais, nas sociedades urbanas industrializadas, tornou-se impensável uma gestação transcorrer sem ao menos um exame ultra-sonográfico. Contudo, o aspecto ‘lazer’, mesclado com a medicalização da gravidez que abordo neste capítulo, parece ser peculiar ao universo observado.

Vários médicos com quem conversei sublinharam por diversas vezes que “*lá fora [do Brasil] não é assim, é só um ato médico. Lá fora faz menos ultra-som na gravidez, aqui*

³⁰⁹ Os exames de ‘ultra-som geral’ englobam o exame de vísceras, mamas e musculatura. Os exames ginecológicos ultra-sonográficos são grupados com os obstétricos, constituindo-se quase como uma subespecialidade.

³¹⁰ Ambas as profissionais tinham como formação de origem a ginecologia/obstetrícia.

“você tem paciente com 9, 10 exames... de uma gestação que não tem risco, não tem justificativa”. Uma médica na clínica A comentou comigo, irritada: *“Onde está o ato médico no ultra-som?”*, completando: *“Você precisa ver como nos tratam, nem todo mundo é dr. Henrique!”*³¹¹ Outra médica acrescenta: *“Tem paciente que chega com uma listinha: quero ver o rosto, uma foto do rosto, quero saber o sexo, etc. etc.”*

Dr. Henrique referia-se em tom crítico ao fato de o exame para determinação de sexo fetal ter-se transformado, em si, em objeto de consumo, propiciando além disto outro tipo de consumo:

*“É querer começar a montar um enxoval de acordo. (...) Isso na Europa, Estados Unidos, não existe! Não e não! Eles não dizem! Só vai dizer quando você está vendo lá. Se alguém chega lá com 11 semanas eles não vão dizer. (...) **Ele não tem obrigação nenhuma e nem as pacientes vêm com essa expectativa. No Brasil não...** No Brasil você fica com pena, às vezes eu digo para a paciente ‘volta aqui na semana que vem’, nem cobro a consulta, vem só para ver o sexo, não dou laudo nem nada, vêm só pra dar uma olhada. Elas te pressionam também. E lá [no exterior] não existe isso. (...) Aqui, não...”* (Clínica A).

Em conversas informais com pesquisadores de outros países, a surpresa manifestada diante das observações que descrevi reforçou a impressão de que eu estava diante de uma particularidade local.³¹²

8.1. A ULTRA-SONOGRAFIA COMO ESPETÁCULO

A grande afluência e a presença freqüente, na sessão ultra-sonográfica, dos mais variados tipos de acompanhantes, além do parceiro da gestante, evidenciavam o fato de que o sentido do exame transcendia em muito o aspecto estritamente médico de acompanhamento de gravidez. Era comum a presença de avós, filhos, amigos, afilhados e outros para ‘ver o neném’. Os profissionais, em conversas entre si, às vezes referiam-se de modo crítico a tal afluência:

Dr. Henrique vira-se para mim: *“Pra você é que ia ser bom vir no sábado, muito interessante pra tua observação. [Sorri, irônico] É uma beleza!... Vem gato, cachorro, papagaio... Tem que ter*

³¹¹ Nesta clínica, o médico preferido pelas gestantes, conforme apontado no capítulo 7.

³¹² Como um desdobramento da atual investigação, seria interessante realizar uma observação etnográfica comparativa que, sem sombra de dúvida, forneceria outros dados mais consistentes nesse sentido. Algumas referências da literatura, mencionadas acima, no capítulo 4 (item 4.2.2), indicam a existência de diferenças locais marcantes no tocante à dupla dimensão do ultra-som obstétrico como medicina e como espetáculo. Outros aspectos relativos a essa tensão foram abordados anteriormente, cf. capítulo 6. Ver também Mitchell & Georges (1998) em interessante etnografia comparativa entre América do Norte e Grécia.

paciência... Eu já venho relax, já sei que é um sábado perdido...”
(Clínica A).

Entretanto, a ironia não era manifestada no contato com a ‘platéia’, sendo geralmente motivo de comentários bem-humorados do profissional quando este, ao entrar na sala de exames, deparava-se com um número excessivo de acompanhantes: “*Ih! Hoje tem assistência! Sentem aí, meninas...*” (Dra. Lúcia, clínica B).

A transformação do exame em espetáculo com platéia expandida tornava-se um modo evidente de antecipação da existência social do feto, no que poderia ser descrito como um processo de inclusão social equivalente a uma *couvade* urbana, contemporânea, mediada pela tecnologia de imageamento.³¹³ O que parece ser bastante específico da sociedade ocidental contemporânea é que esse processo se dê de uma forma medicalizada, precoce e visual. Com frequência, pareceu-me que a inclusão do ‘bebê’ na família era uma via de mão dupla, quando crianças – irmãos – das mais variadas idades, eram trazidas para assistir ao exame, no qual eram apontados ‘o irmãozinho’ ou ‘a irmãzinha’. O exemplo paradigmático da inclusão de outros filhos na gravidez materna ocorreu quando uma criança portadora de paralisia cerebral foi trazida pelos pais para ‘ver o neném’.

A participação dos médicos era um elemento fundamental no processo de transformação do feto em ‘bebê real’, presente ‘fora’ do ventre materno, por meio de diversos comentários que transformavam as imagens fetais, cinzentas e esfumaçadas, em um verdadeiro ‘neném’. Neste particular a dra. Lúcia era imbatível, temperando seus comentários, frequentemente inusitados, com humor e muitas risadas, sempre compartilhadas pelos presentes:

Dra. Lúcia: [Aponta animada para a tela, exclamando] Ó os cabelo! [sic] É preto. Quando é muito assim é preto. Ela [aponta a criança presente na sala] nasceu cabeluda? (Clínica B).

Havia um repertório variado em torno do tema ‘cabelo’, transformando o feto em ‘bebê’, como, por exemplo: “*Ela é cabeluda! Pode comprar um monte de lacinhos!*”, “*Viu a vasta cabeleira?*”, ou “*Viu os cabelinhos dele? [Balança a sonda sobre o abdômen da gestante] Aí, balançando? Vou medir... tem 1,5 centímetros!* [risos gerais].” (Clínica B).

Outro modo de ‘tornar o bebê real’ ocorria quando, no exame em torno de 12 semanas gestacionais, ao visualizar o esboço dos braços e pernas do feto, o médico

³¹³ Seria interessante realizar um estudo comparativo entre *couvades* de diferentes grupos sociais, incluindo as sociedades urbanas. Cf. o artigo de Rival (1998) sobre a *couvade* entre os Huaorani na Amazônia peruana.

sublinhava a diferença com as imagens anteriores:

Dr. Sílvio: Dá pra ver perninha, bracinho... [mostra com o cursor] dois braços, duas pernas... essas preocupações maternas... Na próxima vez conto os dedinhos. Fico devendo... Antes era um grãozinho de feijão, **agora já é um bebê**. (Clínica C).

Os genitais do feto também eram objeto de diversos comentários brincalhões, vinculados ao **tipo** de ‘espetáculo’ proporcionado pela visualização, no qual o feto seria o ‘ator protagonista’:

Dra. Lúcia: [Mostrando na tela, a genitália do feto] E os documentos dele...

G: [Animada, para P] Á lá, amor! Á lá!

Dra. Lúcia: [Rindo] É um corte **pornográfico**... á lá o testículo [aponta com o dedo na tela] essa bolinha... já desceu [O casal está bastante entusiasmado, olhando para a tela]. (Clínica B).

A partir da 11^a semana gestacional, a escolha e a exibição da seqüência inicial de imagens constituía-se como uma narrativa visual em si,³¹⁴ ‘humanizando’ o feto com a exibição da face, do perfil – dentre todas as imagens, a mais facilmente reconhecível – e da mão, e faziam do médico um misto de diretor, *cameraman*, montador e narrador de um curta metragem documental, uma atuação que transcorria paralelamente à avaliação e à medição dos parâmetros significativos de um ponto de vista biomédico. Concomitantemente, o feto convertia-se em um ‘ator protagonista’ e a gestante, os acompanhantes e a observadora, em ‘espectadores’. Além disto, eventualmente o profissional que realizava o exame atuava como verdadeiro *showman* multimídia, quando avisava, por exemplo: “*Não se assustem com o barulho*”, ouvindo-se logo em seguida, em alto volume, o som dos batimentos cardíacos fetais, ou como quando criava algum *suspense* em torno das sombras cinzentas da tela, antes de revelar o sexo fetal:

Dr. Sílvio: [Surgem as primeiras imagens, fala escandindo as sílabas] Piri-lim-pim-pim... Temos aqui... [pausa estratégica] um pin-to. (Clínica C).

Esta faceta era reconhecida e apreciada pela clientela, como quando uma avó afirmou: “*o médico dela [G] tem um ultra-som no consultório, mas a gente veio aqui*”

³¹⁴ Vale lembrar mais uma vez que, em termos êmicos, o exame de ultra-som é ‘operador-dependente’, ou seja, o ultra-sonografista busca e, portanto, escolhe as imagens à medida que realiza o exame. Não sei até que ponto essa ‘narrativa visual’ era construída de modo totalmente consciente pelos médicos, mas posso afirmar que havia uma relativa constância, uma espécie de padrão de cada profissional na seqüência de imagens exibidas, principalmente no início do exame. Esse ‘padrão’ inicial fundamentalmente não diferia muito entre um profissional e outro; buscava-se em primeiro lugar localizar a cabeça fetal para dar início à atividade de ‘mostrar o neném’. O que ocorria a seguir variava bastante, conforme discutido acima, no capítulo 6.

porque você é que é o mago do ultra-som”, uma afirmação que deixou o médico visivelmente satisfeito. Apesar de todos os elogios, essa clientela era particularmente exigente, o que se evidenciou através de um comentário desta mesma senhora poucos momentos depois, mesmo que em tom brincalhão: “*Você tem certeza que é menina? Vê direito, aí! Focaliza bem!*”³¹⁵

O ‘espetáculo’ agradava particularmente às gestantes; nas clínicas A e C, onde a duração do exame era mais prolongada, era freqüente as grávidas dizerem, despedindo-se dos profissionais com dois beijinhos: “*Ai! Tão bom ver! Se eu pudesse vinha fazer exame todo dia!*” Uma das ultra-sonografistas cujo trabalho acompanhei revelou que durante sua própria gestação, normal e sem problema algum de ordem médica, “*Dava uma ‘olhada’ toda semana, às vezes até mais! Não conseguia resistir à curiosidade.*” Nesse processo de construção do ultra-som obstétrico como espetáculo, por meio do qual é produzido e reforçado o prazer de ver as imagens fetais,³¹⁶ parece estar implícito um misto de curiosidade e necessidade de controle do feto, por parte das grávidas.

Diversas manifestações das gestantes e acompanhantes durante o exame denotavam que o espetáculo, além de divertir, emocionava. Este caráter espetaculoso obscurecia um aspecto que também estava presente durante a sessão ultra-sonográfica, do qual poucas gestantes pareciam estar claramente cientes: o da invasão de intimidade, que ocorria em maior ou menor grau. Essa invasão tanto podia ser concreta, corporal – como no exame transvaginal, no qual uma sonda é introduzida no corpo da gestante – como virtual, com a exibição na tela de imagens do interior do corpo da mulher.³¹⁷

As raras exceções ocorreram todas na clínica C, e apenas uma vez ouvi uma gestante, que não trouxera fita para gravar o exame, comentar: “*Acho horrível esse negócio de passar fita pra todo mundo ver... na 1ª gravidez, ele [P] não quis que gravasse nada. É*

³¹⁵ Ao longo desta pesquisa, percebi que minha formação de origem – a psicanálise – era inescapável, mesmo que a abordagem da tese fosse de outro teor. Faço esta breve digressão para situar o fato de que considerei sempre que o tom jocoso é um recurso utilizado como um modo de se dizer verdadeiramente o que se pensa, especialmente se as idéias têm alguma possibilidade de serem consideradas inadequadas ou impertinentes. Ao redigir a tese, dei-me conta claramente do quanto este pressuposto esteve presente tanto no decorrer da observação, quanto na análise do material.

³¹⁶ Retomo este tema na discussão final da tese.

³¹⁷ A exibição do interior da genitália feminina grávida tornou-se algo praticamente naturalizado, até para a observadora. Dei-me conta deste aspecto ao vivenciar um nítido sentimento de estranheza, de desconforto e de invasão de privacidade no exame de uma gestante, em gravidez muito inicial, quando o médico, em busca de imagens do ovário, obteve uma incidência que incluía o colo descendente e o sigmóide (porção terminal do intestino grosso), evidenciando o trânsito intestinal da gestante. As imagens relativas à gravidez não me provocavam o mesmo tipo de impacto ou mal-estar.

uma invasão muito grande!” De outra feita, uma gestante estrangeira, de origem oriental que, por não falar o português, viera acompanhada de uma tradutora para um exame pélvico, deixou claro que só iria permitir minha presença na sala como observadora porque eu era mulher. Contudo, não pareceu estar constrangida diante do médico que realizou seu exame. A intimidade de cunho emocional esteve em pauta em uma única ocasião, com a recusa de uma gestante ao meu pedido de assistir ao seu exame, justificando-se por estar enfrentando uma situação crítica na gravidez e, por isso, não desejar a presença de estranhos.³¹⁸ Pareceu-me que a clientela desta clínica estava mais ciente e era mais ciosa no tocante às questões de intimidade do que nas duas outras.³¹⁹

Considerando o universo etnografado em conjunto, vale ressaltar que poucas vezes observei manifestações de constrangimento por parte das gestantes em relação ao profissional ou aos acompanhantes, como se o fato de estarem grávidas deserotizasse a exposição da genitália.³²⁰ Um exemplo quase caricato desta aparente desinibição ocorreu na clínica C quando uma gestante, em gravidez inicial, veio para o exame acompanhada do marido e do filho de quatro anos, e foi necessário usar a sonda transvaginal. O marido tentou distrair o menino, que olhava repetidamente de esguelha para o corpo da mãe, mas a gestante parecia estar totalmente à vontade, conversando sobre as imagens fetais e apontando-as para o filho, à medida que surgiam na TV da sala.³²¹

Na clínica C, em diversas ocasiões, a própria tecnologia era apresentada como espetáculo, muito bem recebido pela clientela que, não apenas estava habituada a ela, como valorizava e esperava poder contar com tecnologia de ponta no acompanhamento da gravidez – com frequência, aliás, ela própria produto de alta tecnologia.³²²

Dr. Sílvio: [Senta-se junto do aparelho] Muito bem... fitinha ‘tá no ponto? Certo?

G: É novinha.

Dr. Sílvio: [Vou] Deixar correr um pouco... [surgem as primeiras imagens, nítido o corpo fetal. A reação é instantânea].

G: [Encantada] Oooooolha!!! [Emociona-se, P também tem um enorme sorriso no rosto].

P: Caramba! Que imagem!

³¹⁸ Abordado por outro aspecto no capítulo 5, item 5.4.

³¹⁹ Abordei esta questão por outro prisma no capítulo 5, vinculada ao uso do espaço nas três clínicas.

³²⁰ Aqui me refiro em especial à aparente falta de constrangimento em relação aos acompanhantes leigos, das mais variadas ordens, presentes ao exame.

³²¹ Conforme já apontado no capítulo 6, após o término desse exame, o médico comentou comigo o quanto havia ficado constrangido com a situação.

³²² Vale relembrar o fato de que havia um vínculo entre esta clínica e um centro de reprodução assistida.

Dr. Sílvio: Hoje em dia a aparelhagem oferece alta definição... é um prazer ver essas imagens... (Clínica C).

Nesse sentido, a exibição e/ou o enaltecimento dos meios tecnológicos como um espetáculo em si funcionavam também como reforço da seriedade e da credibilidade da clínica em termos médicos e um reassuramento para as grávidas de que tudo estaria ‘sob controle’. O fato de esta clínica dispor de equipamento sempre atualizado era igualmente valorizado pelos profissionais, que atuavam também em outras clínicas: “*Essa tecnologia aqui é outra coisa!*” e, em especial, pelo dr. Sílvio:

P: [De pé, inquieto, para o dr. Sílvio, como que esperando uma resposta negativa] O 3D... o sr. tem aqui?

Dr. Sílvio: [Sorridente] Sim, claro! (Clínica C).

A valorização da tecnologia também foi observada na clínica A, mas ocorria com menor frequência:

Dr. Henrique: Vou fazer primeiro o *doppler*, depois te mostro... [Inicia o exame] Artéria cerebral... normal... [marca na imagem]... o fluxo no cordãozinho... também... ‘tá ótimo!’

G: ‘Tá gravando?...

Dr. Henrique: Isso eu não gravei...

Avó: [Para mim e dr. Henrique] Como tem exames hoje em dia! Como inventaram coisas!... Essa [aponta G] foi a minha última [filha]... Na época não tinha nada disso... [Dr. Henrique confirma, satisfeito]. (Clínica A).

Na clínica B, nunca presenciei este tipo de comentário, embora por vezes tenha realizado observações na matriz, que dispunha de aparelhagem bastante mais moderna do que a filial, na qual permaneci a maior parte do tempo.

Contudo, nas três clínicas, em situações nas quais existia tensão acerca da saúde materna ou fetal, o ‘espetáculo’, qualquer que fosse o tipo, ficava em segundo plano ou simplesmente não acontecia. As gestantes não traziam fita para gravar, havia menos acompanhantes – em geral apenas o parceiro ou a mãe da gestante – e mesmo que, conforme apontado no capítulo 6, eventualmente os médicos usassem das imagens fetais como um meio de tentar descontrair o ambiente, o clima geral era de um exame médico.

[G veio para o exame de translucência nugal. Em sua primeira gestação, o feto era portador da Síndrome de Down, segundo me informaram depois].

Dr. Sílvio: Vocês trouxeram fita?

G: Não. Esse tipo de exame não me agrada.

Dr. Sílvio: Eu não trago boas recordações [para você]... (...) [G está emocionada, há lágrimas em seus olhos. Dr. Sílvio espalha o gel e inicia o exame. Surgem as primeiras imagens]. (...) Neném mexeu... acordou-se. A primeira boa notícia é que a nuquinha está

normal.

G: [Tensa] Primeira boa... ‘tá bom... (Clínica C).

Quando inesperadamente revelava-se uma patologia fetal, o clima de espetáculo era prontamente substituído pelo de uma consulta, ou mesmo o exame era interrompido, conforme já relatado no capítulo 7. É possível afirmar, portanto, que o teor de ‘espetáculo’ da sessão ultra-sonográfica encontra-se estreitamente vinculado à **não** visibilização da existência de patologias maternas ou fetais, ou de risco para a vida do feto.³²³

8.2. PRODUÇÃO E CONSUMO DA IMAGEM: ‘FOTOS’, VÍDEOS E OUTRAS MÍDIAS

As palavras de Walter Benjamin, no tocante à cultura visual do início do século XX, “Dia a dia torna-se maior a necessidade de apoderar-se do objeto – pela maior proximidade – através da imagem ou da reprodução da imagem” (Benjamin *apud* Crary, 1999b: 127), soam proféticas em relação ao universo observado. A obtenção e a posse de imagens fetais transformaram-se em um item praticamente obrigatório para as gestantes e familiares. Aparentemente existe um sentido de controlar e ‘apropriar-se’ do feto, que é atravessado pela confusão da imagem com a coisa. No limite, as crianças são porta-vozes perfeitos desta confusão, mas os adultos não ficam muito atrás delas, em especial no tocante ao ‘tamanho’ do feto, quando sua imagem surge expandida na tela, conforme mencionado acima, no capítulo 6.³²⁴

Dra. Lúcia relata o caso de uma gestante que, em sua 2ª gravidez, trazia os dois filhos gêmeos, meninos de 4 anos, para assistirem às ultra-sonografias. Ambos queriam muito que fosse uma irmã e, no exame morfológico, ficou evidente que o feto era masculino, para grande decepção deles. Dra. Lúcia delineou o contorno da genitália para mostrar às crianças que era mesmo um menino. Mais tarde, a gestante contou para a médica que, enquanto aguardavam o resultado do exame na sala de espera, os dois perguntaram à mãe: “*Por que você não manda a tia desenhar uma xerequinha?*” (Clínica B).

O fenômeno que presenciei inúmeras vezes – nas três clínicas – de médicos,

³²³ Enfatizo o ponto de que o exame ultra-sonográfico, por mais sofisticado que seja, não é capaz de oferecer segurança absoluta no tocante a todas as patologias possíveis. Visibilizar, tornar visível o feto, não garante a inexistência de problemas de outra ordem, genética ou metabólica, por exemplo. Algumas dessas patologias podem ser rastreadas por exames laboratoriais, mas a discussão desse tema, embora parte integrante do processo de medicalização da gravidez, foge ao escopo desta tese.

³²⁴ Cf. item 6.4.

gestantes e acompanhantes dirigirem-se ao feto ou falarem em tom pueril, como se fossem o próprio feto, torna evidente a equação estabelecida entre este e a sua imagem virtual no monitor do aparelho. A presença da imagem cinzenta (ou sépia, no caso de 3D) na tela, mais fácil ou mais difícil de decodificar, torna-se equivalente à presença ‘ao vivo’, concreta, do feto entre os atores presentes. Em diversas ocasiões, em especial quando se tratava de sessões para determinação do sexo fetal e as expectativas do casal haviam sido satisfeitas, os agradecimentos efusivos ao profissional após o exame provocavam a nítida impressão de que era o médico quem havia ‘feito um bebê’ para o casal,³²⁵ reforçando a hipótese de que a ultra-sonografia obstétrica não apenas antecipa a existência social do feto em termos da rede de relações sociais, como constrói a ‘realidade’ do próprio conceito para os futuros pais.³²⁶ O sentimento de ‘realidade’ do feto a partir da produção das imagens fetais consiste, a meu ver, em um fator relevante para a construção do prazer de ver tais imagens.

Dr. Henrique: De vez em quando mexe... [manipula a imagem do feto em 3D, girando-a na tela; estava de lado, fica de costas] De costas aí, ó... á lá ele mexendo! [O casal ri, a imagem se mexe na tela, faz diversos movimentos por um bom tempo].

G: Acordou!

P: [Admirado, olhando o monitor] Meu Deus do céu!

G: Eu ainda não sinto nada...

Dr. Henrique: Vai sentir com uns cinco meses...

P: [Ainda espantado com os movimentos fetais em 3D] Ele não pára não, ó! ‘Tá se ajeitando...

Dr. Henrique: [Satisfeito com a imagem, que está nítida] Bacana, né? Tem 11 semanas e meia... tranqüilão... daqui a pouco ‘tá grandão... (Clínica A).

O exame adquire um sentido de lazer equivalente a uma ida ao cinema para assistir a um documentário, no qual o feto desempenha o papel de protagonista:

Dr. Henrique diz, em tom de desabafo: “*É muito cômodo, ela chega aqui, ela vem pra fazer um programa! Com a família! [Irônico] Sábado, vem ver loja, vem fazer um exame, vem fazer um programa, **vem ver o neném...** A gente começou no sábado com três agendas de manhã, agora abriu duas de tarde, ‘tá tudo lotado! (...) Aí ela vai aproveitar, fazer as compras dela, **cinema...**” (Clínica A).*

De certo modo, a programação visual envolvida na produção de imagens fetais faz

³²⁵ O que não deixava de ser verdade, em certa medida.

