

## 5 - 'Se você está dizendo que é, então é!'

a produção de 'verdades' médicas e não-médicas

Lilian Krakowski Chazan

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CHAZAN, LK. 'Se você está dizendo que é, então é!': a produção de 'verdades' médicas e não-médicas. In: "*Meio quilo de gente*": um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 115-141. Antropologia e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-338-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# 5

## 'Se Você Está Dizendo que É, Então É!': a produção de 'verdades' médicas e não-médicas

---

Dra. Lúcia: Tudo bem?

G: Espero que sim... *voce* 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 uma particularidade que atravessa todas as tecnologias de imageamento médico. Trata-se do que designo aqui como o 'mito da objetividade da imagem técnica'. Esse mito dá margem à construção das 'verdades' de que trato neste capítulo, e também a diversos problemas com que o finalizo.

A tecnologia de imageamento médico supostamente produziria verdades acerca da saúde e da doença dos sujeitos que prescindiriam de ou se sobreporiam às suas vivências e subjetividade. O fato de a ultra-sonografia ser uma tecnologia interativa provoca situações e tensões, em tempo real, que não ocorrem em outras tecnologias como raios X, ressonância magnética, PET-*scan* e outras. Nestas, *grosso modo*, além do fato de que os pacientes devem ficar imóveis e passivos para que sejam realizadas as tomadas de imagem, existe um intervalo de tempo entre a realização do exame e o recebimento do laudo com o diagnóstico ou a descrição da imagem, dados pelo especialista.<sup>1</sup>

Com a tecnologia de ultra-som, conforme vimos, o profissional ao mesmo tempo identifica as imagens, escolhe incidências e em certa medida diagnóstica – ou levanta suspeitas diagnósticas –, durante a realização do próprio exame, a redação do laudo, sendo apenas a concretização do que já teria sido identificado antes. Quando aplicado à obstetrícia, esse aspecto apresenta-se de maneira radical, se comparado a outras modalidades ou aplicações de ultra-sonografia (como a geral, a muscular, a de mamas, o *doppler* etc.), uma vez

que durante as sessões de ultra-som obstétrico a maior parte das clientes – e respectivos acompanhantes – é ativa, questionadora e demandante.

A idéia da imagem técnica como produtora de verdades incontestáveis é uma construção social, fruto de um longo processo histórico. Relembrando brevemente, esse processo tem suas raízes no renascimento – com a invenção da perspectiva – e, em especial, nos códigos de representação do corpo humano que surgem com o trabalho de Vesálio, com a instauração do paradigma anatômico, em vigor até nossos dias (Sawday, 1996). Ao longo do século XVII, a objetividade na representação emerge como um problema, conjugado ao estabelecimento dos princípios do conjunto de práticas 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 inicialmente como a ‘solução’ da questão (Daston & Galison, 1992). A invenção dos raios X, em fins do século XIX, reintroduz de modo radical o problema da interpretação das imagens técnicas do corpo (Cartwright, 1995). As tecnologias de imagem médica que se multiplicaram ao longo do século XX são herdeiras dessas tensões.

Uma questão-chave para a dinâmica das interações entre os atores presentes na cena consiste no fato de que – em que pese a socialização visual que se constitui no universo etnografado – o detentor principal e privilegiado da possibilidade de decodificar as imagens esfumaçadas que se sucedem na tela do monitor é 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.

Existe uma questão de fundo que perpassa e informa todo o campo e as práticas dos atores observados, relativa à polaridade objetividade-subjetividade, e por esse motivo inicio a discussão por ela. A seguir abordo quatro aspectos relacionados à produção de verdades a partir das imagens fetais, suas conseqüências e desdobramentos que, no conjunto, produzem uma situação ‘híbrida’, na medida em que a subjetivação e a medicalização da gravidez encontram-se profundamente imbricadas com elementos discursivos e tecnológicos.<sup>2</sup> Esses elementos repercutem de maneiras diferentes e se complementam no que diz respeito à reconfiguração de vivências da gravidez.

O primeiro deles consiste na produção de ‘verdades médicas’ propiciada pelo exame, no tocante à saúde materna e à do feto. Essas ‘verdades’ têm como conseqüência imediata um reforço da noção da gravidez como um ‘assunto médico’. O segundo elemento, 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 ao conceito. Esse conjunto de ‘verdades’ tem como efeito – para além do monitoramento da e vigilância sobre a saúde dos dois – a construção de subjetividades, reconfigurando a percepção corporal da gravidez pela mulher e atribuindo subjetividade ao feto. Em um movimento conjunto produz-se um reforço da medicalização, assim como da idéia culturalmente compartilhada da tecnologia de imageamento como produtora privilegiada de todo o tipo de saberes sobre a gravidez. 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.