³²⁶ Alguns autores, em especial Mitchell & Georges (1998), definem este *constructo* como feto-cyborg, no qual fundem-se a alta tecnologia de produção de imagens com o feto em si. Cf. Introdução da Parte II.

uso da confusão imagem-coisa quando, ao lado de imagens 3D, que podem ser exibidas em movimento, existe o logo “*Live 3D*” no qual o termo ‘*Live*’ aparece como letra cursiva, contendo a conotação de algo ‘vivo’, produzido artesanalmente pela mão humana, persuadindo os atores de que estão diante do bebê ‘ao vivo’.³²⁷

O ‘realismo’ da imagem 3D é um aspecto altamente valorizado no universo observado:

Voltando do almoço, encontramos no corredor do *shopping* com um casal com um bebê ao colo. A mãe – irmã de uma das atendentes da clínica – saúda o dr. Henrique efusivamente e diz: “*Doutor, é impressionante! Quando ela dorme fica igualzinha à foto do 3D. Ela dorme na mesma posição, com a mão embaixo da bochecha!*” (Clínica A).

O consumo do espetáculo e a satisfação da curiosidade dos futuros pais eram demandas em geral atendidas pelos profissionais, que promoviam como que um ‘*baby-tour*’ pelo corpo fetal:

[Após a determinação do sexo fetal, solicitada pela G].
Dr. Sílvio: Muito bem! Agora que a curiosidade está satisfeita, vamos à parte acadêmica... técnica. [Mostra] Perfilzinho... bidimensional... o nariz... (...) Cabecinha, vista de topo... [P sorri olhando para a tela da TV, G fica séria]. As estruturas encefálicas... uma bastante importante... o cerebelo... os plexos coróides... essa linha branca aqui no meio é a foice do cérebro, que divide os dois hemisférios... tudo perfeito... muito importante. (...) As perninhas... [a imagem mexe muito, P e G sorriem] Mãozinhas... (Clínica C).

A duração do ‘*tour*’ variava, em função do tempo da sessão em cada clínica, conforme descrito anteriormente, mas sempre ocupava uma parcela significativa do tempo despendido no exame. Nas três clínicas, várias vezes tive a impressão de que os profissionais se compraziam eles próprios com a obtenção de ‘boas incidências’ que permitiam a produção de ‘boas imagens’, uma preocupação, de certa maneira ‘artística’, que transcendia o aspecto médico do exame.

Um item avidamente consumido consistia nas ‘fotos do neném’. Gestantes e acompanhantes com relativa frequência exigiam dos médicos cópias avulsas das fotos que sempre vinham anexadas ao laudo da ultra-sonografia, documentando o exame. Tais demandas eram geralmente recebidas com comentários bem-humorados, como os do exemplo da segunda epígrafe, acima neste capítulo, entre outros:

³²⁷ Sobre o *design* ‘amigável’ da aparelhagem de ultra-som, cf. Taylor (1998: 25) e acima, nota 172 no

Dr. Sílvio: [Entrega ao marido da G a foto solicitada] Eu já encerrei a minha função de fotógrafo [ri]... qualificado. (Clínica C).

P: O dia que eu não trouxe a fita... [é] que pegou o rosto...

Dra. Lúcia: Eu fiz uma foto pr'ocês...

P: Primeira foto dela, já... a primeira fotógrafa...

Dra. Lúcia: Pronto. [Distribui, sorridente] Uma foto para o pai, uma foto para a mãe. (Clínica B).

Essas fotos, como qualquer outra fotografia, guardavam freqüentemente o sentido de fixação e registro de um momento fugidio, que tanto podia ser referente ao exame quanto à própria gravidez:

Dr. Henrique: Nota 10 [resume a posição do feto, mostrando sobre o abdômen de G] Cruzou as pernas... a mocinha 'tá lá... peguei! Fotografada... passa rápido [a gravidez]... (Clínica A).

As fotos poderiam ir para a carteira dos pais ou serem as primeiras do álbum do futuro bebê: “*Tua foto* [feita no exame anterior] *já 'tá no álbum dele*”, diz uma gestante para o dr. Henrique enquanto se despede dele, levando a nova foto, recém-produzida.³²⁸

As qualidades ‘estéticas’ do feto e da imagem eram objeto de comentários, avaliações e comparações:

G: O perfil é igual ao da Lulu! [Todos olham para a tela da TV]

Dra. Carla: Abriu a boca! Ó que bonitinho... A cabeça ‘tá aqui [Aponta com a sonda sobre o abdômen de G]... ‘tá esticado com a perna pra cima...

P: Vai ser igual ao pai... [Surge a face do feto na tela].

Avó: Ali a boca...

Dra. Carla: [Mostrando com o cursor] Narinas...

Avó: É mais **nítida** do que as outras... não me lembro da Lulu tão **fotogênica**.

G: [Seca] Você esqueceu. (Clínica C).

Com freqüência, os profissionais digitavam o nome escolhido pelos pais nas fotos produzidas. Na clínica A, diversas vezes observei a colocação do nome junto à imagem da genitália, em 2D ou em 3D, eventualmente com o requinte, nestas últimas, de colorir digitalmente as imagens de rosa ou azul, dependendo do sexo fetal.³²⁹ Outros médicos preferiam colocar o nome junto à imagem da face ou do perfil, mas eventualmente também optavam pela genitália para ‘identificar’ o feto. Uma vez presenciei um médico, que havia

capítulo 4.

³²⁸ Uma pessoa amiga comentou comigo ter ficado chocada ao ir visitar um bebê recém-nascido e ver, na estante da sala, emoldurada como uma foto, uma ultra-sonografia obstétrica.

³²⁹ Voltarei a este ponto no capítulo 9, item 9.2.2.1.

discorrido longamente sobre por que não colocava o nome na imagem: “*Depois os pais mudam de idéia e ele nasce, chama Marcos e fica sabendo que o nome ia ser Lucas... confusão... não ponho o nome para não prender*”, agir de modo oposto ao que defendia tão enfática e racionalmente. Explicou então:

“*É assim que eu gosto de exame, alegre*”. Pergunta se observei que ele **nunca** colocava o nome na imagem, mas desta vez “*o casal estava curtindo tanto! Botei o nome. É gostoso quando faz exame assim...*” (Clínica C).³³⁰

Outro item largamente valorizado no universo observado era a produção de vídeos com as imagens fetais. Na clínica B, conforme já descrevi, havia um cartaz junto ao balcão da atendente na sala de espera: “Vendemos fitas de VHS”, e a explicação que me forneceram foi de que “*Às vezes elas [G] esquecem de trazer a fita para gravar e saem muito frustradas*”. A capa dessas fitas continha a foto de um lindo bebê rechonchudo e o logotipo da clínica. As imagens fetais eram gravadas em seqüência, à medida que os exames se sucediam, nas diferentes etapas da gravidez:

G entra sorridente, entrega ao dr. Sílvio uma fita de vídeo, dizendo: “*Olha, mais um capítulo do longa-metragem... Hoje eu não trouxe platéia. Depois que inventaram isso de filmar... é um programão pra família inteira...*” (Clínica C).³³¹

A produção do vídeo estendia o ‘espetáculo’ para os que não podiam estar presentes à sessão ‘ao vivo’, ou mesmo para a própria gestante rever inúmeras vezes, como um reassseguramento de que “*o neném está bem*” (gestante, Clínica A).

Os profissionais preocupavam-se em atender a essa demanda e quando não era possível gravar – fosse por problemas na aparelhagem, fosse porque a fita trazida chegava ao fim antes do final do exame – mostravam-se quase tão decepcionados quanto a clientela. Em uma ocasião, um casal, que não havia trazido fita, permitiu que eu gravasse o exame na minha, para depois copiá-la.

Além da ‘diversão’ proporcionada por assistir ao vídeo, este detinha um sentido documental mais acentuado do que as fotos, possivelmente por a imagem em movimento estar impregnada da conotação de ‘vida’. O vídeo era a ‘prova’ pública da existência viva do feto. Tal sentido tornou-se evidente em uma situação observada na clínica A:

Dra. Priscila pergunta como está e a gestante diz que tem tido

³³⁰ Exemplo retomado no próximo capítulo, item 9.2.2.1.

³³¹ Ao longo da observação, surgiram diversas idéias sobre outras etnografias possíveis, entre elas as destas ‘sessões’ domésticas de vídeos fetais.

cólicas. A médica espalha o gel, surgem as primeiras imagens.

G: Aquele descolamento?

Dra. Priscila: Sumiu...

G: ‘Tá tudo bem?

Dra. Priscila: ‘Tá tudo ótimo!

G murmura então algo sobre o quanto “*estava preocupada e sem coragem de gravar*” e, nesse momento, estende a fita para a médica, que a insere no aparelho, prosseguindo o exame. (Clínica A).

Dependendo do grau de sofisticação da aparelhagem e da clientela, outras mídias poderiam ser utilizadas:

Terminando o exame, G expressa sua frustração por ter esquecido a fita para gravar o exame. Dr. Henrique pergunta: “*Você tem computador em casa?*” Diante da resposta afirmativa, ele oferece: “*Vai aí no shopping, compra um CD que eu gravo pra você... o exame está gravado na máquina*”, uma sugestão que foi prontamente seguida pela G. (Clínica A).

P: Tudo 100%?

Dr. Sílvio: [Limpando o abdômen de G] Tudo. O laudo sai em cinco minutinhos... depois coloco as fotos em um CD, podem mexer com Photoshop...

G: [Já de pé, se despedindo] Mmmm... meu pai é que vai gostar... botar na Internet pra todo mundo... (Clínica C).

G: [Para dr. Sílvio] Queria saber se... dá pra fazer uma foto digital? Eu traria um disquete...

Dr. Sílvio: Dá... depois eu gravo em um CD pra você.

G: Quero mandar pela Internet... eu ia trazer uma câmera digital pra fotografar a sala...

Avó: Nossa, Thalita!

G: Todo mundo ‘tá fazendo isso! [Olhando para a TV, com as imagens fetais] ‘Tá de cabeça pra baixo... ‘tá deitado... (Clínica C).

A transformação da ultra-sonografia em espetáculo, além das óbvias implicações comerciais, é um ponto de articulação essencial das diversas questões levantadas ao longo desta tese, que se interligam de modo dinâmico. Destaco algumas neste momento para retomá-las na discussão final. Um dos pontos relevantes presentes na produção de ‘diversão’ e prazer de ver as imagens fetais durante o exame consiste em uma espécie de ocultamento da marcante medicalização da gravidez no universo observado. Não pretendo de modo algum afirmar que se trate de algum tipo de maquinação maquiavélica, e sim que tal produção apenas reflete e reforça um fenômeno biopolítico muito mais abrangente – o da medicalização social e do controle dos corpos.

Outro aspecto que vale sublinhar é a quase ‘invisibilidade’ do corpo feminino, tanto no que diz respeito à corporalidade concreta quanto no tocante à noção de intimidade ou

pudor.³³² No universo etnografado, as gestantes eram parte ativa nesse processo, solicitando manobras e procedimentos dos médicos que muitas vezes as colocavam em posições de desconforto físico, no afã de obterem melhores imagens de seus ‘bebês’. A transformação do exame em espetáculo é fundamental dentro do processo de construção do feto como Pessoa, na medida em que lhe confere visibilidade em uma cultura na qual a visualidade é preponderante. A revelação do sexo fetal é o ponto alto desse processo, motivo pelo qual me estendo acerca do tema no capítulo a seguir.

Por fim, vale a digressão, talvez um tanto absurda, de que na era dos *reality shows* televisivos, tais como *Big Brother* e outros do gênero, o feto também termina sendo transformado em ‘ator’, protagonista. Em outros termos, no mesmo processo em que o feto é tornado um ‘paciente’, medicalizado e monitorado, ele passa a ser concomitantemente uma ‘celebridade’, mesmo que em âmbito apenas doméstico.³³³

³³² Diversas autoras feministas dedicaram-se extensivamente ao tema. Destaco entre elas Petchesky (1987), Duden (1993) e Stabile (1998).

³³³ E, eventualmente, não apenas doméstico, ver acima neste capítulo, nota 303.

CAPÍTULO 9

“OS TRÊS RISQUINHOS”.

CONSTRUÇÃO DE GÊNERO FETAL, CONSUMO E SUBJETIVAÇÃO.

Dr. Henrique: ‘Tá com a perninha cruzada... tô esperando descruzar... [passa-se algum tempo, está difícil obter a imagem desejada] Não quer mostrar... [segue buscando a imagem da genitália] Esse é envergonhado mesmo!... Os pezinhos ‘tão na frente... [balança de novo o transdutor sobre o abdômen de G] Tira a perna daí! [Para os presentes] ‘Tá com a perna cruzada bem em cima do sexo... [Passa-se mais um tempo, consegue finalmente obter a imagem] Ah! **Está vendo aqui?... Esses três risquinhos?** [Aponta com o cursor sobre a imagem]. Bem... a chance de ‘tar errado é mínima, mas não tem 100% de certeza... é **menina. É uma mocinha bem recatada...** (Clínica A, IG: 19 semanas).³³⁴

Neste capítulo, abordo o material pelo prisma da construção do gênero fetal, tal como ocorre entre os atores durante o exame. Trata-se basicamente de uma construção discursiva apoiada nas imagens – geralmente explicadas pelo profissional – que se sucedem na tela, no decorrer do exame. Alguns temas surgiram de modo recorrente, ao longo da observação. A determinação do sexo fetal foi um eixo que de imediato chamou a atenção. Dependendo da perspectiva adotada, este aspecto podia ser tanto um ponto de chegada como de partida. Pela ótica da curiosidade, visando à ‘descoberta’, constituía-se em um ponto de chegada. Pelo prisma da construção de gênero, a ‘descoberta’ era um ponto de partida, propiciando o início de uma série de discursos que, por assim dizer, ‘cristalizavam’ a construção de gênero de cada feto específico, a partir de noções correntes acerca de gênero. Trato primeiramente da determinação do sexo fetal para, em seguida, abordar de que modo se dava essa construção de gênero.

³³⁴ IG é ‘idade gestacional’, sempre contada em semanas. Neste capítulo, optei por acrescentar às vinhetas a informação acerca da idade gestacional do feto por ser relevante, para o tema tratado, o **momento** no qual é possível obter-se – visualmente – a certeza do sexo fetal. A idade gestacional é calculada, como antes, tomando-se como base a data da última menstruação da mulher, mas com a diferença de ter passado a ser contada em ‘semanas’, não mais em ‘meses’. Isto significa que – se considerarmos que a ovulação e a fecundação tenham ocorrido exatamente no meio do ciclo, isto é, 15 dias depois daquela data – a rigor, a idade do feto ‘em si’ é sempre duas semanas **menor** do que a datação gestacional. A partir do uso rotineiro do ultra-som, a contagem em semanas tornou-se hegemônica no universo observado. Raramente ouvi a idade fetal ser referida em ‘meses’ pelas gestantes e jamais pelos profissionais. ‘Idade gestacional’ e ‘idade fetal’ são utilizadas como sinônimos pelos médicos. Um bebê nasce a termo contando 40 semanas de idade gestacional.

9.1. A DETERMINAÇÃO DE SEXO FETAL

A determinação do sexo fetal pela ultra-sonografia é possível de ser feita por um profissional de olhar treinado, com segurança, em torno da 15^a ou 16^a semana gestacional. Nesta fase, a genitália já está embriologicamente diferenciada: vulva ou pênis com saco escrotal. Entre a 11^a e a 14^a semana existe uma estrutura chamada de ‘broto genital’ ou ‘falo’, cuja localização no corpo do feto e angulação em relação ao eixo da coluna vertebral fornecem uma indicação probabilística de ser um feto masculino ou feminino.³³⁵ Até a 11^a semana é impossível visibilizar a distinção.

Para a visibilização da genitália – especialmente entre a 11^a e a 14^a semana – há diversas dificuldades técnicas, relacionadas ao peso da gestante³³⁶ e à posição do corpo do feto, tanto em relação à sonda do aparelho, como por sua postura intrínseca: por exemplo, se o feto estiver de costas para a sonda, ou de pernas cruzadas durante todo o exame, nenhuma informação visual sobre o sexo fetal pode ser obtida. É necessário, então, ou esperar que o feto mude de posição, ou tentar provocar sua movimentação balançando a sonda sobre a pelve ou dentro da vagina da gestante. Conseqüentemente, para que tal determinação seja feita depende-se de diversos fatores: em primeiro lugar, da qualidade da aparelhagem e da proficiência do operador no seu manejo; em seguida, de sua paciência e interesse em obter a imagem que – traduzida por ele – fornecerá a informação; finalmente, do tempo dedicado à realização do exame. Dependendo do volume de exames de cada clínica – inversamente proporcional ao seu preço – e dos fatores de dificuldade acima mencionados, o tempo disponível não possibilitava buscar a informação. Na maior parte dos exames observados, em todas as clínicas, houve referências ao sexo fetal, qualquer que fosse o período gestacional da mulher.

Curiosidade pelo sexo fetal

A curiosidade sobre a determinação do sexo fetal, quando não era de imediato expressa pelas gestantes e/ou acompanhantes, era induzida pelos profissionais. A instigação ocorria de modos diversos, dependendo do período gestacional e do operador

³³⁵ Esta probabilidade era apresentada para as gestantes variando de acordo com o profissional, conforme vimos no capítulo 6. Ver item 6.5.

³³⁶ Conforme mencionado acima, no capítulo 6, a gordura absorve as ondas sonoras emitidas pela sonda do aparelho e, de acordo com os profissionais observados, em consequência disso, as imagens obtidas com gestantes gordas são menos nítidas do que as de gestantes magras.

que realizava o exame.

Nas três clínicas, a curiosidade sobre a determinação do sexo foi similar e pervasiva, e o dr. Sílvio, da clínica C, que afirmava ter entre 94 e 95% de acerto em suas previsões probabilísticas, conforme mencionado no capítulo 6, dizia “*usar a determinação precoce do sexo como chamariz para a realização do exame de TN na época adequada*”.³³⁷ O apelo comercial dessa determinação precoce é muito grande, conforme ilustram alguns exemplos já apresentados no capítulo anterior. Uma explicação desse tipo, de ordem médica, como que instigava e sancionava o exercício pleno da curiosidade.³³⁸

Na clínica A, com frequência, os profissionais, em conversas na sala de laudos, expressavam críticas bastante contundentes à curiosidade crescente pela determinação do sexo fetal por parte de gestantes e acompanhantes.

Uma médica diz: “*Sabe que outro dia eu soube de um caso que a paciente só estava interessada em ver o sexo, aí a médica se irritou, virou para a paciente e disse: ‘você veio saber o sexo! Por acaso você sabe se o teu feto tem cérebro?’*”. Dr. Henrique relata, em tom de crítica, o caso de um exame realizado por ele no qual, após informar à gestante que o feto era anencéfalo e que não iria sobreviver após o parto, a paciente perguntou: “*Mas... e o sexo, dr.?*” (Clínica A).

Os médicos e médicas manifestavam irritação marcante com esse tipo de apropriação do ultra-som pelas gestantes. Havia, contudo, uma contradição evidente entre o discurso e a prática, como no exemplo citado no capítulo 6, na clínica A, em que o médico na sala de laudos se mostrou irritado ao receber a pasta de uma gestante, achando que ela viera ‘só para ver o sexo’, e ao entrar na sala de exames e ser informado de que o motivo da vinda era outro, sua primeira pergunta em tom muito casual foi: “*Então, vamos ver o sexo?*” A discrepância entre o comentário do médico, antes do exame, e sua atitude surpreendeu-me e evidenciou um aspecto que, no decorrer da observação, verifiquei ser rotineiro. Praticamente não havia espaço para a gestante não querer saber. Durante todo o período de observação, a única gestante que não desejou ser informada do sexo fetal já estava em fase adiantada da gravidez, e sua decisão foi explicitada desde o momento em

³³⁷ Rememorando, translucência nugal (TN), medida de uma prega de pele na região da nuca do feto, um parâmetro que vem sendo utilizado para avaliação da taxa de risco de anomalias cromossômicas do feto e, conseqüentemente, para indicação de exames mais invasivos, como a amniocentese. Recomenda-se que o exame de TN seja realizado entre 11 e 13 semanas gestacionais.

³³⁸ Em uma via de mão dupla, a divulgação pela mídia estimula essa curiosidade, além de outros fatores que discutirei adiante. Fora isso, o esforço dos profissionais no atendimento da demanda alavanca a sua realimentação positiva, seja por parte de uma mesma gestante – quando faz mais de um exame apenas para

que entrou na clínica C.

9.1.1. Demanda da gestante, parceiro e/ou acompanhantes

Quando havia uma demanda por parte da gestante ou de algum acompanhante, esta era geralmente expressa logo no primeiro contato com o profissional, em formas que variavam de tom – desde ‘pedidos’, ou indagações, até verdadeiras ‘ordens’:

G: Estou na maior curiosidade!

P: O senhor criou o maior transtorno, ela já comprou o enxoval todo rosa... [Dirigindo-se ao médico, logo que surgem as primeiras imagens, entre aflito e autoritário] Vamos logo para o sexo, depois vê o resto...

Dr. Henrique: [Buscando aparentemente atender ao pedido de P] ‘Tá sentadinho... deixa eu mexer um pouquinho... [balança de leve o transdutor sobre o abdômen de G, busca imagens] (Clínica A, IG: 20 semanas).³³⁹

Eventualmente havia um certo grau – involuntário – de *nonsense* no pedido, conforme os exemplos abaixo ilustram:

G: Com quantas semanas vê o sexo?

Dra. Lúcia: Nessa idade, a anatomia ainda não ‘tá definida... se a gente conseguir ver o falo, pode sugerir... o certo é com 15 semanas...

G: Então não sugere nada não...

P: [Contrariado] Por quê? Pode sugerir! (Clínica B, IG: 11 semanas).

P: Dá pra saber se é menino ou menina?

Dr. Sílvio: A posição...

P: [Atalha] Não ‘tá boa?

Dr. Sílvio: ‘Tá complicado... tem muito cordão! Nem palpite dá pra dar!

G: [Decepcionada] Nem um palpite? Um palpite qualquer! (...) Ô filhinho!... [Para o médico] Isso é a [minha] posição? Se eu mudasse de posição... [conseguiria ver]?

Dr. Sílvio: [Rindo] Só se eu botar você de cabeça para baixo...

G: [Rindo] Eu faço até bananeira! (Clínica C, IG: 12 semanas).

Quando ficava evidente, pelo período gestacional – como, por exemplo, entre a 14^a e a 19^a semanas – que a gestante tinha vindo só para saber o sexo, a demanda estava implícita e o médico nem fazia a pergunta clássica “*Quer saber o sexo?*”, informando diretamente o que estava vendo.

Avó: Olha, como está grande!

saber o sexo fetal – seja por outras, que serão as futuras clientes.

³³⁹ Gestante **Paula**. Discutido no capítulo 7, item 7.2.3, e adiante, em 9.1.3, 9.2.1.1 e 9.2.1.2.

P: É a perna?
 Dr. Sílvio: É a 3ª perna... a pontinha... [mostra com o cursor].
 G: É menino?
 Dr. Sílvio: É macho! (Clínica C, IG: 14 semanas).

9.1.2. Instigação dos médicos

Com enorme frequência, observei uma instigação da curiosidade por parte dos profissionais, principalmente nas clínicas A e B. Antes que alguém fizesse qualquer tipo de demanda acerca da determinação do sexo fetal, era comum os médicos perguntarem algo a respeito. As perguntas ‘clássicas’ eram variações em torno de: “*Vai ver o sexo hoje ou já sabe?*”, “*Quer saber o sexo, se der pra ver?*”, “*Com sorte hoje dá pra ver o sexo*”, “*Hoje vamos saber se é menino ou menina*”, ou “*Qual é a torcida?*”. Em algumas situações na clínica A, nas quais não fora possível de modo algum visibilizar a genitália, era usual o médico dizer: “*Tá tudo certinho, nota 10! Da próxima vez confirma o sexo 100%. Curte bem!*”, ou então sugerir diretamente que a gestante marcasse um exame em data próxima:

Dr. Henrique: Todo formadinho... não tem nada hoje pra se preocupar... tudo perfeito... na próxima, descobre o sexo... daqui a dois meses, faz o morfológico... [diante do desagrado manifestado por P, pela longa espera, emenda]... se quiser, marca antes, para daqui a um mês... (Clínica A, IG: 13 semanas).

Em mais de uma situação ficou evidente uma insistência por parte do médico em revelar o sexo, nos moldes do exemplo abaixo:

Dr. Henrique: Aqui tem o ducto venoso, ‘tá tudo tranqüilo... o sexo não dá pra saber 100%. Quer saber?
 G: Não...[hesita].
 Dr. Henrique: Dá pra desconfiar...
 G: Ah!... Então não me fala não...
 Dr. Henrique: Quer saber?... Vou deixar fotografado...
 G: Hmmmm... ‘tá bem, quero saber.
 Dr. Henrique: [Rapidamente] Parece, parece ser uma menininha... [mostra com o cursor] aqui é o clitóris, a gente sabe pela inclinação, por isso não é 100% de certeza... (Clínica A, IG: 12 semanas).

9.1.2.1. A ‘simpatia dos ovários’

Dra. Lúcia, na clínica B, fazia freqüentemente uma brincadeira com as gestantes no exame em torno da 8ª semana.³⁴⁰ Esta conduta era uma forma particular de instigação. Consistia no que ela chamava, rindo, de ‘simpatia dos ovários’. A brincadeira representava uma fusão peculiar entre uma crença popular – uma ‘simpatia’ – e a alta tecnologia, pois a informação, que era utilizada de modo brincalhão pela médica, só era possível de ser obtida por meio do ultra-som.

Tratava-se do seguinte: a partir da imagem ultra-sonográfica do corpo lúteo³⁴¹ podia-se determinar qual havia sido a origem do óvulo que fora fertilizado. A graça consistia em dizer, por exemplo: “*É filho do teu ovário direito... o ovário direito é das meninas, e o esquerdo dos meninos*”, quando a maior parte das gestantes **sabia** ser a determinação do sexo do feto dada pelo espermatozóide, e não pelo óvulo.³⁴² Vez por outra o *nonsense* não ficava claro de imediato e então a médica explicava, rindo, qual o sentido (ou, melhor dizendo, a falta dele) existente na afirmação. A clientela da clínica B tinha uma origem social mais modesta do que a das outras duas, e o apelo a um tipo de crença popular – ‘simpatia’ – parecia aproximar essa médica das gestantes, tanto das que percebiam o *nonsense* e riam imediatamente quanto das que necessitavam de uma explicação.

Dra. Lúcia: [Mostrando] Ó o falo... tô achando que é menino...
 [Ri] Mas é filho do ovário **direito... contraria nossas ‘estatísticas’**... [ri novamente, dirige-se para G] Conhece a simpatia dos ovários? O ovário direito é das meninas... [G não parece captar nem a graça da brincadeira nem que a médica está brincando]. Olha que bonitinho... (Clínica B, IG: 11 semanas).

Dra. Lúcia: Tudo certinho... qual foi o ovário que tu ovulou [sic]?
 G: Acho que é o esquerdo...
 Dra. Lúcia: [Busca a imagem] [É do] **Direito... é filho do ovário direito...** [Para G] Sabe a simpatia dos ovários? (...) É que do ovário direito deve ser menina...
 G: Eu queria menina mesmo... [ri] tem 50% de chance... (Clínica B, IG: 7 semanas).

Apenas uma vez, na clínica A, observei uma referência similar:

Dra. Priscila: Ele veio do seu ovário direito...
 G: Essa informação...? [Para que serve?]

³⁴⁰ Um período em que ainda é impossível visibilizar o sexo fetal.

³⁴¹ Estrutura que se forma no ovário no início da gestação, produtora de progesterona, hormônio que ajuda a manter a gravidez, durando cerca de três meses, quando a placenta assume suas funções hormonais.

³⁴² Vale notar que nas três clínicas, com poucas exceções, as gestantes tinham um alto grau de informação de teor científico sobre gravidez, fecundação etc.

Dra. Priscila: É só curiosidade... eu tive **um filho de cada ovário... um menino e uma menina...** (Clínica A, IG: 7 semanas).

Dois aspectos chamaram a atenção na ‘simpatia dos ovários’. Um diz respeito ao fato de que só ouvi menção à ‘simpatia’ por médicas, possivelmente relacionado à idéia de que as ‘simpatias’ são ‘assuntos entre mulheres’, sendo reservado aos homens as atitudes mais ‘científicas’.³⁴³ Outro aspecto digno de nota consistiu na fragmentação do corpo feminino e da própria gravidez, esta apresentada discursivamente como um assunto exclusivamente feminino, como se fosse produto de partenogênese: “*é filho do teu ovário direito*”.

9.1.2.2. ‘Intuição’ materna

Dra. Lúcia utilizava ainda uma outra forma de instigação de curiosidade que consistia em, antes de revelar o sexo fetal, perguntar às gestantes suas conjeturas sobre o sexo do feto, dizendo em seguida em tom de brincadeira que “*os psicólogos dizem que o bebê informa o sexo para a mãe*”.

G: Eu acho que é menino... desde o início...

Dra. Lúcia: [Terminando o exame] Ah!... Então é. Se a mãe acha, é. Bonitinho. ‘Tá ótimo. (Clínica B, IG: 12 semanas).

Dra. Lúcia: Vamos ver se eu vejo o falo... a chance...

G: Todas as simpatias que faço dá menina...

Dra. Lúcia: Vam’ver... Se estiver em ângulo com o corpo vira pênis... na seqüência do corpo... diz que a tendência é involuir e formar a vulva... [Ralhando, brincalhona] Não vai comprar vestidinho!

G: [Rindo] Nããã... até agora só ganhei sapatinho...

Dra. Lúcia: Segundo os psicólogos, o bebê diz pra mãe qual é o sexo... aquele [psicanalista]... [ri; vira para mim] o Steinberg... (Clínica B, IG: 12 semanas).

A médica sabia que eu era psicanalista, e uma parte da graça que encontrava em dizer isto consistia em uma espécie de cumplicidade brincalhona comigo. Desde a etapa inicial da observação, ela estava ciente de que eu conhecia o psicanalista mencionado e que, assim como ela, estava longe de levá-lo a sério.

³⁴³ Conforme exemplificado com o dr. Sílvio, na clínica C. Ver capítulo 7, item 7.1.1.

9.1.3. Preferências de mãe e pai

No universo observado, foi possível depreender que havia uma certa uniformidade na preferência por determinado sexo, por parte das gestantes e de seus parceiros, principalmente em se tratando do primeiro filho. Uma preferência apresentava-se de modo bastante marcado: a de homens por filhos do sexo masculino. A preferência de mulheres por filhas mulheres, embora freqüente, era um pouco menos marcada. A manifestação de tais preferências era expressa sob a forma de alegria ou decepção diante da ‘notícia’. Essa situação parece ser familiar para os médicos, que expressavam surpresa quando a ‘estatística’ não era confirmada. Uma médica na clínica A, após realizar um exame voltou para a sala de laudos comentando: “*Nunca vi isso! O pai ficou decepcionado quando eu disse que era menino!*” Ou então:

Dra. Lúcia: [Mostra] Aqui a cabecinha do bebê... as perninhas... você vai ganhar uma moça!

P: [Para G] Aaah! [Como quem acertou uma aposta] Não falei pra você?

Dra. Lúcia: [Surpresa, para P] Por que o pai quer menina?
(Clínica B, IG: 18 semanas).

Em uma ocasião, ocorreu uma situação simétrica a esta e que também causou surpresa e protestos bem-humorados na médica, fato que reforçou a minha impressão de que a distribuição das preferências era relativamente consensual.

G: As últimas ultras ela ‘tava só de lado...

P: É... ela não virou...

Dra. Lúcia: É ela? Vocês já sabem?

G: É que demorou a mexer... só mexeu com cinco meses...

Dra. Lúcia: [Rindo e simulando indignação] Quê isso? Você ‘tá dizendo que mulher é retardada? [ri].

G: E também dizem que quando [o feto] é mulher a grávida fica feia... (...)

Dra. Lúcia: [Rindo, simulando espanto] Mas quê isso? Então mulher é só desgraça!?! Isso é machismo! **Só serve ficar grávida de homem?!** (Clínica B, IG: 21 semanas).³⁴⁴

As reações de alegria ou decepção eram manifestadas em uma larga gama de possibilidades, algumas anedóticas, conforme a seguir:

Dra. Lúcia volta de um exame que não assisti e comenta: “*Ih!... maior decepção! O pai queria menino e era menina. ‘Tava todo mundo na sala...’*” Ao sair, passando pela sala de espera presencio

³⁴⁴ Chamarei esta gestante de **Renata**. Este caso será retomado adiante, por outros prismas, ver 9.2.2.2 e 9.2.2.4.

a seguinte cena: a gestante, gordinha e toda sorridente, sentada entre uma senhora e o marido, que conversa muito aborrecido com alguém ao celular: “*É mole, cara!?!... Maior racha!”* (Clínica B).

Em outra situação, a decepção foi expressa de modo mais discreto:

P: [Timidamente] *É menina?... Porque tinha um formato que pensei que era o saco escrotal e o penzinho... mas... o que vier, a gente... [abre um sorriso, como quem diz: ‘tudo ‘tá bom’].* (Clínica B, IG: 12 semanas).

Uma situação na clínica A é ilustrativa do eixo alegria/decepção e de discrepâncias existentes em um casal. Em exame anterior, em torno da 12^a semana, o médico havia dito que havia ‘80% de chance’ de o feto ser feminino. A gestante já havia comprado muitos itens de enxoval e objetos destinados a uma menina. No exame das 20 semanas, tal expectativa não se confirmou, causando um grande rebuliço durante a sessão.

G: (...) Não tô acreditando.
 Dr. Henrique: Vou fotografar! Á lá o piruzinho...
 P: [Para G, em tom de gozação e felicíssimo] Mãe ansiosa...
 Dr. Henrique: Eu avisei... [para não se precipitar]... ‘tá nota 10...
 G: [Sem esconder a decepção] *É menino, então?...*
 Dr. Henrique: *É.* (Clínica A, IG: 20 semanas).³⁴⁵

Uma gestante, ao saber o sexo fetal, teve uma reação que surpreendeu o médico que realizava o exame:

Dr. Henrique pergunta sobre preferência de sexo, a gestante disse querer menina e, ao ver confirmada a sua expectativa, grita de alegria, em um entusiasmo pueril. Ao sairmos do exame, o médico comenta a reação da gestante: “*Você vê, e essa é médica!”* (Clínica A, IG: 22 semanas).³⁴⁶

Aparentemente o médico esperava que a reação de uma profissional fosse mais moderada, fleumática, surpreendendo-se com a espontaneidade e a atitude um tanto infantil da colega.

A informação sobre o sexo fetal foi recebida com indiferença apenas em duas ocasiões – uma na clínica A e outra na C. Nas duas situações, havia uma evidente preocupação acerca do estado de saúde do feto, e a ênfase das gestantes estava claramente colocada sobre a determinação da sua normalidade.³⁴⁷ O sexo fetal só não foi mencionado

³⁴⁵ Gestante **Paula**. Visto em 7.2.3, em 9.1.1 e adiante, em 9.2.1.1 e 9.2.1.2.

³⁴⁶ Gestante **Maria**. Este caso foi abordado por outra perspectiva, no capítulo 6, em 6.3.1 e será retomado adiante, em 9.1.3, 9.2.1.2 e em 9.2.2.2.

³⁴⁷ Conforme apontado no capítulo 6, item 6.3.1.2, foi possível observar que em algumas situações – poucas – em que havia alguma patologia fetal, eventualmente o médico ou a médica recorriam à exibição da genitália ou à determinação do sexo fetal como modo de distensionar o ambiente, obtendo sucesso temporário neste

em exames muito rápidos, com duração de 5 a 10 minutos, ocorridos em geral na clínica B, que freqüentemente tinha um grande volume de exames por dia, o que obrigava os profissionais a serem rápidos na realização das ultra-sonografias para evitar os atrasos na agenda e as longas esperas – e as conseqüentes reclamações.

9.2. CONSTRUÇÃO DE GÊNERO

Com freqüência, a partir da determinação do sexo – ou mesmo quando, por algum motivo, era difícil ou não se conseguia visibilizar a genitália – iniciava-se um diálogo que envolvia a construção de gênero do feto, conforme ilustra a epígrafe deste capítulo.

Nas clínicas A e B – que atendiam, respectivamente, a faixas de classe média e média/alta, e classe média e média/baixa – esses diálogos aconteciam com maior freqüência e duração do que na clínica C, cuja clientela pertencia basicamente à classe média/alta e alta. Nesta clínica, além de a duração dos exames ser significativamente maior, demorando às vezes mais de uma hora,³⁴⁸ acontecia, conforme mencionado no capítulo 5, um tipo de conversa sobre questões médicas que denotava uma preocupação acentuada do dr. Sílvio de que o exame tivesse um caráter mais científico e menos lúdico ou espetaculoso. Na prática, não deixava de ser um ‘evento social’, revestido do que denominei ‘medicalidade explícita’.³⁴⁹ O caráter médico do exame era enfatizado, em parte, pelo fato de muitas dessas gestações serem produto de novas tecnologias reprodutivas – a medicalização da gravidez sendo, portanto, nesses casos, praticamente um corolário ‘natural’ da medicalização da reprodução. Por outro lado, a clientela desta clínica era, de um modo geral, mais contida na expressão de suas emoções durante o exame, e seus comentários indicavam uma certa preocupação em se mostrarem cientificamente bem informados.³⁵⁰

Na clínica A, também foi observada a preocupação – expressa em termos discursivos – com a ‘seriedade’ ou, nos termos de uma médica, com o “*ato médico*” representado pelo exame, em detrimento do aspecto ‘evento social’, encarado depreciativamente pelos profissionais. Contudo, a observação revelou que a prática nem

intento.

³⁴⁸ Relembrando, a média de tempo para cada exame na clínica A era de 20’ e na clínica B, de 10’.

³⁴⁹ Cf. capítulo 5, item 5.5, nota 238.

³⁵⁰ Este comportamento é compatível com o processo de contenção das emoções conforme é compreendido e descrito por Elias (1994: 214 pp), como parte do ‘processo civilizador’.

sempre era condizente com este discurso, conforme foi discutido no capítulo anterior.³⁵¹

Um aspecto relevante e recorrente observado na linguagem utilizada por todos os atores presentes na sessão ultra-sonográfica, sem exceção – gestantes, acompanhantes e profissionais – foi que os diversos termos referentes a fetos femininos ocorriam sempre no diminutivo ou, no máximo, na flexão normal, jamais sendo usados no aumentativo. Para os fetos masculinos, embora também presenteados com diminutivos, os aumentativos surgiam com grande frequência. Portanto, expressões como “*é um meninão*”, “*grandão*”, “*vai ser um molecão*” pareciam ser apanágio dos fetos masculinos, e nunca tiveram correspondentes nas referências aos fetos femininos, que eram referidos como “*é uma mocinha*”, “*fofinha*”, “*bochechudinha*”, “*agitadinha*”. Não houve menção a nenhum “*menininho*”, em contraposição a inúmeras “*menininha[s]*” nos exames observados. Do mesmo modo, apenas uma vez presenciei um “*é fêmea*”, que soou estranho e foi bem rapidamente emendado pelo médico por “*... é uma princesa*”. Em contraposição a isso, diversas vezes ouvi enunciado com alegria e até um certo orgulho ‘corporativista’, pelos médicos: “*É macho*”. As médicas anunciavam: “*É um menino*”, algo como “*Olha o piruzinho aqui*”, ou “*É ele*”.

Durante as sessões ultra-sonográficas, quando o sexo fetal ainda estava indeterminado, os fetos eram referidos por ‘ele’, possivelmente subentendendo-se ‘o feto’, ‘o bebê’, ou ‘o neném’. Os médicos e médicas, para as gestantes, referiam-se ao “*bebê*”, ou ao “*neném*”, raramente mencionando “*feto*” ou – mais raramente ainda – “*o embrião*”. Observei estes dois últimos termos sendo utilizados **durante** o exame por um médico apenas, na clínica C, o que era compatível com sua preocupação com o ‘nível científico’ dos exames ali realizados. Nas salas de laudos, a expressão geralmente usada nos diálogos entre profissionais era “*feto [ou embrião] de [tantas] semanas*”.

Algumas questões relativas à construção de gênero surgiram de modo recorrente, e sistematizei o material sob algumas rubricas a partir dessa lógica do campo. Os aspectos destacados superpõem-se algumas vezes, e foram pensados principalmente como eixos para análise, não se constituindo como categorias estanques.

³⁵¹ É bem possível que esta preocupação, expressa por profissionais das clínicas A e C – e nunca evidenciada nos discursos na clínica B – esteja vinculada ao perfil socioeconômico e cultural da clientela atendida. Conjeturo se nas camadas médias/médias e médias altas não haveria uma exigência maior no tocante ao caráter mais ‘científico’ do exame, captada sutilmente pelos profissionais, e uma menor exigência da clientela da clínica B nesse sentido.

9.2.1. Cores e consumo³⁵²

A construção de gênero fetal associada ao consumo apresentou-se como uma característica marcante. A lógica constituía-se em torno de dois eixos básicos: as **cores** a serem escolhidas – para enxoval e decoração – e os **objetos**, em geral brinquedos, roupas e acessórios. Esse aspecto do consumo esteve presente de modo mais marcante na clínica A. Comparativamente, esse tema foi menos ventilado nas sessões ultra-sonográficas na clínica C e, na clínica B, veio à baila com menor frequência ainda.

9.2.1.1. Cores

No universo observado, há cores consideradas ‘**neutras**’, como branco, verde e amarelo e, secundariamente, vermelho. Estas cores de enxoval são as ‘recomendadas’ enquanto não se obtém a certeza do sexo fetal pela imagem. “*Vai ter que ficar no neutro*” podia ser dito em tom um tanto desanimado quando havia a expectativa de visibilizar o sexo fetal, ou como uma promessa para, em futuro próximo, poder adotar outras cores no enxoval e na decoração do quarto do futuro bebê: “*É... [encerrando o exame] enxoval neutro, por enquanto...*”, “*Talvez seja menino, mas não sai comprando...*” ou então: “*Por enquanto vai continuar no amarelo...*” (Dr. Henrique, clínica A).

Depois da determinação do sexo fetal, ‘parte-se’ para as cores consideradas ‘**determinadas**’: **rosa**, no caso de fetos femininos, e **azul**, para os masculinos. Uma avó – que declarou que ‘torcia’ tanto para que fosse uma menina a ponto de vir assistir ao exame com uma jaqueta de couro cor-de-rosa – declara satisfeita: “*Já dei macacão verde, branco... agora... tudo rosa*”. Dr. Henrique diz para uma gestante: “*Agora já pode ir aí no shopping, comprar tudo azul...*”

Uma situação tragicômica ocorreu quando uma gestante comprou tudo cor-de-rosa e, no exame, foi constatado ser um feto masculino. Um comentário brincalhão e que era costumeiro deste médico adquiriu contornos diversos quando se confirmou ter havido engano na determinação anterior, probabilística, do sexo fetal:

Dr. Henrique: [Enquanto espalha o gel, diz em tom de brincadeira]
Guardou as notinhas [das compras]? Função de pai é essa...
trocar... [Ri, essa é uma brincadeira usual sua. Após poucos
minutos de exame] Tem opção [de nome] pra menino?

P: Tá achando que é menino? [G está com o rosto apreensivo, P

³⁵² Diferentemente do capítulo anterior, no qual tratei do tema de consumo do **exame** em si, neste capítulo abordo o consumo de bens destinados ao futuro bebê que, ao serem adquiridos, já ‘pertencem’ ao feto.

está muito excitado, ambos riem, nervosos] ‘Tá brincando...

Dr. Henrique: Estou achando que sim...

P: [Quase gritando, excitadíssimo] É menino! Cadê? Não tem pintinho?... [Rindo às gargalhadas] Ela comprou muuuuito! [Para o médico, ansioso] **Doutor, pode causar trauma ter chamado ele de menina até agora?** (...)

[G mostra-se visivelmente aborrecida].

Dr. Henrique: Falei que era 80% de chance... (...)

G: [Já de pé, passando por mim. Mostra-se desolada] Comprei tudo rosa! [Referindo-se ao exame anterior]. Dra. Márcia [obstetra] falou que ‘se o dr. Henrique disse, então é’. (Clínica A, IG: 20 semanas).³⁵³

Alguns pontos são dignos de nota neste exemplo, tais como a preocupação de P com o possível “*trauma de ter chamado ele de menina até agora*”. A pergunta evidencia a psicologização e a subjetivação do feto estreitamente vinculados à construção de gênero – esta sendo, por sua vez, firmemente codificada em termos das cores e dos objetos destinados ao feto, futuro bebê. A rigor, o feto é, na maioria das vezes, tomado como um bebê de fato, sendo sua localização no útero da mãe quase que um ‘detalhe’ meramente circunstancial. Perguntei a esta gestante, quando saía da sala: “*Por que menino não pode usar rosa?*” Sua resposta, após me olhar com um certo espanto, de cima a baixo foi: “*Ah... não!*”. Sua surpresa diante da minha pergunta – provocativa, reconheço – denota a rigidez da codificação vigente em termos de cores ‘para meninas’ e ‘para meninos’.

9.2.1.2. Objetos

Assim como as cores ‘determinadas’, o rosa e o azul, a definição visual do sexo fetal parece gerar uma ‘corrida’ para o consumo de objetos que comporão o ambiente do futuro bebê: a decoração do quarto, suas roupas e seus brinquedos.

G: Tem possibilidade de ver o sexo? Porque **vou passar um mês nos Estados Unidos, aproveitava e comprava tudo...** (Clínica C, IG: 11 semanas).

Avó: Agora tem essa facilidade... antes comprava o enxoval e tudo bem... agora, ela não comprou nada, **está esperando saber o sexo.** (Clínica A, IG: 19 semanas).

Quanto à composição do enxoval, destacam-se as referências aos ‘vestidinhos’ e ‘lacinhos’ para as (futuras) meninas, e às camisas de time de futebol, ‘enxoval para

³⁵³ Gestante **Paula**, mencionada no capítulo 7, item 7.2.3 e acima, em 9.1.1, 9.1.3 e 9.2.1.1.

homem' para os (futuros) meninos.

Dr. Henrique: [Terminando o exame] Já pode comprar uns vestidinhos aí...

G: Gravou aí que é menina?(Clínica A, IG: 19 semanas).

G: É menina mesmo, né? Não virou homem não, né?

P: [Rindo] **Lá em casa 'tá cheio de lacinho...** (Clínica C, IG: 31 semanas).

G: É menino com certeza, agora?... Posso...?

Dr. Sílvio: Seu bilhete correu.

G: [Para P] Que boquinha, hein!? [Para o médico] Há mais de um mês que ele 'tá falando! Maior pressão! **Enxoval para homem...** (Clínica C, IG: 14 semanas).

Dra. Lúcia: O sexo... que você perguntou.... [Mostra uma imagem na tela] Pode sugerir [frisa] 'tá vendo aqui... isso aqui é o falo... em relação ao corpo, tem uma angulação... então isso mostra uma tendência... nessa posição evolui para formar o pênis. Mas não é certeza... [Ri] **Não pode comprar a camisa do Fluminense... ainda.** (Clínica B, IG: 12 semanas).

Dr. Henrique digita "John" ao lado da imagem da genitália fetal. G comenta: "*Já comprei chapéu e botas de cowboy para ele, como o pai.*" P, que não fala português, sorri ao ouvir o termo 'cowboy'. (Clínica A, IG: 31 semanas).

Eventualmente apresentou-se uma mescla um tanto bizarra de informações médicas e 'sugestões' de objetos destinados ao futuro bebê:

Dr. Henrique: [Faz as medições de costume, enquanto vai mostrando] **A orelhinha... onde vai pendurar o brinco... estou vendo a implantação, tem síndromes que a implantação é baixa...** 'tá tudo normal... (Clínica A, IG: 21 semanas).

No tocante aos brinquedos, para as meninas destacam-se as referências a bonecas e bichinhos de pelúcia:

Enquanto o dr. Henrique prossegue com o exame, medindo os parâmetros, G murmura: "**Bonecas, bonecas, muuuitas bonecas!** [Dirige-se ao marido] **Pronto! Agora vamos poder botar aquele monte de bichinhos de pelúcia!**" (Clínica A, IG: 22 semanas).³⁵⁴

As montagens do enxoval e do quarto do futuro bebê, inclusive o tipo de brinquedos, parecem estar indissolavelmente vinculados à construção de gênero fetal, em um movimento de realimentação positiva. Tanto a construção de gênero delimita quais

³⁵⁴ Gestante **Maria**, mencionada acima, no capítulo 6, item 6.3.1.1 e em 9.1.3, 9.2.1.2 e 9.2.2.2.

objetos e cores são ‘cabíveis’ para os futuros meninos e meninas, quanto esses objetos e cores, segundo os atores, detêm o potencial de modelar a construção de gênero do feto. Um exemplo significativo é o da gestante Maria, que ficou igualmente entusiasmada com o fato de seu feto ser feminino e de poder comprar “*muuuitas bonecas!*” e “*poder botar aquele monte de bichinhos de pelúcia*”. No decorrer do exame declarou, enfaticamente: “*Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser ‘viado’*”. Sua afirmação denotava, entre outros aspectos,³⁵⁵ a idéia de que toda a decoração antevista teria uma característica tão marcadamente ‘feminina’, que esta teria fortes repercussões sobre a ‘opção sexual’ de seu filho.... ainda um feto de 22 semanas.

O mercado está atento e investe maciçamente para, ao mesmo tempo, atender e instigar a demanda do novo filão. Existem alguns *sites* na Internet dedicados exclusivamente a essa faixa de consumidores. Os *sites* fornecem para as gestantes informações dos mais variados tipos – que vão desde as de cunho ‘científico’ sobre o que se passa na gravidez, cuidados e precauções médicas na gestação, até psicologia e educação infantil – apresentando maior ou menor grau de sofisticação.

Da mesma maneira com que freqüentemente se entrelaçam temas médicos com a instigação ao consumo durante as conversas na sala de exame, os *sites* utilizam uma estratégia que consiste em fornecer conhecimento ‘médico’, informações ‘científicas’ sobre a gestação como forma de captar uma nova clientela consumidora. A gestante pode se cadastrar nesses *sites* e assim receber informações semanais, por e-mail, sobre a evolução da gestação.³⁵⁶ Receberá junto com isso uma quantidade inimaginável de ofertas de produtos que podem ser comprados pela Internet por meio de um singelo ‘clique aqui’. Um dos *sites* melhor estruturados é patrocinado por uma conhecida loja de móveis infantis. Outro oferece uma infinidade de produtos variados, desde chupetas e protetores de seio até carrinhos e berços de bebê, passando sempre pela inevitável literatura sobre psicologia e educação.

Outra modalidade consiste nas feiras tipo ‘Expo mãe-bebê’ que são montadas regularmente em grandes pavilhões de exposição. Desde antes do nascimento, os fetos são

³⁵⁵ É evidente que havia também diversas outras determinações para esta fantasia. Retomo adiante esse material.

³⁵⁶ Cadastrei-me em um deles em abril de 2003, sob um nome fictício, com uma ‘idade gestacional’ bem inicial e até a 40ª semana – completada em janeiro de 2004 – recebi e-mails semanais. Desde então, e até o momento do fechamento desta tese, continuo recebendo e-mails mensais sobre ‘educação’ e ‘psicologia’ infantis, mesclada com ‘ofertas imperdíveis’.

investidos da ‘qualidade’ de consumidores. A construção de gênero do feto, no universo observado, encontra-se inextricavelmente ligada a esta forma de consumo.

9.2.2. Construção de identidade³⁵⁷

9.2.2.1. No nome

Um dos aspectos marcantes da construção do feto como Pessoa está vinculado à escolha do nome que, na maioria das vezes, é mencionado no momento da determinação de sexo fetal. Em geral, as alternativas já estavam escolhidas quando do momento do exame. Este fato parece ser conhecido pelos ultra-sonografistas, o que é evidenciado pela surpresa que manifestam quando tal não ocorre.

Dra. Lúcia: Como é o nome dele?

G: [Não responde, aparentemente pega de surpresa pela pergunta] ???

Dra. Lúcia: [Surpresa] Não sabe...?

G: Ainda não escolhi... (Clínica B, IG: 26 semanas).

Dr. Sílvio: [Para P] E o nomezinho?

P: Não sabemos...

Dr. Sílvio: [Admirado] Que tranquilidade!... (Clínica C, IG: 22 semanas).

Em algumas situações, quando as preferências por determinado sexo estavam muito marcadas, simplesmente não havia nome alternativo escolhido:

Dra. Lúcia: Tu já escolheu [sic] nome?

G: Bianca.

Dra. Lúcia: Uai!?! E se for menino? Não tem nome pra menino?

G: Tenho certeza que é menina. (Clínica B, IG: 17 semanas).

Às vezes a pergunta do operador sobre nomes escolhidos evidenciava uma tensão entre gestante e parceiro quanto à escolha. Nas situações observadas, a gravidez já estava em seu 3º trimestre, denotando estar havendo uma longa discussão acerca do nome – daí derivando, possivelmente, o mal-estar desencadeado pela pergunta.

Dr. Henrique: É menino. Qual o nome? [A pergunta fica sem resposta do casal, criando-se um silêncio constrangedor; há uma tensão no ar]. [Mostrando com o cursor na tela] Olha aqui o piruzinho... qual o nome?

G: [Rapidamente] João Mateus.

Dr. Henrique: Mateus com h?

G: Sim. (Clínica A, IG: 32 semanas).

³⁵⁷ Detenho-me especificamente na construção de identidade fetal, deixando de lado a construção de identidades e subjetividades maternas e paternas, que ocorre concomitantemente, no desenrolar da gravidez.

Esta situação deixou evidente que existia algum tipo de disputa entre o casal, pois o marido da gestante manteve-se sério e silencioso durante todo o exame e, depois da segunda pergunta do profissional, ela não hesitou, e sequer olhou em sua direção ao nomear o feto. O médico, por seu turno, pareceu captar o mal-estar e tentou contorná-lo, perguntando por um detalhe banal no nome, tentando desviar a questão principal.

Na clínica B, houve uma situação em que a médica foi sutilmente solicitada a opinar, quando o casal expôs para ela, em detalhe, no decorrer do exame, a questão geradora de conflito:

Em um clima tenso, o casal explica que queriam dar o prenome do pai. O problema consiste em que P quer que o bebê tenha seu nome para ser ‘Marcos da Silva **Filho**’. Para tal, legalmente, o bebê não poderia levar no nome o sobrenome da mãe, o que desagrada a G. Por outro lado, se tiver o prenome do pai, acrescentado do sobrenome da mãe e do pai, deverá ser ‘Marcos Correia da Silva **Júnior**’. G reclama, inconformada, que a criança “*vai acabar sendo Juninho*”. (Clínica B, IG: 33 semanas).

A médica sugeriu que o casal conversasse com um tabelião com o intuito de se informar acerca das regras vigentes. A importância atribuída à questão de o filho portar ou não o sobrenome da mãe pareceu estar ligado ao pertencimento do feto, pois a gestante mostrava-se muito incomodada com o fato de “*ele não ter nada meu*” no nome.

Na clínica C, cuja clientela era abastada – aspecto que se evidenciava no modo como as gestantes estavam trajadas, ostentando jóias, roupas e acessórios ‘de marca’³⁵⁸ e deixando no ar um odor de perfumes importados – com alguma frequência foi observado que a escolha do nome de fetos masculinos era investida de valor e se apresentava revestida de algum grau de solenidade, quando se tratava de atribuir o nome de um ascendente, vivo ou não. Deste modo, parecia ser estabelecido um sentido claro de descendência ou de continuidade de uma ‘linhagem’ familiar e de manutenção de patrimônio.

Dr. Sílvio: Já tem nome?

P: **Tô pensando em dar o nome do meu pai, já falecido...** minha mãe também já faleceu... **tenho alguma coisinha** que ele deixou pra mim, **senão não ‘tava aqui...**³⁵⁹ **eu queria ter para quem deixar...** João. Vai ser Neto. (Clínica C, IG: 12 semanas).

G: Tinha a maior torcida pra ser **menino...**

P: **Meu pai vai ser homenageado...** mas eu não faço questão...

³⁵⁸ Impressionou-me particularmente a profusão de bolsas ‘Louis Vuitton’.

³⁵⁹ O casal havia se submetido a um processo de reprodução assistida muito dispendioso, envolvendo inclusive óvulo de doadora.

desde que nasça saudável...

O exame está terminado. P está entusiasmado com o filho ‘homem’, que receberá o **nome do avô, acrescido de ‘Neto’**. Diz: “*Meu pai é que vai ficar feliz...*” Dr. Sílvio pergunta o nome do avô. [É uma pessoa conhecida no Rio de Janeiro, dono de uma grande empresa]. (Clínica C, IG: 13 semanas).

Nomear o feto com o nome de um ascendente podia também ter o sentido de uma homenagem, como no exemplo a seguir:

Avó: [Animadamente] Nosso bebê... vão morar lá em casa...

Dr. Sílvio: [Rindo, para G] Acho melhor já fazer outro... esse aí... [dando a entender que a avó iria se apropriar].

Avó: [Ainda deliciada com a notícia] É menina mesmo! A Maíra, que bom! **Ainda por cima meu nome! Homenagem à avó!** (Clínica C, IG: 16 semanas).

Conforme mencionado no capítulo 8, na clínica A foi observado um modo peculiar de nomeação de fetos adotado pelo dr. Henrique. Consistia em digitar o nome escolhido ao lado de uma setinha que apontava para a imagem da genitália. Este procedimento era usual em exames de fetos com mais de 20 semanas de idade gestacional, e com frequência a imagem escolhida era a da genitália em 3D. Como vimos, às vezes o médico acionava comandos que coloriam a imagem de azul, no caso de ser genitália masculina, e de cor-de-rosa, para a feminina, em tom de brincadeira, que sempre era recebida com bom humor por gestantes e seus acompanhantes. Na maior parte das vezes, entretanto, as imagens com nomes eram apresentadas mesmo em sépia. Também eram colocados nomes em imagens 2D da genitália, em especial quando se tratava da masculina, que era visualmente mais fácil de identificar. Esta prática do dr. Henrique era de tal modo sistemática que a minha atenção era despertada quando tal **não** ocorria. Na clínica B, um procedimento similar foi observado em algumas ocasiões – quando a médica digitava o nome do feto no cabeçalho da foto da imagem da genitália, mas esta não era uma prática corriqueira.

Conforme mencionei no capítulo anterior, o dr. Sílvio, na clínica C, em contraposição expressa a esse procedimento, declarou ter por princípio não colocar nome algum junto às imagens fetais. Contudo, foi possível observar que não chegava a ser uma regra rígida, podendo este médico atender a pedidos, expressos ou não, conforme observado na situação a seguir:

Dr. Sílvio: Ele tem nome, por acaso?

G: Carlos.

Dr. Sílvio: [Escreve o nome sobre a imagem do feto, para produzir a ‘fotografia’ que G pediu] Vou me comprometer...

Depois do exame terminado, o médico pergunta se observei que

ele nunca coloca o nome na imagem, mas “*o casal estava curtindo tanto! Botei o nome. É gostoso quando faz exame assim...*” (Clínica C, IG: 12 semanas).

A partir da escolha do nome, as referências ao feto – até então inespecificamente apenas ‘o bebê/neném’ ou ‘o **teu** bebê/neném’ – passavam a incluir também ‘o Fulano’ ou ‘a Fulana’. Curiosamente, embora as referências às partes do corpo fetal muito freqüentemente ocorressem na forma diminutiva, poucas vezes ouvi os **nomes** dos fetos flexionados deste modo. Era comum dizerem: “*Olha aqui o pezinho do Mateus!*”, ou “*Está vendo a orelhinha da Luana?*”, e assim por diante. Abstraindo-se o conteúdo, parecia que as referências eram feitas a pessoas adultas. Os nomes também eram utilizados para ‘dar ordens’ aos fetos, para que ficassem em posição mais favorável para a obtenção da imagem de determinada parte de seu corpo.

9.2.2.2. Na subjetivação e nas atividades fetais³⁶⁰

Determinados movimentos e atividades fetais visualizados³⁶¹ na tela do monitor do aparelho eram, com grande freqüência, interpretados como ‘atitudes’ do feto. O entendimento das imagens como atividades voluntárias, intencionais ou expressivas – de ‘emoções’ ou ‘traços de caráter’ – do feto indicava uma tendência relevante no sentido de subjetivá-lo. Essas imagens – a rigor, sombras com diferentes tons de cinza – tanto poderiam corresponder a movimentos de membros, mudanças de posição ou ao coração em atividade. O termo ‘subjetivação’ abrange aqui, portanto, a atribuição – pelos atores do universo etnografado – de ‘intencionalidade’ assim como a de ‘sentimentos’ ao feto, associados à visualização das imagens fetais. Nas clínicas A e B, essa situação foi observada com mais freqüência do que na C. No mais das vezes, a subjetivação do feto era genericada, calcada nas concepções vigentes e com caráter eminentemente normativo. Os diálogos evidenciavam quais eram essas concepções.

Na interpretação das imagens vistas no monitor pelas gestantes e acompanhantes, os fetos femininos seriam mais ‘lentos’ do que os masculinos. Os masculinos seriam ‘agitados’, ‘mexem muito’, vão ‘dar trabalho’:

³⁶⁰ Neste item, focalizo a subjetivação mais especificamente vinculada à construção de gênero; discuti a subjetivação fetal de modo mais genérico acima, no capítulo 7, item 7.2.2.

³⁶¹ Ver capítulo 5, nota 210. Por ‘movimentos’ refiro-me a mudanças na posição corporal do feto. ‘Atividade’ refere-se a outros aspectos evidenciados no exame, tais como fluxo sanguíneo, movimentos respiratórios ou batimentos cardíacos.

G: As últimas ultras ela ‘tava só de lado...

P: É... ela não virou...

Dra. Lúcia: É ela? Vocês já sabem?

G: **É que demorou a mexer...** só mexeu com cinco meses... (Clínica B, IG: 21 semanas).³⁶²

Dra. Lúcia: ‘Tá se esticando! [A imagem do feto faz um movimento brusco, como um pulo] **Ó como mexe!**

G: **Deve ser menino...** (Clínica B, IG: 15 semanas).

G: Que gracinha... ele mexe muito! Esse não vai ser mole!

Criança [menina, 6 anos]: **Vai ser menino.** (Clínica A, IG: 12 semanas).

Na situação a seguir, encontra-se implícita a idéia de que mesmo os parâmetros fisiológicos dos fetos femininos seriam diferentes dos masculinos – acompanhando os pressupostos de que ‘meninas’ seriam ‘lentas’ e ‘meninos’, ‘agitados’:

Ouve-se os batimentos cardíacos fetais, a avó compara com o feto da outra filha, que também está grávida: “*Esse não vai ser fácil!... Já a Ana Paula faz assim [mais lentamente] tum... tum... tum... mais calminha...*” (Clínica A, IG: 37 semanas).

Os batimentos cardíacos fetais normais têm uma frequência muito mais alta do que a dos adultos, não havendo grandes diferenças entre um feto e outro, de mesma idade. Alterações acentuadas no ritmo dos batimentos indicam problemas – em geral graves – com a saúde do feto.

A interpretação dos movimentos de fetos se dá de acordo com determinadas expectativas: no tocante a fetos femininos, é a de que sejam ‘delicadas’, ‘suaves’, em contraposição aos meninos:

G: Ela **quase não mexe... minha filha é uma lady...** o dela [referindo-se à amiga grávida, presente ao exame] é **atleta**, não pára um minuto!

Amiga: Ela é delicada... **o meu [feto] chuta muito!... É um grosso...** (Clínica A, IG: 35 semanas).

Em outra situação, a interpretação das imagens é de que um feto feminino ‘faz charme’ e ‘se preocupa’ com a aparência:

G: [Surge a imagem da face em 3D] Minha mãe vai dizer: ‘que nariz é esse?’... [Surge a imagem da mão diante do nariz] **Ela não quer mostrar o nariz... isso é importante pra ela [feto]...**

P: É charme...

G: Se escondeu mesmo! Tudo que colaborou no resto do exame

³⁶² Gestante **Renata**. Também em 9.1.3 e 9.2.2.4.

agora não quer... (Clínica C, IG: 37 semanas).

A facilidade ou dificuldade de o operador conseguir capturar uma determinada imagem fetal é aqui traduzida em termos de uma interação do feto com o ambiente: “*ela não quer mostrar o nariz*” que, pelo comentário da mãe, subentende-se que de seu ponto de vista seja ‘feio’; antes o feto teria ‘colaborado’, ‘recusando-se’ em seguida a exibir a face.

Em diversas situações, a começar pelo exemplo da epígrafe que dá nome ao capítulo, ficou evidente que os ‘meninos’ são percebidos como ‘exibidos’ e as ‘meninas’ como ‘recatadas’, em especial no que tange à visibilização da genitália. A dificuldade – maior ou menor – na obtenção da imagem desta pelo profissional é utilizada como suporte para as afirmações:

Dra. Priscila: Ôpa! Quer saber o sexo?

G: [Meio hesitante] É...

Dra. Priscila: [Rapidamente, parecendo querer logo anunciar a ‘novidade’] **É menino!... Com certeza! Se exibiu todo aqui...**

Avó: Doutora... tem 100% de certeza que é menino?

Dra. Priscila: **120%... ele é todo exibido...** (Clínica A, IG: 16 semanas).

Dr. Henrique: É... **ele mostra bem o saquinho...** [mostra na tela com o cursor].

G: Ele não é nada tímido, né?

Dr. Henrique: Não é tímido... **machão!** (Clínica A, IG: 37 semanas).

P: [A imagem do feto se revira como em uma cambalhota, na tela].
‘Tá sem vergonha! Se for mulher ‘tá desinibido até demais!’
(Clínica B, IG: 12 semanas).

O exemplo a seguir ilustra de modo sintético um tipo de deslizamento que foi observado freqüentemente, da avaliação médica da morfologia fetal para a subjetivação do feto:

G: E lábio leporino, dá para ver?

Dr. Henrique: Só que ela está com a mão na frente do rosto, estou tentando ver e ela não tira de jeito nenhum... vamos ver se muda de posição... nada. Ih! Agora está com as duas mãos no rosto.

G: Aaah... toda manhosinha... (...) Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser ‘viado’ [sic] [Risos dela e do marido]. (Clínica A, IG: 22 semanas).³⁶³

A dificuldade na obtenção da imagem da face pelo profissional, em virtude de o

³⁶³ Gestante **Maria**, citada no capítulo 6, em 6.3.1.1, e acima, em 9.1.3 e 9.2.1.2.

feto – feminino – estar com as mãos diante do rosto foi traduzida pela gestante como: “*Aaah... toda manhosinha...*”. Em seguida a esta atribuição de significado, evidencia-se que, de acordo com ela, tal atitude só seria admissível para uma menina: “*Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser ‘viado’*”, comentário seguido de risos da gestante e de seu marido. Os fetos femininos podem ser ‘manhosinhas’, atitude inadmissível em ‘homens machos’.

A seqüência do diálogo desliza da preocupação com a possibilidade da existência de um defeito congênito para a construção de subjetividade e gênero fetais, indicando dois níveis de normatização. O primeiro nível diz respeito à morfologia física, quando se constata que não há nenhuma malformação congênita e que o feto é ‘perfeito’, de um ponto de vista anatômico. O segundo nível de normatização envolve a construção de subjetividade generificada, feminina, deste feto. A gestante mostra-se muito satisfeita dele ser feminino, atendendo às suas expectativas. Caso contrário, a construção de gênero escaparia à norma vigente, e “*ia ser ‘viado’*”. Os risos que se seguem ao comentário denotam a existência de ansiedade relacionada ao desvio da norma e evidenciam, em última instância, o alívio trazido pela ‘confirmação’ de que o feto seria ‘inteiramente’ normal.

A dificuldade em obter imagens da **face** fetal era usualmente interpretada como ‘timidez’ ou ‘vergonha’, mas diferentemente da dificuldade ou da facilidade na obtenção de imagens da genitália, ‘timidez’ ou ‘vergonha’ pareciam ser atributos de fetos femininos e masculinos, indistintamente. Talvez tal noção esteja calcada na admissão implícita de que os bebês em geral possam ser ‘envergonhados’.

Dr. Sílvio: [A imagem do feto solta as duas mãos e volta a segurar]
Essa foto aqui ficou bonitinha... o bracinho está na frente...
P: Ela é tímida... (Clínica C, IG: 25 semanas).

O médico mostra o pênis do feto para a gestante e passa para a imagem 3D. A seguir busca a imagem da face.
Dr. Henrique: Está com as duas mãos na frente do rosto. Está com vergonha, né? (Clínica A, IG: 27 semanas).

O aspecto a ser sublinhado é o fato de que posturas comuns em fetos – mãos ou braços na frente do rosto – ou movimentos fetais, descritos como ‘virar de costas’ para a sonda,³⁶⁴ sejam quase sempre interpretados como a expressão de ‘sentimentos’ –

³⁶⁴ A mera descrição do movimento como ‘virar de costas’ para a sonda já traz implícita a noção de que o feto

‘vergonha’ – ou como uma característica de ‘personalidade’: a ‘timidez’.

9.2.2.3. Nas ‘profissões’

Certos movimentos visualizados na tela do monitor, como a movimentação das pernas, entre outros, eram imediatamente traduzidos – em tom de brincadeira, mas nem por isso menos significativas – como indicativos de uma futura atividade ‘profissional’, que obedecia a uma distribuição calcada em determinadas concepções de gênero:

A gestante reclama que sente muito à esquerda e o dr. Henrique esclarece: “*É que os pés estão para cá [mostra]*”. G diz: “*Ah... vai ser jogador de futebol...*” (Clínica A, IG: 22 semanas).

Dr. Sílvio: [Frequência cardíaca é] **160 batimentos por minuto...**
 P: Vai ser **atleta...**
 Dr. Sílvio: Olha o pintinho... aí, ó! [mostra com o cursor. Para G] Seu bilhete já foi corrido...
 P: [Satisfeito] **Machão!** Vou criar pra ser centroavante do Vasco da Gama... ‘tipo’ Roberto Dinamite.
 G: [Para P] Não quer que seja Garrincha? (Clínica C, IG: 12 semanas).

A atividade ‘profissional’ designada para meninas que se mexiam ou esperneavam muito era outra:

Diante da pergunta do médico se o feto se mexe muito, G responde: “*Se fosse menino, ia ser jogador de futebol... aliás, a minha filha, se deixar, joga futebol mesmo...*” Alguém comenta, rindo: “*Vai é ser bailarina...*” (Clínica A, IG: 34 semanas).

Dra. Cássia: ‘Tá mexendo direitinho?’
 G: **Mais** que normal... [Faz] um pagode aqui dentro...
 Dra. Cássia: Tem 37 semanas... **o pagodeiro...**
 G: É menina.
 Dra. Cássia: Então, é uma moça pagodeira?... Forrozeira, então... melhor... mais comportada... e a moda é essa... (Clínica B, IG: 32 semanas).

É possível que a idéia de ‘pagode’, para essa médica, estivesse de um modo sutil associada a uma ‘devassidão’, sendo o forró uma atividade mais ‘adequada’ para ‘moças’, de quem se espera uma atitude de recato.

9.2.2.4. Nas questões relacionais

A partir de diversos comentários que, começando na gravidez, projetavam no futuro certos relacionamentos, foi possível depreender algumas das expectativas envolvendo, no grupo etnografado, a construção de gênero do feto. Tais comentários evidenciavam algumas noções construídas acerca do ‘feminino’.

Mulheres competiriam entre si no tocante à beleza, conforme ilustra o exemplo abaixo:

G: E também dizem que quando [o feto] é mulher a grávida fica feia...

P: Compete com a mãe...

Dra. Lúcia: Mas quer dizer que tu ‘tá [sic] se achando feia? [G faz que sim com a cabeça]. Isso é a tua auto-estima... [ri] Vou achar um homem aqui... [busca a imagem da genitália] Sabe que eu tô achando que é menina?... Agora é que você vai se achar feia... [Como que torcendo] Vai ser menino... vai ser menino... [Algum tempo depois, declara] É uma moça.

G: **Já ‘tá competindo comigo...** (Clínica B, IG: 21 semanas).³⁶⁵

Deveriam ser heterossexuais, namoradeiras,

G: Muitas amigas ‘tão tendo meninos, **a Maíra vai se dar bem...** (Clínica C, IG: 16 semanas).

... e também já tinham desenhadas as futuras brincadeiras e/ou relacionamentos com companheiros pré-determinados:

G comenta que uma das amigas escreveu um *e-mail* para ela perguntando “*se o neném [dela, G] iria jogar bola com o Marcelo ou ia namorar com o Marcelo*”. Agora, após saber que esperava uma menina, ela ia responder para a amiga que “*a Alice vai namorar com o Marcelo*”. (Clínica A, IG: 22 semanas).

Poderiam até ter características desvalorizadas ou não consideradas como muito ‘femininas’, aceitas de modo bem-humorado, desde que pudessem ser associadas a determinados ‘padrões familiares’, conforme o exemplo já abordado por outro ângulo no capítulo 7:

P: Se nascer 6^a feira que vem, vai estar com 39 semanas e uns 47 cm...

G: Se nascer baixinha e invocada... as mulheres da minha família são todas baixinhas e invocadas [ri].

³⁶⁵ Gestante **Renata**. Ver acima, itens 9.1.3 e 9.2.2.2.

P: Na minha família são altas. [Ri] Altas e invocadas. **A avó não é alta mas é invocada...** [Para G] Melhor a família do teu pai... (Clínica C, IG: 37 semanas).³⁶⁶

Também das meninas se esperava que ‘dessem trabalho’, no sentido de terem que ser ‘controladas’.

Dr. Henrique: Pode ficar no enxoval rosa...

G: O Daniel não gostou... ele queria um irmão...

P: [Para Daniel, um menino de cinco anos] Não vai deixar os garotão [sic] mexer com ela, hein!?!... Vai cuidar, né? (Clínica A, IG: 27 semanas).

Curiosamente, não houve referência a questões relacionais no tocante a fetos masculinos. Uma hipótese a ser explorada é a de que uma das concepções subjacentes seja a do ‘homem’ como auto-suficiente, ‘destacado’ e também alvo de menos ‘controle’ por parte da família.

9.2.2.5. Nos atributos físicos

Como vimos nos capítulos anteriores, uma prática usual dos profissionais das três clínicas consistia em ‘mostrar o neném’ para as gestantes. Nessa atividade, a genitália do feto ocupava um lugar de destaque e as expressões usadas para designá-la seguiam a mesma lógica de distribuição dos termos em geral – vinculada ao sexo fetal – utilizada para se referirem às partes do corpo ou aos atributos fetais. Para os ‘meninos’, os termos podiam ser diminutivos e aumentativos, enquanto que para as ‘meninas’, os aumentativos nunca eram usados. Os profissionais recorriam também com maior frequência a diversas gírias e expressões populares para designar os genitais masculinos – ‘piru’, ‘documentos’, ‘pinto’, ‘terceira perna’ – mencionando ‘pênis’ em relativamente poucas ocasiões. Algumas vezes, ‘documentos’ serviu igualmente para designar genitálias femininas. O uso deste termo em particular explícita de modo veemente em que medida a visibilização da imagem da genitália é fundamental para a construção de uma identidade para o feto.

O tamanho – de preferência, ‘alentado’ – dos genitais de fetos masculinos era enfatizado e valorizado por profissionais e gestantes e, de um modo especial, pelo pai.

Dra. Lúcia: Aqui o **saquinho** dele aqui... **piruzinho... piruzão!** [risos] Vê até a uretra dele [aponta na tela] aqui, ó!... (Clínica B, IG: 37 semanas).

³⁶⁶ Gestante **Isabel**.

Dr. Henrique: Olha o piruzão! [Fixa a imagem, passa para 3D] O nome?

G: [Rindo] Você fica falando isso! O pai fica falando para todo mundo... vai todo mundo querer ver... [faz um gesto que dá a entender que o pai do feto está se gabando do tamanho do pênis do filho]. É Marco.

Dr. Henrique: Vamos **documentar** o rapaz... [digita 'Marco' ao lado da imagem]. (Clínica A, IG: 32 semanas).

P: [Excitado, fala alto, dirige-se ao médico, rindo] Dr. Sílvio, [eu] já disse pra todo mundo que entre uma perna e outra tem um negócio muito grande...

Dr. Sílvio: [Rindo] Você é publicitário? Porque isso é publicidade...

Mais tarde, ao encerrar-se o exame, já saindo da sala, P comenta entusiasmado: "*O 1º **garanhão da família!***" Em seguida, um tanto decepcionado, murmura: "*Vim ver o **tamanho do documento...** nem vi!...*" (Clínica C, IG: 14 semanas).

G: [Para o médico] Quantos por cento de chance que é menino mesmo?

Dr. Sílvio: Como diz o pai, **é bem dotado e não deixou dúvida...** (Clínica C, IG: 12 semanas).

As menções à genitália feminina ocorriam na flexão normal ou no diminutivo. Para fetos femininos, os profissionais reservavam, na maior parte das vezes, a norma culta, o supostamente 'discreto' e 'respeitoso' vulva. No máximo, o estranhíssimo 'vulvinha'. Apenas muito esporadicamente eram utilizados termos populares para mostrar os genitais de feto feminino:

Dr. Sílvio: [Mostra a genitália do feto] Isso aqui é a baratinha dela... perninha aqui, outra perninha [mostra] os rins... [escreve 'genitália' junto da imagem]. (Clínica C, IG: 22 semanas).

Dra. Carla: [Mostrando a imagem] Ali a vulvinha...

G: É menina mesmo, né? Não virou homem não, né? (Clínica C, IG: 21 semanas).

Dr. Henrique: Não tem erro...

G: Já sei ver... o pessoal chama de hamburguinho... [a imagem da vulva; o médico digita o nome ao lado].

Dr. Henrique: O bracinho dela... a boquinha... 'tá vendo por baixo, 'tá vendo? [Sucodem-se diversas imagens na tela] A vulva lá... o rostinho aqui... o perfil... (Clínica A, IG: 32 semanas).

G: [Para o médico] Não dá pra saber [o sexo]...? A cabeça... [está] do lado direito ou do lado esquerdo?

Dr. Sílvio: Agora 'tá p'ro lado esquerdo... bonitinho... para definir logo... essa coisinha [mostra com o cursor] Aqui... linear, é a periquita dela. (Clínica C, IG: 16 semanas).

Alguns comentários indicavam que certos atributos físicos estavam associados positiva ou negativamente ao gênero. Esperava-se que ‘meninas’ fossem de talhe miúdo, delicadas e bonitas.

Dra. Lúcia: Agora ‘tá meio de lado... ó a carinha!... [para mim] que bonitinha! [Surge a face do feto com bochechas, parece mesmo um bebê]. **Cara de mocinha mesmo!** [Para G] Ó. Mariana ‘tá ótima. Tudo jóia. Nota 10. (Clínica B, IG: 21 semanas).

Dra. Lúcia: Á lá o fêmur... o tamanho do fêmur... [mede o fêmur].
 P: Se for ser do meu tamanho... [aponta o próprio fêmur, é um rapaz de estatura alta].
 G: Tomara que seja menino... senão não vai conseguir arranjar namorado de jeito nenhum...
 Falam de alguma parenta que aparentemente é muito alta, “*só conseguiu namorado porque é jogadora de vôlei*”. (Clínica B, IG: 11 semanas).

G: [Para o médico] Ele era pra ter um tamanho maior do que ‘tá? Era pra ter de 6 a 8cm... Se puxar a mãe... [G é baixinha, P tem estatura entre normal e alta].
 P: Tem que ser menina [para ser de baixa estatura]... pra puxar à mãe... (Clínica C, IG: 12 semanas).

Para os ‘meninos’, a expectativa é que sejam ‘fortes’ e grandes, não necessitando de beleza física:

Dr. Sílvio: A medida por inteiro... cabeça-bumbum tem 5,5cm.
 P: ‘Tá grande! (Clínica C, IG: 12 semanas).

[A imagem em 3D é esquisita, não parece um rosto]. A gestante comenta: “*Que nariz de batata! Ainda bem que é menino!*” (Clínica A, IG: 33 semanas).

O aspecto a ser enfatizado é que as imagens ultra-sonográficas de diferentes fetos de mesma idade gestacional não apresentam grandes diferenças, em especial em se tratando de imagens em 2D. Do mesmo modo, o tamanho também varia pouco de um para outro, principalmente nas etapas iniciais da gravidez.³⁶⁷ Este dado é bem conhecido pelos profissionais.³⁶⁸ Além de tais particularidades, vale lembrar que as imagens 2D parecem sombras esfumadas, em diferentes tons de cinza, que se sucedem rapidamente na tela.

³⁶⁷ Conforme me foi explicado por um informante, a diferenciação de tamanho e peso se dá de modo mais acentuado no 3º trimestre, mas mesmo assim – exceto em casos em que há uma patologia fetal ou materna – a variação não é muito grande. Bebês nascidos a termo pesam em torno de 3kg e medem cerca de 50cm.

³⁶⁸ Havia uma brincadeira corrente entre os profissionais da clínica A, quando perdiam o registro de imagens de algum exame por problemas com o computador, que consistia em dizer rindo que tinham que “*contratar uma médica grávida para ‘posar’*” em tais circunstâncias.

Usualmente, no decorrer da gravidez, cada gestante costuma ver apenas as imagens de seu feto. Por outro lado, as ultra-sonografias fetais vêm sendo veiculadas na mídia com os mais variados propósitos, havendo, portanto, um relativo conhecimento do público leigo do fato de serem as imagens, todas elas, muito semelhantes. Para o seu entendimento é geralmente necessário que o profissional aponte na tela do monitor – com o dedo ou com o cursor do aparelho – o que está sendo identificado como perna, braço, nariz etc. Conforme vimos, com alguma frequência, no decorrer da gravidez, a gestante ‘aprende a ver’, tornando-se assim capaz de identificar algumas imagens de seu feto. O ponto a ser aqui sublinhado é que, a partir da identificação das estruturas – feita pelo profissional ou espontaneamente por elas – as gestantes considerem as imagens como ‘fotografias’ de seus ‘bebês’ e as recebam com comentários enternecidos do tipo “*que gracinha!*”.

A atribuição de significados tão específicos ao que é visualizado denota, em primeiro lugar, que essa construção é fruto de um processo produzido na relação entre profissionais, gestantes e acompanhantes, mediado pela tecnologia de imagem. O segundo ponto evidenciado pela observação é que, em larga medida, as noções dos atores acerca do ‘feminino’ e do ‘masculino’ modelam as interpretações do que os participantes passam, então, a ‘ver’ na tela do monitor. Em outros termos, há um imbricamento entre representações sociais sobre gênero e a constituição de uma cultura visual bastante específica, construída de modo dinâmico na interação entre os atores do universo etnografado. No mesmo processo de construção dessa cultura visual, é gerada uma linguagem comum, partilhada por profissionais, gestantes e parceiros.

9.3. INDIVÍDUOS FETAIS. SEXO, GÊNERO E SUBJETIVAÇÃO DO FETO.

O fato de que dificilmente a referência ao sexo fetal estivesse ausente ou fosse recebida de modo indiferente parece apontar no sentido da afirmação de Foucault:

(...) a partir do cristianismo, o Ocidente não parou de dizer ‘Para saber quem és, conheças teu sexo’. O sexo sempre foi o núcleo onde se aloja, juntamente com o devir de nossa espécie, nossa ‘verdade’ de sujeito humano (Foucault, 1998c: 229).

Uma situação ilustrativa desse aspecto encontra-se na fala de uma menina de cerca de quatro anos, presente ao exame no qual foi revelado que o feto era masculino, o que contrariou frontalmente suas expectativas de ganhar uma irmã. Após ter sido dito que “*O nome dele é Peter*”, a criança reagiu furiosa, aos brados, dizendo: “*Ele é NADA! Nem*

menino nem menina! Ele é nada! Não é homem nem mulher!”. Ou quando, em um caso similar, houve uma tentativa por parte do médico de consolar uma menina de nove anos – também frustrada com o feto masculino – dizendo a ela que não iria “*ganhar um irmão, e sim um bebê*” e a afirmação do profissional foi imediatamente rechaçada por ela com uma atitude de desprezo, olhando-o de cima a baixo em silêncio, sem se dignar a responder. Nesse sentido, a indiferenciação sexual seria o sinônimo de uma ‘não-existência’ e apenas a partir de uma determinação de sexo passariam a existir indivíduos com direito a um lugar na vida social.³⁶⁹

Em termos de biopoder, a preocupação com a determinação precoce do sexo do feto parece corresponder diretamente à ampliação da quantidade de indivíduos constitutivos da rede de relações que o mantêm, concomitante ao reforço de sua(s) subjetividade(s). A partir dessa determinação, passa a ser possível o início da construção de uma identidade de gênero dos novos sujeitos: nasce não mais **um** bebê, mas **a** Maíra, **o** Mateus,³⁷⁰ subjetivados e definidos.

Os novos sujeitos são quase que imediatamente tornados únicos e singulares através da nomeação, da subjetivação e também de um incitamento das gestantes ao consumo de produtos destinados aos futuros bebês. O feto passa a ser inserido socialmente, não apenas porque é medicalizado, singularizado, psicologizado, sexuado e nomeado. Sua inclusão social e a construção de sua identidade de gênero passam igualmente pela aquisição de bens de consumo. Em última instância, o novo sujeito – feto-Pessoa – é também um novo consumidor generificado, inserido na rede econômica de trocas.

Na clínica C, foi observada uma particularidade no que tange ao acentuado consumo de práticas médicas. Como já vimos, sua clientela era distinta das outras duas, sendo composta por uma elite socioeconômica que podia arcar com custos altos de exames sofisticados. Além desse aspecto, o vínculo entre a clínica e um centro de reprodução assistida indicava a medicalização que ocorria neste grupo desde uma etapa precoce da vida. Conforme já apontado, havia um maior número de gestantes acima dos 35 anos – consideradas idosas – assim como mais gestações múltiplas do que nas outras duas, A e B.

³⁶⁹ Tomando como referência a sociedade ocidental, na qual indefinições na morfologia sexual e/ou modificações na identidade de gênero são patologizadas – no primeiro caso, sempre, e no segundo, freqüentemente. Para uma comparação com outras alternativas de integração social, cf. o interessante artigo de Serena Nanda sobre os *hijras*, na Índia (Nanda, 1993).

³⁷⁰ A nomeação como ritual de inserção de novos elementos na sociedade é um fenômeno presente nas mais diversas culturas. Para uma comparação com outros rituais de inserção do bebê na sociedade, em uma reinterpretação crítica sobre a *couvade*, cf. Rival (1998).

Conseqüentemente, as gestações consideradas ‘de risco’, do ponto de vista médico, eram ali mais freqüentes e, no conjunto, estes fetos pareceram ser mais monitorados do que nas outras clínicas etnografadas.³⁷¹ No tocante à questão do consumo, portanto, nesta clínica o feto tornava-se, acima de tudo, um consumidor medicalizado.

O ponto a ser problematizado envolve a recepção e a transformação do significado do exame de ultra-som obstétrico: de um meio diagnóstico, produtor de um tipo de saber médico, para objeto – quase obrigatório, no universo observado – de consumo na gestação, produtor de um saber social capaz de inserir o feto precocemente na sociedade via construção de gênero. O corpo do feto e, mais especificamente, a imagem de sua genitália, tornaram-se questões cruciais para as gestantes. Para compreender a que este processo corresponde, recorri à discussão desenvolvida por Foucault sobre o corpo e a sexualidade. Essa abordagem pode ser articulada com a teorização de Dumont sobre o individualismo na sociedade moderna. De acordo com Dumont, “a consciência moderna liga o valor, de maneira predominante, ao indivíduo” (Dumont, 2000: 240). Para Dumont, nas sociedades modernas – ocidentais – a ideologia básica, predominante, é o Individualismo. As categorias básicas, coordenadas implícitas do pensamento comum, estariam presentes de maneira não-consciente na sociedade (Dumont, 1972, 1977 *apud* Duarte, 1986: 49). Este seria exatamente o caso do Valor-Indivíduo, uma instância articuladora abstrata e pregnantante na sociedade ocidental contemporânea (Duarte, 1986: 49). A busca de uma individualização precoce do feto coaduna-se com a ampliação e a radicalização da ideologia individualista moderna, na medida em que a ultra-sonografia, ao permitir a visibilização bem antes do nascimento, possibilita, em um primeiro movimento, percebê-lo como destacado da gestante.³⁷² Ao mesmo tempo, nesse processo, o feto singularizado e

³⁷¹ O monitoramento abrangia, além de inúmeros exames de ultra-som, diversas análises da bioquímica sangüínea materna e exames invasivos (por exemplo, amniocentese e biópsia de vilos coriais). As análises do sangue materno eram indicativas de riscos de existência de anomalias cromossômicas, de um ponto de vista estatístico, e não representavam risco algum para a gravidez. Os procedimentos invasivos possibilitavam a detecção direta de anomalias cromossômicas fetais, através da determinação do cariótipo do feto. Estes exames oferecem algum grau de risco para a gestação, e para que sejam indicados é necessário comparar a taxa de risco de existência de anomalias com a taxa de risco proporcionado pelo próprio exame. Há outros problemas éticos envolvidos no tocante às decisões a serem tomadas, dependendo do resultado destes exames – em especial no que tange à interrupção ou não da gravidez em caso de detecção de uma anomalia. Em virtude destes aspectos, na clínica C, a resolução sobre a realização de tais procedimentos era sempre precedida por uma entrevista prolongada com o médico, sendo delegada à gestante e ao parceiro a decisão final de esta se submeter – ou não – à biópsia de vilos coriais ou à amniocentese. Se, por exemplo, o casal tivesse uma posição consolidada contra a realização de um aborto – qualquer que viesse a ser o resultado do exame – o médico desaconselhava a sua realização por não valer a pena correr o risco de abortamento, provocado por possíveis complicações decorrentes do procedimento.

³⁷² Diversos outros usos da imagem fetal podem também ocorrer, conforme foi visto ao longo deste trabalho.

medicalizado é tornado público e pode ser inscrito socialmente como indivíduo. Este movimento aprofunda-se com a psicologização (Lo Bianco, 1985; Piontelli, 1987, 1988, 1989, 1992, 1995), construindo-o como Pessoa moderna. Conforme assinalado por Duarte, o ‘psicologismo’ ou a ‘psicologização’

(...) tem sido uma das vias mais bem exploradas de conhecimento da nova concepção de Pessoa, pelo motivo óbvio de se constituir ao mesmo tempo no seu mais acabado corolário e na sua mais abstrata ordem de legitimação (Duarte, 1986: 57).

A individualização do feto parece ser acentuada, em especial, com o exame ultrassonográfico a partir da 15^a semana, confirmando a ‘descoberta’ de a qual sexo ele pertence.³⁷³ Foucault historiciza a preocupação existente na sociedade ocidental quanto ao corpo e quanto à determinação do ‘verdadeiro’ sexo. Segundo ele, a preocupação com o sexo emerge de forma mais clara, medicalizada, no século XIX, articulada às teorias biológicas da sexualidade e às formas de controle administrativo nos Estados Modernos (Foucault, 1982: 2; 1984). Em termos dumontianos a preocupação, descrita por Foucault, com a determinação de “um só sexo para cada um” (Foucault, 1982: 2) seria equivalente e caminharia *pari passu* com a expansão e o aprofundamento do Individualismo. A busca insistente de determinação do sexo fetal e a recorrente construção de gênero que ocorrem no universo observado estão inseridas em um contexto no qual as imagens técnicas em geral – em especial a fotografia, o cinema e a televisão – ao lado das tecnologias visuais médicas, vêm contribuindo de modo acentuado para a construção de uma cultura visual que se tornou hegemônica, ao longo do século XX, nas sociedades urbanas industrializadas. A imagem técnica encontra-se, como fruto de uma construção histórica, investida na atualidade do *status* de produtora de verdades incontestáveis. No exame de ultra-som, a imagem do feto é apresentada na tela do monitor freqüentemente destacada da gestante e de suas sensações corporais. Esta situação parece acentuar e reforçar a noção de que o feto, no universo pesquisado, desde muito cedo é constituído como um indivíduo destacado, subjetivado, medicalizado, sexuado e generificado.

³⁷³ A existência de dois sexos biológicos tem sido problematizada por alguns estudiosos. Esta discussão foge ao escopo do presente trabalho. Cf. Laqueur (1992) sobre a construção histórica das diferenças sexuais; Herdt (1993) para um estudo histórico e antropológico sobre o assunto; e Findlay (1995) para uma revisão sobre este tema na literatura feminista.

PARTE III

CONCLUSÕES

“MEIO QUILO DE GENTE!”

ILUSÕES DO ‘VISÍVEL’.

A partir da pergunta inicial de como e por que uma tecnologia de imagem médica teria adquirido sentidos tão diversos de sua proposta original, penso ser possível neste ponto alinhar algumas respostas e, como não poderia deixar de ser, outras tantas perguntas.

A construção da ultra-sonografia obstétrica como objeto de consumo, apreciação e desejo é um fenômeno superdeterminado. Diversas histórias entrelaçadas possibilitam estabelecer a compreensão do problema, lançando luz sobre a questão por ângulos diferentes, dentro de uma outra história que engloba e modela aquelas que são ‘setorizadas’.

A ‘grande’ história seria a da modificação das formas de relações de poder, com a instauração final de um regime de monitoramento e vigilância dentro dos moldes do panóptico, uma estratégia sem estrategista que engendra um modo peculiar de os seres humanos lidarem com variados aspectos da vida, com ênfase especial no papel da visualidade neste *constructo*. O fenômeno pode ser compreendido em termos da biopolítica do corpo, pensando-se em uma construção social do mesmo calcada na visualidade, com a mediação da tecnologia.

Nesse panorama mais amplo e, de certo modo, inacessível à pesquisa empírica – posto que se trata de um esquema geral teórico que, mesmo capaz de produzir inteligibilidade para diversas questões de outro modo incompreensíveis, permanece intangível – tecem-se outras histórias mais passíveis de apreensão.

A primeira história a que me refiro aqui é a de como foram construídos, no Ocidente, o olhar e o observador modernos e, conseqüentemente, a cultura visual na qual nos encontramos imersos. A segunda diz respeito à construção social do corpo, com ênfase na visualização do seu interior e na gradual neutralização do horror pela sua visão, até chegarmos à busca ativa e ao prazer produzido em torno das imagens fetais. Uma terceira história consiste nas formas de representação do corpo e no desenvolvimento de tecnologias visuais, concomitante à valorização da ‘objetividade’ dessas representações. A quarta história é a de como a gravidez foi transformada em um assunto médico e o feto tornou-se objeto de atenção médica e social.

Nestas histórias e nos seus entrelaçamentos, focalizei a parte teórica desta tese, considerando que cada uma delas contém continuidades e rupturas. Sublinho aqui o fato de que não pretendo afirmar que sejam apenas **estas** as histórias envolvidas na produção do fenômeno a que me dispus a esclarecer. Existe mais uma, por exemplo, que não abordei especificamente e diz respeito à construção da Pessoa moderna, que se encontra entrançada nas outras histórias.

Conforme vimos, ao longo do século XIX, a visão é reconceitualizada como um fato do corpo, fisiológico, imbuída de um sentido de opacidade e temporalidade até então inexistentes na construção cultural da visão, o que representa uma descontinuidade em relação à noção vigente até aquele período. Dentro do paradigma em vigor até o século XIX, a visão era tomada como algo abstrato, incorpóreo, equivalente à razão desprendida do observador cartesiano. A invenção dos raios-X, em 1895, ao gerar um ‘corpo transparente’, produz uma nova ruptura tanto no sentido da visualidade e, especificamente, da possibilidade de visibilizar o interior do corpo sem abri-lo, como constrói socialmente um corpo diferente do que existia anteriormente.

Conjuntamente e entrelaçado nesse movimento, existe no Ocidente um processo de consolidação da ciência enquanto produtora de saberes, e de delegação social à medicina – como geradora de conhecimentos e normas acerca da vida humana – do controle dos mais variados aspectos e etapas da vida. Este novo corpo deve ser passível de escrutínio nos menores detalhes, no mesmo processo em que, na medicina, a visão adquire um novo *status* no tocante à produção de conhecimento sobre o corpo vivo e sobre a doença. É dentro desse movimento e dessa lógica de transformação que são engendradas as condições favoráveis à pesquisa e à invenção de diversas tecnologias de imagem médica. Com a ampliação do escrutínio, o corpo – como resultado de uma construção social – é também fragmentado infinitamente. Vale frisar ainda que tal processo não se dá de modo unidirecional, e sim dissolvido e entranhado em uma rede de relações entre os sujeitos, produtores ativos e incessantes de novas formas e significados desse escrutínio e dessa vigilância.

A longa história de busca de visualização do interior do corpo, a partir da instauração do paradigma anatômico, com Vesalius, quando o próprio corpo desloca os textos e é instituído como fonte direta de pesquisa e conhecimento – ou, se quisermos, como um novo tipo de texto em si – contém uma história de neutralização do horror de visualização das entranhas. A gradual modificação das sensibilidades no tocante à visão

direta do interior do corpo encontra-se estreitamente vinculada à mudança de significados existente nessa busca de visualização.

De um modo ou de outro, abrir corpos sempre esteve vinculado a uma procura de conhecimento. De uma situação, na Idade Média, em que esta prática estava imbuída da busca de sinais de santidade ou pecado – sinais espirituais, portanto – à abertura de corpos para autópsias em casos de envenenamento e, conseqüentemente, da investigação da *causa mortis* dentro do próprio corpo, existe um caminho que propicia o surgimento do modo de conhecimento anatômico do qual Vesalius torna-se o grande expoente.

A noção de que o conhecimento acerca do corpo pode ser encontrado no seu próprio interior é um dos fatores de atenuação do horror, no contexto do Renascimento entendido como um período em que a busca do saber começa a se desvincular da Igreja como produtora de verdades. Nesse movimento de secularização do conhecimento – referido freqüentemente como ‘revolução científica’ – a atividade investigativa transforma-se em uma atividade moral e socialmente valorizada.

Essa modificação e, principalmente, a valorização moral da busca de saber incidem nas sensibilidades e passam a sancionar – ou, ao menos, a tornar socialmente toleráveis – práticas anteriormente consideradas inaceitáveis. Entendendo tal transformação como inscrita no processo de mudança de formas de exercício de poder, do poder punitivo para o disciplinar – com o conhecimento do corpo morto visando propiciar saberes sobre o corpo vivo e, especialmente, produzindo novas formas de gerenciamento da vida – torna-se compreensível que gradualmente o interior do corpo deixe de provocar horror e passe a ser objeto de fascínio. Por este prisma, o processo de transformação do **olhar** médico, que desembocou na transformação em olhar anátomo-clínico, parece estar em continuidade com uma modificação gradual do significado cultural da abertura de corpos, não implicando necessariamente uma mudança qualitativa ou uma ruptura, conforme sustentado por Foucault. A ruptura, a meu ver, pode ser encontrada na construção social da doença que, ao invés de um ‘mandamento divino’, passa a ser compreendida como um fato inerente ao próprio corpo.

A visualização do interior do corpo como **espetáculo**, conforme discutido na primeira parte desta tese, tem uma história que remonta, no mínimo, ao século XVI. Nesse sentido, o ultra-som como ‘espetáculo’ encontra-se em continuidade com uma longa tradição na cultura visual e na construção social do corpo no Ocidente. Pode-se propor a existência de uma analogia entre a estetização e a estilização, propostas por Vesalius, nas

pranchas da *De humani corpori fabrica libri septem*, e a instituição gradual do fascínio pelas imagens fetais, no qual os profissionais desempenham um papel relevante, ‘roteirizando’, decodificando e subjetivando – em suma, estetizando – as imagens para os ‘espectadores’ presentes ao exame e, acima de tudo, gerando uma ‘socialização visual’.

Em outro sentido, entretanto, existe uma ruptura significativa referente a uma particularidade das tecnologias de imageamento, inaugurada com a invenção dos raios-X: a possibilidade de tornar público o interior dos corpos sem necessidade de abri-los. A mudança qualitativa evidencia-se, portanto, no tocante ao **modo** de acesso ao interior do corpo, que ocorre com a invenção de Röntgen: pela primeira vez, para ‘ver dentro’ não é mais necessário destruir os corpos nem introduzir dispositivos pelos orifícios naturais. Com o ultra-som, os abdomens anteriormente opacos das mulheres grávidas tornam-se ‘visíveis’ e ‘transparentes’, e a existência do feto pode ser testemunhada visualmente por todos, antes mesmo que a gestante se dê conta sensorialmente de sua presença.

A vinculação entre ciência e espetáculo não é exatamente uma novidade, assim como a transformação em objetos lúdicos de diversos artefatos inicialmente inventados com o propósito de pesquisa. Conforme vimos no Capítulo 1, a lista desses objetos é interminável, desde a *camera obscura*, estereoscópios, passando por fluoroscópios etc. O que existe de peculiar na questão da ultra-sonografia obstétrica é que – ao menos na proporção atingida pelo fenômeno, na atualidade – até então nenhum exame médico havia se constituído como objeto popular de desejo e consumo e, menos ainda, como um dispositivo de lazer.³⁷⁴ Desconheço alguém que tenha sido convidado para assistir, como um programa em casa, a uma sessão de vídeo do cateterismo cardíaco de um parente ou amigo.

A transformação de aparatos científicos em produtos de consumo detém um papel relevante na divulgação e na popularização dos conhecimentos científicos. Do mesmo modo que os dispositivos óticos do século XIX desempenharam uma função significativa na constituição de um novo tipo de atenção visual, a transformação da ultra-sonografia obstétrica em produto de consumo contribui de maneira marcante para a construção de uma

³⁷⁴ Para ser mais exata, existiu algo relativamente semelhante, embora em proporção infinitamente menor em termos de consumo, envolvendo exames radiográficos de tórax, quando da ocorrência de grandes campanhas de escaneamento torácico, nos anos 1940-50, nos Estados Unidos. Mulheres faziam-se radiografar e compunham estas radiografias com fotos autografadas e com dedicatórias para dar aos pretendentes. A similaridade entre este tipo de consumo e o ultra-som obstétrico inclui o sentido implícito de monitoramento e vigilância em torno do estado de saúde dos sujeitos.

socialização visual e médica da gravidez. Esse processo implica uma reconfiguração da construção social da própria gestação, mudança que acontece articulada a uma transformação mais geral na medicina.

Em meados do século XX, ocorre uma modificação no modelo médico no Ocidente, ao ser introduzido um novo paradigma que leva em conta a ‘totalidade’ do doente – em outros termos, seu ser ‘bio-psico-social’. Na obstetrícia, essa mudança corresponde a um processo de reforma da profissão vinculada aos movimentos em favor do parto natural que, em sua maioria ‘pilotados’ por médicos, conjugam-se às demandas do movimento da contracultura. Origina-se a partir daí uma proposta que se torna conhecida por ‘humanização’ do parto.

Nessa nova proposta, ao mesmo tempo em que existe, de fato, uma atenuação da intervenção dura do modelo obstétrico anterior, ampliam-se o monitoramento e a vigilância sobre a mulher, a gravidez e o parto, que passam a ser escrutinados, acompanhados, avaliados e, sobretudo, normatizados nos menores detalhes – abrangendo desde as relações familiares da gestante até seus processos bioquímicos intracelulares. Mais ainda, com a biologia molecular, a gravidez antes mesmo de acontecer já é objeto de avaliação e normatização, quando não – com a emergência das novas tecnologias reprodutivas – de consumo mesmo.

Seria contudo ingênuo supor que todo esse movimento corresponderia a uma gigantesca maquinação maquiavélica. A produção da ‘necessidade’ de monitoramento encontra-se vinculada à construção de uma ‘cultura do risco’, partilhada por todos, cujo objetivo final seria, acima de tudo, uma ‘medicina sem surpresas’. É, sobretudo, um conjunto de crenças e valores compartilhados e em constante circulação na cultura. Conjugada a melhorias efetivas para a vida e a saúde dos sujeitos concretos – proporcionadas pela mais variada gama de dispositivos tecnológicos e diagnósticos – é gerada também uma ilusão de controle e saber totais sobre os fenômenos da vida e, por conseguinte, também da morte.

A ampliação da vigilância, nesses moldes, encontra-se inscrita em um contexto mais amplo onde a visualidade impera e no qual a imagem técnica detém o *status* de produtora de verdades incontestáveis, um *constructo* que, conforme vimos, tem suas raízes firmemente plantadas no século XIX. Esta noção é consolidada, do ponto de vista cultural, com a valorização da ‘objetividade’ nas representações do corpo, em conjunto com a invenção de dispositivos tecnológicos que, a começar pela fotografia, aparentemente

‘eliminam’ a intermediação do artista ilustrador. A rigor, sabe-se que as coisas não se passaram exatamente assim, e que as primeiras imagens fotográficas do interior do corpo com propósitos médicos eram incompreensíveis, necessitando ou de um desenhista que destacasse determinadas estruturas, ou de alguém que fosse capaz de decodificar as imagens. Em suma, desde o nascedouro, a imagem técnica utilizada para fins médicos é objeto de debates no que se refere ao eixo subjetividade/objetividade. Contudo, ao longo do século XX, com a multiplicação de tecnologias de imagem, médicas e não-médicas, passa a prevalecer, na cultura ocidental urbana e industrializada, o que considero um mito: o da ‘objetividade’ da imagem técnica.

Esse mito se estabelece e passa a preponderar porque vem ao encontro da forma disciplinar de exercício de poder, cuja síntese seria o panóptico. Se a imagem técnica é ‘objetiva’, expressão **da** ‘verdade’, o escrutínio visual dos corpos por meio de tecnologias, buscado pelos atores sociais, é instituído como uma forma eficaz de controle, na medida em que traz a ‘verdade’ dos corpos e das doenças para a superfície, em imagens externalizadas tecnologicamente.

Estas foram algumas das hipóteses levantadas a partir da investigação teórica, com o intuito de tornar inteligível como havia se constituído o fenômeno da ultra-sonografia obstétrica como objeto de apreciação, consumo e desejo. A pesquisa empírica visou captar de que modo – e principalmente **se** – estas hipóteses correspondiam às práticas e aos discursos de sujeitos concretos.



O trabalho de campo evidenciou as diversas maneiras pelas quais os diferentes aspectos levantados na investigação teórica são construídos, em especial no tocante à ‘produção’ de novos seres por meio de uma tecnologia visual. Um dos pontos focalizados na etnografia consistiu no modo como os atores sociais engendraram todo o tempo esse tipo de cultura visual em torno da gravidez.

No universo observado, a interatividade presente no decorrer dos exames responde por boa parte da ampliação do monitoramento e do escrutínio. É na interação entre gestantes, profissionais e acompanhantes que os médicos ‘ensinam’ as gestantes a ver, nas sombras cinzentas esfumaçadas, os seus ‘bebês’ subjetivados, generificados, ativos e, sobretudo, ‘interativos’, com quem ‘conversam’, a quem dão ordens. Incidentalmente, o

próprio fato de as imagens serem esfumaçadas e indistintas propicia em grande parte que se veja nelas exatamente o que se desejaria ver, como nas nuvens. É, sobretudo, nessa interação que é produzida a pedra de toque de toda uma engrenagem no que tange ao presente estudo. A pedra de toque a que me refiro é o **prazer de ver** as imagens fetais. Ao ser produzido este prazer, é alavancado o consumo das imagens fetais: o feto é ‘apresentado’ à família através da exibição doméstica de vídeos, constroem-se verdades médicas e não-médicas acerca da gestação e do feto, e este se torna parte de um espetáculo.

O prazer de ver, considerado dentro de um quadro cultural de hegemonia da visualidade, é o elemento central que matiza e intermedia o monitoramento e a vigilância que marcam o novo modelo ecológico da obstetrícia desde o final da II Guerra Mundial. A consolidação do prazer de ver evidencia que existe um processo ocorrendo em uma via de mão dupla. As gestantes observadas, em sua grande maioria, submetem-se prazerosamente aos exames ultra-sonográficos ou buscam ativamente obter imagens fetais, um elemento essencial para a acentuação ou mesmo para a produção da gravidez como um assunto médico, no qual a tecnologia de imagem desempenha um papel importante dentro da lógica de monitoramento e vigilância.

Nesse novo modelo, as minúcias são essenciais para a composição de um quadro ‘integral’ de acompanhamento da gestação. O escrutínio ampliado é perceptível nos mais variados aspectos como, por exemplo, na mudança no modo de contagem do tempo gestacional em ‘meses’ para a contagem em ‘semanas’, na multiplicação de exames de bioquímica sanguínea que permitem a detecção cada vez mais precoce de anomalias fetais, e tem como epítome o ultra-som obstétrico.

No bojo dessa situação, é construída uma socialização visual que se transforma em uma linguagem comum para os atores do universo observado. A rigor, não é apenas no grupo etnografado que se encontra em curso a construção de uma nova cultura visual, envolvendo **também** a imagem técnica médica. Volto a sublinhar que esse processo encontra-se inscrito em outro, mais amplo, no qual a visualidade gradualmente é instituída e reforçada como uma forma privilegiada de produção de conhecimento. Contudo, o aspecto a que me refiro aqui é um tanto mais específico e diz respeito ao fato observado, durante a pesquisa, de que as crianças presentes aos exames, com idades a partir de cerca de quatro anos, tinham mais facilidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas do que os adultos leigos. Uma das tantas perguntas surgidas no decorrer da investigação, e que mereceria aprofundamento, é **como** essas crianças – socializadas visualmente com

computadores, videogames e TVs apresentando *Big Brother* – ‘vêem’. Seguramente estão sendo construídos não apenas novos códigos de visualidade de toda uma seqüência de gerações – um dos pontos interessantes a pesquisar – mas também novos sentidos atribuídos ao ato de olhar. Ainda nesta linha de investigação sobre construções do olhar, um aspecto a estudar seria como se passa o processo de aprendizado dos ultra-sonografistas de distinção entre os diferentes tons de cinza e o de sua decodificação.

Uma outra vertente a explorar, partindo do mesmo ponto mas seguindo um caminho diverso, seria o dos rearranjos nas noções de privacidade e intimidade, que articula as reconfigurações do olhar e as da construção social do corpo.

No caso particular do ultra-som, a questão do olhar apresenta certas peculiaridades no que concerne à tensão objetividade/subjetividade. Apesar de culturalmente ter-se solidificado a idéia da imagem técnica como ‘objetiva’ por excelência, as imagens fetais colocam em pauta diversos aspectos relativos ao interjogo entre subjetividade e objetividade do olhar. No universo observado, o problema esteve presente todo o tempo: sem o olhar treinado do especialista, ou seja, de sua subjetividade atuante na decodificação e na interpretação das imagens, dificilmente se compreende o que se vê. Por outro lado, é claro que o ponto de partida de todo o processo reside na existência **objetiva** de um embrião ou feto, além do que determinados parâmetros evidenciados pelo exame são mesmo codificados objetivamente pela aparelhagem, como é o caso da frequência cardíaca fetal, das medidas anatômicas, entre outras. A atividade discursiva em torno das imagens e parâmetros fetais, contudo, era francamente modelada pelos mais variados valores subjetivos dos atores presentes ao exame: tanto os profissionais quanto as gestantes e acompanhantes engajavam-se ativamente na produção das ‘verdades’ mais inusitadas acerca do feto, entrelaçadas com as avaliações e as normatizações objetivas fornecidas pelo aparelho, eventualmente em uma mesma frase deslizando de um pólo a outro.

Se, por um lado, passa a existir uma relativa ‘dessubjetivação’ da vivência da gravidez pela gestante, com a imagem fetal externalizada tornada pública e, conseqüentemente, sendo compartilhada com diversas pessoas, por outro lado as imagens da tela são incessantemente ‘subjetivadas’ pelos atores presentes ao exame. O feto é transformado em um ser ‘destacado’ da grávida, como se tivesse uma vida independente. Há uma ênfase e valorização acentuadas na avaliação dos parâmetros físicos, que se encontram inscritas no – e são modeladas pelo – fenômeno mais amplo da ‘cultura do corpo’, na qual o valor máximo consiste na ‘perfeição’ corporal, dentro de certas normas

culturalmente compartilhadas.

Quase como um contraponto ao fenômeno de psicologização do feto, pesquisado na década de 1980, no Rio de Janeiro, existe na atualidade o que designo de uma ‘fiscalização’ do feto, fundamentalmente dependente de sua visibilização mediada pela tecnologia de ultra-som. Possivelmente essa mudança na percepção acerca do feto vinculasse em parte à retração do que, nos anos 1980, foi descrito como ‘cultura da psicanálise’, largamente difundida nas camadas médias intelectualizadas da população. Da hegemonia da ‘cultura da psicanálise’, interiorizada, passou-se para a hegemonia de uma ‘cultura visual’, externalizada e virtual, e as percepções e sensibilidades contemporâneas acerca do feto parecem ser modeladas de acordo com tais codificações.

Durante a gestação, cada grávida se familiariza com as imagens de **seu** feto. Entretanto, verifica-se a veiculação pela mídia de imagens fetais com os mais variados propósitos, da venda de carros a seguro-saúde, anúncio de programas de TV etc., o que propicia uma certa familiaridade, generalizada, com as imagens fetais. O ponto a ser frisado é que, a rigor, essas imagens são todas muito parecidas entre si e os atores têm relativo conhecimento disto, os profissionais em especial. Mesmo assim, à medida que transcorre a gravidez, não apenas as gestantes, orientadas pelos profissionais, ‘aprendem a ver’ as imagens projetadas na tela do monitor do aparelho de ultra-som, como vêm nessas mesmas imagens os seus ‘bebês’ singulares, tecendo comentários como “*é a tua cara!*”, “*o nariz é igualzinho ao do pai*”, e outros no gênero.

Todos os atores presentes ao exame encontram-se firmemente empenhados na produção de uma nova cultura visual, mesmo que as motivações de uns e de outros – médicos, gestantes e acompanhantes – possam diferir radicalmente, conforme a etnografia evidenciou. A construção desse tipo de cultura tem como resultado final uma naturalização do escrutínio constante das gestações e dos fetos por meio do ultra-som, mediada por ‘sentimentos’ de grávidas que declaravam estar “*com saudades dele [ou dela], faz tempo que não vejo ele [ou ela]*”, o que intrinsecamente transformava a realização do exame em uma ‘necessidade’, do ponto de vista emocional.

Para os profissionais, no tocante ao desenvolvimento e ao apuro da capacidade de ‘ver’ e, sobretudo, de decodificar as imagens fetais, encontram-se em jogo várias questões. Estas envolvem desde o aperfeiçoamento da proficiência na investigação de vários aspectos diagnósticos possibilitados pelo exame, em conjunto com normatizações da gravidez e do desenvolvimento fetal, até sua credibilidade e renome no meio médico, juntamente com o

interesse na formação e na consolidação de uma clientela que lhes permita continuar atuando profissionalmente com sucesso em um mercado crescentemente competitivo.

Para as gestantes, a curiosidade sobre o feto é a motivação principal para que se empenhem em ‘aprender a ver’. Para os atores do universo observado, parece ter-se tornado impossível não ‘ver’ o que se passa dentro do útero, uma atividade que muitas vezes ultrapassa os ‘limites’ de cerca de quatro ou cinco ultra-sonografias – a média ‘necessária’ para o acompanhamento de uma gestação sem intercorrências.³⁷⁵ O exemplo emblemático desta situação é o exame solicitado pelas gestantes – com o apoio dos obstetras, que redigem o pedido a ser apresentado por elas nas clínicas de ultra-som – única e exclusivamente para a determinação do sexo fetal.

Para os acompanhantes, que são os mais variados possíveis, as motivações também são bastante diversificadas, mas guardam um ponto em comum: a inclusão social do feto, antecipando sua ‘existência’ para todos como neto, irmãozinho ou irmãzinha, sobrinho, afilhado etc. A ultra-sonografia obstétrica parece ter-se transformado em uma ocasião chave dessa inclusão social, mesmo que ainda apenas virtual, por meio das imagens tecnológicas obtidas mediante ultra-som. Nessa perspectiva, o exame pode ser compreendido como uma atividade ritualística modelada por uma cultura eminentemente visual, medicalizada e tecnologizada.

Abordando então o fenômeno da popularização e do consumo de ultra-sonografias obstétricas pelo prisma da produção do prazer de ver e da construção de uma ‘socialização visual’ ou da elaboração de uma cultura visual, a produção da Pessoa fetal ou, em outros termos, a construção social do feto como Pessoa apresenta-se, acima de tudo, como um **corolário** do processo mais amplo de monitoramento, vigilância e medicalização da gravidez e – diferentemente do que pensava ao iniciar a investigação empírica – não como um **fim** em si.

O escrutínio visual torna públicas as diversas etapas do desenvolvimento fetal que anteriormente se passavam no interior do útero de modo inacessível ao olhar. Existem três momentos marcantes que podem ser destacados no *continuum* do processo de transformação do feto em Pessoa, sintetizados de modo bem-humorado nas expressões utilizadas – em geral pelos profissionais – para descrever ou fazer referências ao conceito no decorrer das ultra-sonografias.

³⁷⁵ Um informante me revelou que algumas gestantes vão a mais de um obstetra para obterem deles pedidos

O primeiro momento é quando, no exame entre a 6^a e a 8^a semana gestacional, pode-se verificar visualmente a presença e a localização, no útero,³⁷⁶ do embrião dentro do saco gestacional, eventualmente saudado de maneira festiva com: *“Dois centímetros de bebê!”*.

No exame de translucência nugal, entre a 11^a e a 13^a semana gestacional, deixa de ser o *“feijãozinho”* ou *“uma massinha branca ali no canto do saco gestacional”* do exame anterior, para ser descrito como *“seu bebezinho, com braços e pernas”*.

Finalmente, após a determinação – com segurança – do sexo fetal, a partir da 15^a semana, transforma-se em *“ele”* ou *“ela”*, com seus respectivos nomes e, em torno da 20^a semana, ao atingir a marca dos 500g, pode então ser designado pelo expressivo *“Meio quilo de gente!”*

Sintetizando, o feto é tornado ‘humano’ ao serem visibilizados ‘braços e pernas’, mesmo que incipientes, mas só se transforma em ‘gente’ quando pode receber um nome que passará a ser utilizado para designá-lo. A curiosidade pervasiva pela determinação do sexo fetal é significativa da importância deste aspecto no processo de singularização, subjetivação e inclusão social do feto. O instante da determinação do sexo cristaliza a transformação do feto em Pessoa. A situação que melhor sintetiza a vinculação de um aspecto a outro é a que foi descrita – com espanto – pelo médico que, ao revelar a uma gestante que seu feto era anencéfalo e que não iria sobreviver ao parto, esta imediatamente perguntou pelo sexo fetal. Para o médico, um feto anencéfalo era sobretudo um problema, ou um ‘caso médico’, enquanto a pergunta da gestante denotava seu interesse em saber **quem** era seu feto, mesmo que este fosse morrer logo após o nascimento. A determinação do sexo delimitaria e definiria **que Pessoa** iria morrer.

A determinação do sexo fetal reforça a atividade mais freqüentemente observada no campo: a construção de gênero, em conjunto com a subjetivação fetal.³⁷⁷ Este aspecto foi evidenciado em pesquisas antropológicas no exterior e, no meio observado, passa-se de maneira similar àquela que encontrei relatada nessa literatura. O que, no grupo etnografado, difere acentuadamente do que é descrito nesta produção – e também do que

de ultra-sonografias, que lhes permitam marcar exames nas clínicas.

³⁷⁶ Se o embrião estiver localizado na trompa de Falópio configura-se um problema: a gestação não seguirá adiante e a saúde da mulher encontra-se em risco emergencial.

³⁷⁷ Sublinho que esta determinação apenas ‘reforça’ porque, a rigor, tanto a construção de gênero quanto a subjetivação generificada do feto pelos atores têm seu início no primeiro exame, muito antes da visualização da genitália formada do feto, conforme vimos no capítulo 9.

alguns informantes verificaram em estágios realizados por eles fora do país – é o aspecto marcante de **consumo de imagens fetais** e seus subprodutos: ‘fotos’, vídeos, DVDs. Outra vertente de consumo, sobre a qual não havia encontrado referência alguma na literatura, diz respeito à corrida gerada a partir da determinação do sexo fetal, voltada para bens de consumo ‘para o neném’, com características bastante peculiares. Trata-se de uma mescla insólita de construção de gênero com consumo de bens.

Essa construção de gênero é uma produção conjunta, envolvendo valores e crenças preexistentes de profissionais e clientes. A transformação do feto em ‘consumidor’, generificado por meio de cores e do tipo de brinquedos que passa a ganhar, é também um modo de inclusão social, tornando-o um ser ‘participante’ da rede econômica de trocas. O mesmo pode ser dito no tocante à sua transformação em ‘celebridade’, através de vídeos ou DVDs exibidos – como se fossem ‘documentários’ individualizados – para a família e os amigos em sessões domésticas.³⁷⁸ O feto-Pessoa, generificado, consumidor, além de ‘paciente’, torna-se um ‘astro televisivo’ em um espetáculo literalmente ‘*pay-per-view*’.

A espetacularização da gravidez por meio da exacerbação do consumo de ultra-som *per se* obscurece um aspecto que, na origem, teria sido a *raison d’être* de sua invenção. A detecção *in utero* de anomalias fetais e a conduta a adotar quando isto ocorre ficam em segundo plano nos discursos e nas práticas do campo observado. Considerando-se, em acréscimo, a proibição legal do aborto no Brasil, o silêncio sobre o tema adquire um sentido que se encontra fortemente entrelaçado com a exacerbação do conceito que passou a ser difundido e popularizado no meio leigo – o do ultra-som obstétrico muito mais como espetáculo do que como meio diagnóstico. O ocultamento do assunto, em conjunto com a externalização da gravidez por meio das imagens fetais propiciam a construção de um discurso de conotação nitidamente natalista sobre o ‘reforço do vínculo’ materno com feto, por meio de uma antecipação de sua existência social, como se já se tratasse de um bebê nascido – evidenciando, entre outros aspectos, que o pressuposto subjacente é o de que a mulher não disporia de direito de escolha.

Em suma, no que diz respeito à questão do aborto e do direito de escolha, a constituição do ultra-som como ‘espetáculo’ em um contexto no qual o aborto é ilegal – seja qual for a motivação da mulher para desejar ou não levar a cabo sua gravidez –

³⁷⁸ Um outro campo que me pareceu altamente interessante para o desenvolvimento de uma investigação etnográfica, na medida em que é um ponto de articulação de um sem-número de aspectos: relações familiares, consumo, espetacularização, construções do corpo, reconfigurações da noção de privacidade etc.

equivale à situação de um prestidigitador que entretém sua platéia chamando a atenção sobre suas atividades explícitas enquanto desenvolve outras, ocultas, em paralelo.

Reiterando, friso que não considero tratar-se de estratégias intencionais, e sim de um conjunto de fatores que, articulados, produzem um fenômeno superdeterminado. Mais ainda, atribuo o ‘sucesso’ da ultra-sonografia no meio observado exatamente ao fato de responder e, ao mesmo tempo, reproduzir e ampliar demandas sociais tão diversificadas quanto as que delineei nesta tese.

A antecipação da existência social do feto pode ser compreendida tomando-se como pano de fundo a acentuação da ideologia individualista, na qual o indivíduo é erigido como um valor moral. Como se o quanto antes os seres se tornassem ‘indivíduos’, mais investidos desta qualidade moral estariam. Em uma sociedade medicalizada, monitorada, na qual vigora a ‘cultura do risco’ e onde a visualidade consiste no modo privilegiado de obtenção de conhecimento, faz sentido o fato de a inclusão nela de novos sujeitos dar-se marcadamente por meio de uma tecnologia visual médica. Esta, além de propiciar e incitar ao consumo de procedimentos médicos, assim como de bens variados, permite que o processo de produção de novos seres seja transformado em espetáculo, o que por seu turno contribui para a ilusão de que, em se tornando as coisas visíveis, ‘tudo se sabe’ acerca da vida e que, conseqüentemente, em última instância passa-se a conhecer tudo sobre a morte.



Finalizo aqui com uma digressão acerca de uma questão que me sensibilizou em especial ao encerrar esta pesquisa e que remete à primeira epígrafe deste trabalho. Recentemente, tomei conhecimento de algumas conjecturas tecidas por um escultor,³⁷⁹ ao analisar a evolução das esculturas de Michelangelo ao longo de sua vida, e que funcionam como um contraponto, ou mesmo uma antítese, ao que eu chamaria ‘ilusão do saber visível’, na qual nos encontramos culturalmente imersos na atualidade.

Segundo Edgard Duvivier, com o tempo, Michelangelo teria desenvolvido um conceito de ‘ponto zero’ da escultura, que consistiria no fato de, ao desbastar a pedra, o autor sempre deixar um excesso de um a dois centímetros do mármore. Inicialmente, a

³⁷⁹ Edgard Duvivier (1916-2001), corroborado por informações e apontamentos gentilmente cedidos por seu filho, Edgard Mendes de Moraes Duvivier.

idéia poderia ter sido a de não ferir a superfície final de acabamento, ou de apresentar mais rapidamente aos ‘clientes’ o encaminhamento das encomendas que se acumulavam. Duvivier especulava entretanto que, com o decorrer do tempo, Michelangelo teria se ‘apropriado’ do aspecto ‘inacabado’ que assim se produzia, como que apaixonando-se pelo mármore, passando a cada vez mais incorporar conceitualmente o excesso da pedra bruta às suas esculturas. Como resultado, elas, de certo modo, teriam que ser parcialmente intuídas pelos que as viam, como se a escultura ‘mesmo’ estivesse oculta dentro do mármore. Se esta era ou não a intenção explícita do artista, nunca saberemos. Por outro lado, suas últimas esculturas corroboram cabalmente a existência da integração conceitual entre uma parte de mármore quase intacto e as superfícies esculpidas.

É no mínimo interessante pensar que em um período no qual foram construídas – em conjunto com a valorização moral da busca secular de conhecimento – as principais referências e codificações visuais que vigoram até nossos dias, Michelangelo, lidando com o corpo e seu conhecimento, com o visual e com o espaço, tenha adotado uma postura conotando possivelmente que nem tudo deveria ser exibido de maneira explícita ao olhar.

REFERÊNCIAS

- ALBERS, Josef. **Interaction of Color. Unabridged text and selected plates.** Revised Edition. New Haven & London: Yale University Press, 1975. 81p.
- ALLEN, N.J. The category of the person: a reading of Mauss's last essay. In: CARRITHERS, Michael *et al.* (Eds.). **The Category of the Person – Anthropology, Philosophy, History.** Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p.26-45.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 279p.
- ARMSTRONG, David. The invention of infant mortality. **Sociology of Health & Illness: a Journal of Medical Sociology**, Washington, v.8, n.3, p.211-232, Sep. 1986.
- ARNEY, William Ray. **Power and the Profession of Obstetrics.** Chicago & London: The University of Chicago Press, 1982. 290p.
- BARROS, Manoel de. **Ensaio fotográficos.** Rio de Janeiro: Record, 2000. 66p.
- BECKER, Howard S.; GEER, Blanche. Participant Observation and Interviewing: A comparison. In: MANIS, J.G.; MELTZER, B.N. (Eds.). **Symbolic Interaction: a Reader in Social Psychology.** Boston: Allyn & Bacon, 1978. p.76-83.
- BEILLEVAIRE, Patrick; BENZA, Alban. Mauss dans la Tradition Durkheimienne: de l'Individu à la Personne. **Critique**, Paris, XL (445-446), p.532-541, 1984.
- BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional.** 2003. 363f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ. 2003.
- BROWNER, Carole; PRESS, Nancy. The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care. **Medical Anthropology Quarterly**, v.10, n.2, p.141-156, Jun.,1996.
- BUTLER, Judith. Corpos que pesam. In: LOURO, G.L. (Org.) **O corpo educado. Pedagogia da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p.151-172.
- CAMARGO Jr., Kenneth R. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.45-68, 1997.

_____ **Biomedicina, saber e ciência.** São Paulo: HUCITEC, 2003. 195p.

CAMPBELL, Colin. **The Romantic Ethic and the Spirit of Modern Consumerism.** Oxford UK & Cambridge USA: Blackwell, 1987.

_____ A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. **Religião e Sociedade**, v.18, n.1, 1997. p.5-22.

_____ **A ética romântica e o espírito do consumismo moderno.** Rio de Janeiro: Rocco, 2001. 400p.

CARLINO, Andrea. Tradition: an Archeology of Anatomical Knowledge and of Dissecting Practices. In: _____ **Books of the Body. Anatomical Ritual and Renaissance Learning.** Chicago and London: The University of Chicago Press, 1999. p.120-186.

CARTWRIGHT, Lisa. **Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture.** London & Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995. 199p.

CHACEL, Pedro Pablo. De volta ao passado. **Jornal do Conselho Federal de Medicina.** Coluna "Fala Médico", n.148, p.10, março/abril 2004.

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

_____ *Camera obscura*, estereoscópio, raios-X e outras máquinas: um estudo sobre tecnologias visuais na medicina e a construção da Pessoa contemporânea. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 4, 2001, Curitiba. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa ANTROPOLOGIA DA PESSOA: os processos de individualização na cultura contemporânea.

_____ Movimento, transparência e fragmentação: uma discussão acerca do papel das tecnologias visuais médicas na construção do corpo e da Pessoa contemporâneos. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 23, 2002a, Gramado. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa PESSOA E CORPORALIDADE.

_____ O corpo transparente: um panóptico invertido? Considerações sobre as tecnologias de imagem na reconfiguração da Pessoa contemporânea. In: REUNIÃO DA ANPOCS, 26, 2002b, Caxambu. Trabalho apresentado no GT-13 PESSOA E CORPO:

Novas tecnologias biológicas e novas configurações ideológicas.

_____ **Visão e totalidade: considerações sobre a Doutrina das cores de Goethe e a construção do observador moderno.** 2002c. 38f. Monografia. (Trabalho de conclusão do curso Antropologia Cognitiva) – Museu Nacional/UFRJ. Rio de Janeiro, 2002c.

_____ O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da Pessoa contemporânea. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.193-214, 2003.

CORRÊA, Marilena Cordeiro D.V. **A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre reprodução assistida.** 1997. 290f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, 1997.

_____ **Novas tecnologias reprodutivas – limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 264p.

COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1979. 282p.

COUTINHO, Arnaldo Pineschi A. Uma análise bioética da ‘casa de parto’. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, n.161, p.12, fev. 2004.

CRARY, Jonathan. Modernizing Vision. In: FOSTER, Hal (Ed). **Vision and Visuality. Discussions on Contemporary Culture n.2.** New York: The New Press, 1999a. p.29-49.

_____ **Techniques of the Observer – on Vision and Modernity in the Nineteenth Century.** London UK; Cambridge USA: MIT Press, 1999b. 171p.

_____ A visão que se desprende: Manet e o observador atento no fim do século XIX. In: CHARNEY, L.; SCHWARTZ, V. (Orgs.) **O cinema e a invenção da vida moderna.** São Paulo: Coseac & Naify, 2001. p.81-114.

CUSSINS, Charis M. Quit Sniveling, Cryo-Baby. We’ll Work Out Which One’s Your Mama! In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots.** New York & London: Routledge, 1998. p.40-66.

DA MATTA, Roberto. O Ofício de Etnólogo, ou como ter ‘*Anthropological Blues*’. In: NUNES, E. O. (Org.). **A Aventura Sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.25-35.

DASTON, Lorraine; GALISON, Peter. The Image of Objectivity. **Representations**, v.0, n.17, Special Issue: Seeing Science, Autumn 1992. p.81-128. Capturado na Internet

em 03/07/2003, em <http://www.jstor.org/journals/ ucal.html>.

DINIZ, Débora; RIBEIRO, Diaulas C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: LetrasLivres, 2003. 149p.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 209p.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986. 290p.

_____ Formação e ensino na antropologia social: os dilemas da universalização romântica. In: OLIVEIRA, J.P. (Org.). **O ensino da antropologia no Brasil. Temas para uma discussão**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia/ABA, 1995.

DUDEN, Barbara. **Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn**. Cambridge, Massachussets & London, England: Harvard University Press, 1993. 126p.

DUMIT, Joseph. A Digital Image of the Category of the Person. In: DOWNEY, G. L.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies**. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1997. p.83-102.

DUMIT, Joseph; DAVIS-FLOYD, Robbie. Cyborg Babies: Children of the Third Millennium. In: ____ **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.1-18.

DUMONT, Louis. **Homo hierachicus: o sistema de castas e suas implicações**. São Paulo: EDUSP, 1992. 412p.

_____ O valor nos modernos e nos outros. In: ____ **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p.237-278.

ELIAS, Norbert. **Uma história dos costumes**. In: ____ **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. v.1. 277p.

_____ **Formação do Estado e Civilização**. In: ____ **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1993. v.2. 307p.

FELLOUS, Michèle. **La première image: enquête sur l'échographie obstétricale**. Paris, France: Éditions Nathan, 1991. 154p.

FERRARI, Giovanna. Public Anatomy Lessons and the Carnival: The Anatomy Theatre of Bologna. **Past and Present**, v.0, n.117, nov. 1987. p.50-106. Capturado na Internet em 20/06/2003, em <http://www.jstor.org/journals/oup.html>.

FIGUEIRA, Sérvulo A. Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais na 'cultura da psicanálise'. In: ____ **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.7-13.

FINDLAY, Deborah. Discovering Sex: Medical Science, Feminism and Intersexuality. **Canadian Review of Sociology and Anthropology**, v.32, n.1, p.25-52, 1995.

FORTES, Meyer. On the Concept of the Person among the Tallensi. In: **La Notion de Personne en Afrique Noire**. Paris, CNRS, 1973. p.283-319.

FOUCAULT, Michel. **Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. 175p.

_____. **A vontade de saber**. In: ____ **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. v.1. 152p.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998a. 241p.

_____. A política de saúde no século XVIII. In: ____ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998b. p.193-207.

_____. Não ao sexo rei. In: ____ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998c. p.229-242.

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1999. 262p.

FRANKLIN, Sarah. Deconstructing 'Desperateness': The Social Construction of Infertility in Popular Representations of New Reproductive Technologies. In: McNEIL, M.; VARCOE, I.; YEARLEY, S. (Eds.). **The New Reproductive Technologies**. New York: St. Martin's Press, 1990. p.200-229.

FRANKLIN, Sarah; RAGONÉ, Helena. Introduction. In: ____ **Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998. p.1-14.

GEERTZ, Clifford. 'From the native's point of view': on the nature of anthropological understanding. In: SHWEDER, Richard (Ed.). **A Culture Theory**. Cambridge: Cambridge

University Press, 1984. p.123-136.

_____ Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: ____ **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989a. p.13-41.

_____ Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa. In: ____ **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989b. p.278-321.

GEORGES, Eugenia. Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece. **Medical Anthropology Quarterly**, v.10, n.2, p.157-175. Jun. 1996.

GOETHE, J. W. **Doutrina das cores**. São Paulo: Nova Alexandria, 1993 [1810]. 175p.

GUSDORF, Georges. **Le savoir romantique de la nature**. Paris: Payot, 1985.

HARCOURT, Glenn. Andreas Vesalius and the Anatomy of Antique Sculpture. **Representations**, vol.0, Issue 17, Special Issue: The Cultural Display of the Body, Winter, 1987. p.28-61. Capturado na Internet em 03/07/2003, em <http://www.jstor.org/journals/ucal.html>.

HERIOT, M. Jean. Fetal Rights *versus* the Female Body: Contested Domains. **Medical Anthropology Quarterly**, v.10, n.2, p.176-194, Jun. 1996.

Jornal do CREMERJ. Rio de Janeiro. Editorial. n.158, p.2, novembro 2003.

_____ MP faz sindicância sobre casas de parto. n.158, p.3, nov. 2003.

KEMP, Martin. A Perfect and Faithful Record': Mind and Body in Medical Photography before 1900. In: THOMAS, A. (Ed.). **Beauty of Another Order. Photography in Science**. New Haven & London: Yale University Press, 1998. p.120-149.

LA FONTAINE, J. S. Person and Individual: some Anthropological Reflections. In: CARRITHERS, Michael *et al.* (Eds.). **The Category of the Person – Anthropology, Philosophy, History**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p.123-140.

LAQUEUR, Thomas. **Making Sex**. Cambridge, Massachussets & London, England: Harvard University Press, 1992. 313p.

LO BIANCO, Anna Carolina. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.94-115.

LUNA, Naara Lúcia de Albuquerque. **Provetas e clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas**. 2004. 400f. Tese (Doutorado em

Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ, 2004.

MARTIN, Emily. **The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction**. Boston, Massachussets: Beacon Press, 1992. 276p.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu'. [1938] In: _____ **Sociologia e antropologia**. São Paulo: E.P.U./EDUSP, 1974. v.1. p.207-241.

MENEZES, Rachel A. Profissionais de saúde e a morte: emoções e forma de gestão. In: Reunião de Antropologia do Mercosul, 5, 2003, Florianópolis. Trabalho apresentado no GT Antropologia da emoção, Mimeo, 2003. 20p.

_____ **Em busca da “boa morte”: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos**. 2004. 255f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

MITCHELL, Lisa M. The Routinization of the Other: Ultrasound, Women and the Fetus. In: BASEN, G.; EICHLER, M.; LIPPMAN, A. (Eds.) **Misconceptions: The Social Construct of Choice and the New Reproductive and Genetic Technologies**. Ontario, Canada: Voyageur Publishing, 1994. v.2. p.146-160.

MITCHELL, Lisa M.; GEORGES, Eugenia. Baby's First Picture: The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.105-124.

MOTT, Maria L. Mme. Durocher, modista e parteira. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.2, n.3, p.101-116, 1994.

NANDA, Serena. Hijras: an Alternative Sex and Gender Role in India. In: HERDT, G. (Ed.) **Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in Culture and History**. New York: Zone Books, 1993. p.373-417.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. Mal-estar na família: descontinuidade e conflito entre sistemas simbólicos. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.) **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.148-168.

NOVAES, Simone; SALEM, Tania. Recontextualizando o embrião. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.3, n.1, p.65-88, 1995.

ORTEGA, Francisco. O corpo transparente: apontamentos para uma história cultural da visualização médica do corpo. Inédito. Mimeo, 2004.

PALL MALL GAZETTE. Occasional Notes. London, March 20, 1896. p.2.

PARK, Katherine. The Criminal and the Sainly Body: Autopsy and Dissection in Renaissance Italy. **Renaissance Quarterly**, v.47, Issue 1, Spring 1994. p.1-33. Capturado na Internet em 16/07/2003, em <http://www.jstor.org/journals/rqa.html>.

PEREIRA, Ondina P. *Homo photographicus*: Das imagens do mundo ao mundo das imagens. In: VEIGA, G.; DANTAS, J.M.; PEREIRA, O.P. **A margem – coletânea de textos na margem da filosofia**. Brasília: Thesaurus, 1999. p.107-126.

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

PETIT LAROUSSE. Paris: Librairie Larousse, 1967. 1800p.

PIONTELLI, Alessandra. Infant observation from before birth. **Int. Journal of Psycho-Analysis**, v.68, n.4, p.453-464, 1987.

_____ Pre-natal life and birth as reflected in the analysis of a 2-year-old psychotic girl. **The International Review of Psycho-Analysis**, v.15, n.1, p.73-82, 1988.

_____ A study on twins before and after birth. **Int. Rev. Psycho-Anal.** v.16, n.4, p. 413-426, 1989.

_____ **From Fetus to Child: an Observational and Psychoanalytic Study.** New York : Routledge, 1992. 260p.

_____ Kin recognition and early precursors of attachment as seen in the analysis of a young psychotic adopted boy. **Journal of Child Psychotherapy**, v.21, n.1, p.5-22, 1995.

PORTER, Roy. **The Greatest Benefit to Mankind: a Medical History of Humanity.** New York & London: W.W.Norton & Company, 1997. 800p.

PRICE, Frances V. The Management of Uncertainty in Obstetric Practice: Ultrasonography, *In Vitro* Fertilization and Embryo Transfer. In: McNEIL, M.; VARCOE, I.; YEARLEY, S. (Eds.). **The New Reproductive Technologies.** New York: St. Martin's

Press, 1990. 257p.

RAPP, Rayna. Real-Time Fetus: the Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction. In: DOWNEY, G. L.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies**. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1997. p.33-48.

_____ Refusing Prenatal Diagnosis: The Uneven Meanings of Bioscience in a Multicultural World. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.143-167.

_____ **Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America**. New York & London: Routledge, 1999. 361p.

RESOLUÇÃO 1361/1992 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Diário Oficial da União**. Seção I, de 14-12-92, p.17.186.

RIVAL, Laura. Androgynous parents and guest children: the Huaorani couvade. **J. Roy. anthrop. Inst.** v.4, n.4, p.619-642, Dec. 1998.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher**. 2000. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

_____ **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 224p.

_____ **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 246p.

RUSSO, Jane; PONCIANO, Edna. O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da Natureza. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.345-373, 2002.

SÁ, Guilherme José da Silva e. Meus macacos são vocês: um antropólogo seguindo primatólogos em campo. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 24, 2004, Recife. Mimeo. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa 36: Antropologia, trabalho de campo e subjetividade: desafios contemporâneos, 2004.

SALEM, Tania. A trajetória do 'casal grávido': de sua constituição à revisão de seu

projeto. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.35-61.

_____. **Sobre o “casal grávido”: incursão em um universo ético**. 1987. 288f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

_____. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. **Mana**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.75-94, 1997.

SAWDAY, Jonathan. **The Body Emblazoned. Dissection and the Human Body in Renaissance Culture**. London & New York: Routledge, 1996. 327p.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. A. Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, v.32, p.2-19, 1979.

SENNETT, Richard. **O declínio do homem público. As tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 447p.

SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico. Corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. 228p.

SIMMEL, G. **On individuality and social forms**. Chicago: University of Chicago Press, 1971.

SHORTER, Edward. **Women’s Bodies: A Social History of Women’s Encounter with Health, Ill-Health, and Medicine**. New Brunswick & London: Transaction Publishers, 1997. 398p.

SOUZA, Francisco Antonio de. **Novo Dicionario Latino-portuguez**. Paris: Librairie Aillaud, c.1935. 865p.

STABILE, Carol. Shooting the Mother. Fetal Photography and the Politics of Disappearance. In: TREICHLER, P.; CARTWRIGHT, L.; PENLEY, C. (Eds.). **The Visible Woman. Imaging Technologies, Gender, and Science**. New York & London: New York University Press, 1998. p.171-197.

STURKEN, Marita; CARTWRIGHT, Lisa. **Practices of Looking. An Introduction to Visual Culture**. New York: Oxford University Press, 2001. 385p.

TAYLOR, Charles. **As fontes do *self* – a construção da identidade moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1997. 670p.

TAYLOR, Janelle. Image of Contradiction: Obstetrical Ultrasound in American Culture. In: FRANKLIN, S.; RAGONÉ, H. (Eds.) **Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998. p.15-45.

TIERNEY, Thomas F. Anatomy and Governmentality: A Foucauldian Perspective on Death and Medicine in Modernity. **Theory & Event**, Baltimore, v.2, n.1, 1998. p.1-52. (Capturado na Internet em http://muse.jhu.edu/journals/theory_and_event/v002/2.1tierney.html).

TORNQUIST, Carmen Suzana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.483-492, 2002.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. (Org.). **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.36-46.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1999. 233p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ANDRADE, Ricardo A. S. **L'héritage romantique allemand dans la pensée freudienne**. Tese de doutorado. Paris: Université de Paris VII, 1990.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.
- BERGER, John. **Modos de ver**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. 165p.
- BLANCHET, Alain; GOTMAN, Anne. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien**. Paris: Éd. Nathan Université, 1992. 125p.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1998. 361p.
- CRARY, Jonathan. **Suspensions of Perception: Attention, Spectacle, and Modern Culture**. Cambridge, Massachusetts & London: The MIT Press, 2001. 397p.
- DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo. Comentários sobre a sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997. 237p.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900**. São Paulo: EDUC/ Escuta, 1992. 253p.
- FOUCAULT, Michel. *Omnes et singulatim*: por uma crítica da 'razão política'. **Novos Estudos CEBRAP**, n.26, p.77-99, mar. 1990.
- _____. A governamentalidade. In: ____ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998. p.277-293.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. Insider accounts: listening and asking questions. In: ____ **Etnography. Principles in practice**. London & New York: Tavistock Publications, 1986. p.105-126.
- HARAWAY, Donna. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. In: ____ **Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature**. New York: Routledge, 1991. p.149-181.
- HARTOUNI, Valerie. Fetal Exposures. Abortion Politics and Optics of Allusion. In: TREICHLER, P.; CARTWRIGHT, L.; PENLEY, C. (Eds.). **The Visible Woman**.

Imaging Technologies, Gender, and Science. New York & London: New York University Press, 1998. p.198-216.

HUNT, Lynn. (Ed.) **A invenção da pornografia. Obscenidade e as origens da modernidade, 1500-1800.** São Paulo: Hedra, 1999. 372p.

KULICH, Dan. **Travesti. Sex, Gender and Culture among Brazilian Transgendered Prostitutes.** Chicago & London: The University of Chicago Press, 1998. 269p.

KULICH, Dan; WILSON, Margaret. **Taboo. Sex, Identity and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork.** London & New York: Routledge, 1995. 283p.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss[1947]. In: MAUSS, M. **Sociologie et anthropologie.** Paris: PUF, 1950. p.IX-LII.

_____ Introdução: a obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia.** São Paulo: E.P.U/EDUSP, 1974. v.1. p.1-37.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152p.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico ocidental.** Coleção Os Pensadores. v. XLIII. São Paulo: Abril Cultural, 1976. 434p.

_____ **Um diário no sentido estrito do termo.** Rio de Janeiro: Record, 1997. 336p.

MARTIN, Emily. The Fetus as Intruder: Mother's Bodies and Medical Metaphors. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots.** New York: Routledge, 1998. p.125-142.

PETCHESKY, Rosalind P. Introduction. In: PETCHESKY, R.P.; JUDD, K. (Eds.) **Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures.** London & New York: Zed Books Ltd., 1998a. p.1-30.

_____ Cross-Country Comparisons and Political Visions. In: PETCHESKY, R. P.; JUDD, K. (Eds.) **Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures.** London & New York: Zed Books Ltd., 1998b. p.295-323.

PINTO, Paulo Gabriel H.R. **Saber ver: recursos visuais e formação médica.** 1997. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

PORTO, Marco Antônio T. **Um espectro na máquina – abordagem cultural da tecnologia médica**. 1995. 163f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1995.

ROPA, Daniela; DUARTE, Luiz Fernando D. Considerações teóricas sobre a questão do ‘atendimento psicológico’ às classes trabalhadora”. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.178-201.

RUSSO, Jane A. Indivíduo e transcendência: algumas reflexões sobre as modernas ‘religiões do eu’. **DOXA – Revista Paulista de Psicologia**, São Paulo, v.3, n.3, p.9-33, 1997.

SANJEK, Roger. (Ed). **Fieldnotes. The Makings of Anthropology**. Ithaca & London: Cornell University Press, 1990. 429p.

SCHMIDT, Matthew; MOORE, Lisa Jean. Constructing a ‘Good Catch’, Picking a Winner: The Development of Technosemen and the Deconstruction of the Monolithic Male. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.21-39.

SHORTER, Edward. **The Making of the Modern Family**. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1977. 368p.

STAFFORD, Barbara Maria. **Body Criticism. Imaging the Unseen in Enlightenment Art and Medicine**. Cambridge, Massachussets & London: The MIT Press, 1997a. 587p.

_____ **Good Looking. Essays on the Virtue of Images**. Cambridge, Massachussets & London: The MIT Press, 1997b. 259p.

ANEXO A

| | Período pré-profissional ⇒ até fim do século XIX | Período profissional ⇒ 1890-1945 | Período de monitoramento ⇒ pós II Guerra Mundial |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Metáfora e lógica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nascimento como mistério ▪ Ordem aristotélica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corpo como máquina ▪ Racionalidade científica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corpo como sistema aberto de comunicação ▪ Ordem ecológica/teoria dos sistemas |
| Conceitualização da gravidez | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal/anormal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencialmente patológico ▪ Categorias dicotômicas ainda aplicáveis, mas limites esmaecidos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gravidez como processo ▪ Parto bidimensional: dimensões psicológica e fisiológica |
| Divisão de trabalho | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relação simbiótica entre parteira e atendente obstétrico ▪ Parteiras atendem partos normais ▪ Cirurgiões-barbeiros atendem partos anormais ▪ Parteiras controlam os limites e a duração | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limites e duração controlados pelo especialista em obstetrícia ▪ Parteiras atendem nascimentos normais na Inglaterra ▪ Debates nos EUA sobre divisão apropriada do trabalho | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipes obstétricas onipresentes, bem integradas, hierarquizadas de modo contínuo ▪ Pais são membros da equipe |
| Relação atendente/paciente | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parteira “cuida” do parto ▪ Parteira solicita intervenção obstétrica em casos difíceis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstetra especialista domina ▪ Especialista dirige o parto ▪ Paciente é o veículo do material obstétrico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colegiado ▪ Paciente é responsável pelos aspectos psicológicos do parto ▪ Atendente obstétrico é responsável pelos aspectos fisiológicos do parto |
| Organização profissional | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localizada | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Produção centralizada de conhecimento ▪ Cuidados localizados | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Largamente dispersa, penetrante geograficamente, cuidados regionalizados localizados em centros médicos ▪ Sistema flexível das alternativas obstétricas |
| Quem controla o parto? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguém ▪ Parto é assistido e é “desgovernado” | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstetras | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A estrutura de monitoramento ▪ Sem agente no controle |
| Tecnologia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alívio moderado para partos normais ▪ Intervenções destrutivas em partos anormais | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecnologia de controle tirânico (por exemplo, fórceps, anestesia, intervenções cirúrgicas) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecnologia de monitoramento e vigilância |

(Arney, 1982: 6-7).

ANEXO B

A POLÊMICA DAS CASAS DE PARTO NO RIO DE JANEIRO

Na atualidade, no Brasil, vem ocorrendo uma polêmica que reedita de modo exemplar os debates analisados por Arney no período dos anos 1960-70 nos EUA. O Rio de Janeiro, desde fins de 2003, vem sendo palco de um grande embate entre tendências divergentes no tocante ao parto. A celeuma constituiu-se em torno da construção e da colocação em funcionamento de ‘Casas de Parto’, geridas por enfermeiras e parteiras, sem a presença de médicos, destinadas a partos cuja gestação tenha sido acompanhada e definida como de ‘baixo risco’. A proposta, apoiada pelo Ministério da Saúde e atendendo a recomendações da OMS, inclui a possibilidade de pronta remoção em ambulância para hospital, em caso de complicações. De um lado, alinham-se feministas, ativistas do movimentos de humanização do parto e médicos envolvidos com a perspectiva da Medicina Integral. Do outro lado, posicionam-se – com uma retórica por vezes furibunda – o Conselho Regional de Medicina do rio de Janeiro (CREMERJ) e o Conselho Federal de Medicina. Os títulos de matérias nos jornais institucionais acerca do tema, assim como o conteúdo e as imagens das capas, são dignos de reparo.

No Jornal do CREMERJ, de novembro de 2003, a capa exhibe parte de um ventre grávido tendo sobre ele uma sonda de ultra-som. Em destaque, o título: “Casas de parto: desrespeito à gestante e ao ato médico”. O editorial – refletindo portanto a posição oficial da entidade – tem como título “Retrocesso na assistência materno-infantil”. Nele, o aspecto enfatizado é sobretudo o ‘risco’ do parto para qualquer gestante:

Qualquer médico e também enfermeira obstetriz sabe que **a evolução de um parto é imprevisível** e, conforme consenso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, **só podemos afirmar que uma gestante é de baixo risco 24 a 48 horas após o nascimento de uma criança saudável**, pesando entre 2500 e 4000g, fruto de uma gestação com duração de 38 a 40 semanas, que não tenha apresentado nenhuma intercorrência durante o pré-natal e cujo trabalho de parto teve início espontâneo e curso eutócico. **Portanto, não existe gestante sem risco!** (Jornal do CREMERJ, Editorial, n. 158: 2, novembro 2003) (Grifos acrescentados).

Três números depois, surge no mesmo jornal, em fevereiro de 2004,³⁸⁰ uma matéria

³⁸⁰ A Casa de Parto David Capistrano Filho, com a abertura prevista para dezembro de 2003, foi inaugurada em Realengo, RJ, em março de 2004. O CREMERJ acionou o Ministério Público para que fosse realizada uma sindicância no sentido de impedir a criação de casas de parto. Não obtendo sucesso, entrou com uma

na coluna de Bioética, condenando a instituição das casas de parto como transgressoras de princípios fundamentais da bioética, alegando que o ‘respeito pela autonomia’ não estaria sendo observado, na medida em que as Casas de Parto destinam-se a populações de baixa renda e essas pessoas não teriam plenas condições de exercer o direito de escolha, em função da sua ‘falta de informação’. Outro princípio supostamente transgredido seria o da ‘proteção de pessoas com autonomia diminuída’, no caso, o feto. O artigo, assinado por um pediatra, coordenador da Comissão de Bioética do CREMERJ, encerra-se com:

Esse modelo, sem a assistência médica presente, fere todos os princípios bioéticos e tenta minimizar o ato do nascimento a algo **que não mereça cuidado**. Esquece-se de todos os trabalhos científicos que mostram a maior incidência de problemas neurológicos e respiratórios nos recém-nascidos sem assistência pediátrica ao nascer, bem como de distocia e complicações clínicas na evolução do trabalho de parto sem a assistência do obstetra (Arnaldo Pineschi A. Coutinho, *Jornal do CREMERJ*, n. 161: 12, fevereiro 2004) (Grifo acrescentado).

Segundo o Boletim do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, que apóia o projeto das casas de parto, a experiência em outros estados brasileiros tem sido positiva, exemplificando com a taxa de 2,6% de remoção de gestantes para o hospital, na Casa de Parto de Sapopemba, município de São Paulo.³⁸¹ De acordo com o Boletim, “O atendimento é baseado em princípios de Integralidade como o acolhimento, a escuta e o direito à escolha” (Boletim do Lappis, http://www.lappis.org.br/boletim_2_150604.htm).

No *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, no número de março/abril 2004, na coluna “Fala médico”, em texto intitulado “De volta ao passado”, o argumento do autor, ginecologista, obstetra e conselheiro do CFM pelo Distrito Federal é:

Não resta a menor dúvida de que o nascimento é um ato biológico: ocorre em decorrência de leis da natureza. Como ninguém ignora que a vida acontece e as crianças emergem no mundo, independente da ação de profissionais de saúde. Todos sabem, também, que os filhotes dos animais não-humanos vêm à luz com mais facilidade do que as crianças. Como também se sabe que, antes dos médicos cuidarem das parturientes, a situação sanitária delas e de seus filhos era bem pior (...) situações anômalas, devidamente tratadas, (...) [diminuíram] sensivelmente estes riscos. (...) As trocas materno-fetais podem ocorrer de maneira incorreta surgindo, inesperadamente, o sofrimento fetal (...) é inevitável que a

ação na Justiça para impedir a inauguração desta casa de parto em particular (*Jornal do CREMERJ*, n.158: 3). Nesse período, publicou também matéria paga em jornais de grande circulação no Rio de Janeiro, como *O Globo* e *JB*, com o título “Alerta à população”, cujo tom, escusado é dizer, era totalmente alarmante.

³⁸¹ Segundo o *Jornal do CREMERJ*, esta é a Casa de Parto com maior experiência no Brasil (*Jornal do CREMERJ*, n.158: 3).

atenção ao parto tenha supervisão médica, já que a distocia pode surgir de inopino e só o médico está preparado para agir nesta circunstância (...). (Pedro Pablo Chacel, *Jornal do CFM*, n. 148: 10, março/abril 2004).

Este autor apresenta o resultado de uma visita realizada a “uma Casa de Parto na cidade de São Paulo”, com baixíssimo índice de transferências – 16 em 816 partos – e elogia as condições modernas, revelando que a mortalidade materna e perinatal foi zero em pouco mais de dois anos de atividade. Contudo, brandindo estatísticas de complicações no parto por sofrimento fetal ou desproporção céfalo-pélvica, chega à conclusão de que o número de transferências “deveria estar em torno de 50”. Conclui de modo algo incoerente que:

Fica claro que a admissão na “Casa de Parto” por nós visitada era extremamente rigorosa, só admitindo pacientes de baixíssimo risco. Note-se que o número de partos assistidos situou-se em cerca de dois ao dia, tornando a assistência prestada obrigatoriamente de alto custo. Estas “Casas de parto”, de custo elevado, não passam de projetos-vitrine, com a finalidade de instalar serviços de baixa resolubilidade [sic] em localidades pobres, onde a morbi-mortalidade é alta, conseqüente à ausência de recursos: atenção de baixa qualidade para pessoas pobres (Pedro Pablo Chacel, *Jornal do CFM*, n. 148: 10, março/abril 2004).

As três matérias apresentam uma argumentação comum calcada na ‘dignidade patológica’ do parto, e na primazia dos médicos no atendimento ao parto. Em sendo veiculadas em jornais de órgãos corporativos, é difícil crer que

Não se trata de luta corporativa, como alguns tentam minimizar a questão, e sim de real preocupação com a qualidade da assistência prestada às mulheres de área carente de nossa cidade, pois qualquer médico e também enfermeira-obstetrix sabe que a evolução de um parto é imprevisível (*Jornal do CREMERJ*, Editorial, n. 158: 2, novembro 2003),

conforme se encontra em destaque na matéria. Outro ponto em comum nos três artigos consiste na equação cuidados médicos = modernidade, contraposta às parteiras e às enfermeiras = passado. A modernidade encontrar-se-ia na medicalização, e a “suposta ‘humanização’ que tal proposta insere [sic]” é vista como “lastimável, pois não achamos que a assistência prestada pelos médicos seja desumana e, se problemas houver, sempre estivemos e estaremos prontos para resolvê-los” (*Jornal do CREMERJ*, Editorial, n. 158: 2, novembro 2003).

No site do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, a partir do final de outubro de 2004, um *link* anunciava: “Resolução do CREMERJ orienta médico quanto à Casa de Parto 26/10/2004 00:00”. A resolução de 20/10/2004³⁸² diz o seguinte:

³⁸² Capturado no site <http://www.cremerj.com.br/noticias.php?codigonoticia=60>, em 25/11/2004.

O Corpo de Conselheiros do CREMERJ aprovou no dia 20 de outubro de 2004 a Resolução 201/04 que orienta o médico quanto aos procedimentos que deve ter em relação às Casas de Parto.

Leia abaixo a íntegra da Resolução.

Resolução CREMERJ N. 201/04

Estabelece e orienta quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação ao estabelecimento denominado Centro de Parto Normal (Casas de Parto).

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 15 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente, e asseguram a estes atendimento médico;

CONSIDERANDO o artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, que dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico responsável, habilitado para o exercício da medicina;

CONSIDERANDO a Portaria nº 31, de 15 de fevereiro de 1993, do Ministério da Saúde, que determina que o atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém-nascido pelo neonatologista ou pediatra;

CONSIDERANDO que os Centros de Parto Normal (Casas de Parto) são locais vinculados ao programa de saúde da família, como fazem certo a Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999, do Ministério da Saúde e a Resolução nº 971, de 25 de março de 2003, da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1641/2002, de 12 de julho de 2002 veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1627/01, de 23 de outubro de 2001 e a Resolução CREMERJ nº 121/98, de 25 de março de 1998, que disciplinam o Ato Médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CREMERJ nº 81, de 16 de dezembro de 1994 determina em seu art. 1º que todos os estabelecimentos de prestação direta ou indireta de serviços médicos estão obrigados a manter registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico;

CONSIDERANDO a Resolução CREMERJ nº 123, de 25 de março de 1998, que estabelece os critérios mínimos que as unidades de saúde devem obedecer para a prestação de serviços de assistência perinatal;

CONSIDERANDO a Resolução CREMERJ nº 160, de 25 de outubro de 2000, que dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na assistência materno-infantil;

CONSIDERANDO que cerca de ¼ dos partos ocorrem em adolescentes, segundo dados epidemiológicos do Estado do Rio de Janeiro, e que estes estão sujeitos a maiores complicações;

CONSIDERANDO que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é um

evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos;

CONSIDERANDO que para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, os partos, mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais e;

CONSIDERANDO, finalmente, o deliberado em 85ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em vinte de outubro de 2004.

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico exercer qualquer função nos locais denominados Centros de Parto Normal (Casas de Parto) por não serem os mesmos dotados de infra-estrutura indispensável ao adequado atendimento ao neonato e à gestante, nos termos da Resolução CREMERJ nº 123/98.

Art. 2º O médico lotado em Unidade de Saúde notificará por escrito ao Diretor Técnico e, também, à Comissão de Ética Médica ou ao CREMERJ diretamente, o recebimento de pacientes oriundos dos estabelecimentos citados no artigo 1º desta Resolução, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 3º Os Diretores Técnicos das Unidades de Saúde enviarão ao CREMERJ, no prazo de 10 (dez) dias, toda e qualquer documentação referente ao recebimento dos pacientes (guia de internação, prontuário, atestados, laudos e outros) provenientes dos referidos Centros de Parto Normal (Casas de Parto).

Art. 4º O médico que transportar paciente oriundo dos locais citados no artigo 1º notificará a ocorrência, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias, ao CREMERJ, ao Diretor Técnico da Empresa de Transporte e à Comissão de Ética Médica, caso a empresa esteja ligada a uma Unidade de Saúde.

Art. 5º O médico, na função de perito, ao atuar em casos de qualquer avaliação médico-legal de paciente oriundo dos locais citados no artigo 1º, notificará ao CREMERJ os eventos e as circunstâncias relativas ao tipo de atendimento realizado pelo não-médico, relacionando-o com o dano ou lesão provocados ou com o eventual mecanismo de óbito.

Art. 6º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 20 de outubro de 2004.

No momento do fechamento desta tese, a disputa continua, e seria um campo muito interessante a ser pesquisado.