Finalmente, 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 ‘realidade’, ou ‘verdade’ –, eventualmente emergem alguns problemas, de gravidade variável. O quarto aspecto abordado neste capítulo trata então do fato de que, em diversas situações, ficou evidente que o mito da objetividade da imagem técnica pode tornar-se efetivamente deletério para gestantes e fetos.

## IMAGEM TÉCNICA, OBJETIVIDADE E SUBJETIVIDADE

---

Ao longo da observação etnográfica, tornou-se claro que, naquele universo, no que dizia respeito à produção de verdades, o eixo subjetividade/objetividade se fazia presente de modo cotidiano e dinâmico na prática dos atores. No tocante às ‘verdades médicas’, pode-se considerar que haveria um predomínio do aspecto ‘objetivo’, pois com frequência elas eram apresentadas como dados matemáticos, quantificáveis, traduzidos em números, tais como idade fetal, peso, tamanho, fluxos sanguíneos etc. (mesmo que, a rigor, essas informações fossem apenas estimativas produzidas pelos aparelhos, os atores lidavam com elas como se fossem dados concretos). Contudo, a subjetividade obrigatoriamente se fazia presente na medida em que, para que as mensurações fossem significativas, o médico ou médica deveria necessariamente saber interpretar as manchas cinzentas do monitor. Como exemplo, o profissional precisava reconhecer se um traço esbranquiçado na tela corresponde ao úmero ou ao fêmur do feto, pois com base neste dado o computador executaria um cálculo que forneceria a informação procurada acerca do tamanho e do desenvolvimento fetais.

No terreno da produção de ‘verdades não-médicas’, a subjetividade preponderava, pois as atribuições de sentido ao que estava sendo visualizado na

tela do monitor dependiam exclusivamente da imaginação, dos valores e das crenças dos atores presentes à cena. No momento em que o exame evidenciava a existência de problemas, constituía-se uma espécie de empate nos pesos da objetividade e da subjetividade, já que não apenas o significado dos achados ‘objetivos’ desagradáveis deveria ser interpretado pelo profissional, mas também o modo como a notícia seria dada e recebida pela gestante e pelos acompanhantes estavam subordinados a diversos aspectos nos quais a subjetividade se fazia fortemente presente. Conforme vimos, uma questão fundamental reside no fato de que, apesar de gradualmente gestantes e acompanhantes se familiarizarem com as imagens fetais ao longo da gravidez, o principal tradutor das imagens que aparecem e desaparecem rapidamente na tela do monitor permanece sendo o profissional cujo olhar foi treinado para decodificar e interpretar. No tocante a esta possibilidade, portanto, ele ocupa uma posição de destaque e de autoridade em relação aos outros atores presentes na cena. Outro elemento central da situação consiste nas imagens fetais em si, que atraem o olhar de modo quase irresistível. Na imensa maioria das vezes, é em torno delas que se estabelecem diversos diálogos e interações – ou, sintetizando, essas imagens são um elemento central para as negociações estabelecidas entre os atores.

## ‘VERDADES’ MÉDICAS

---

Considerando o aspecto estritamente diagnóstico do exame, o profissional que o realiza é o principal produtor de verdades, pois, como vimos, apenas por meio 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.

### 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 –, 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) (Ênfase minha)

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

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

Dr. Sílvio: Dois bem definidos... [mostra com o cursor] Saco gestacional... com embriãozinho aqui... [muda a imagem] e saco gestacional com embriãozinho aqui... e um terceiro que não está evoluindo.<sup>3</sup>

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

A existência de sangramentos no decorrer da gestação, embora de um ponto de vista clínico seja de gravidade variável, é sempre alarmante e consiste em uma das indicações formais para a realização do exame ultra-sonográfico. Contudo, com frequência as gestantes sequer consultavam o obstetra, preferindo ir diretamente “*fazer o ultra-som*”:

[G, ainda de pé, diz que teve de novo um sangramento 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... (...) importante... esse sangramento, na grande maioria das vezes não é pra se preocupar. O problema é quando tem cólica. (Clínica C)

Ocorria às vezes a situação inversa, o exame revelando um sangramento que não havia se manifestado clinicamente.

Dr. Sílvio: Teve sangramento?

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

Ambas as circunstâncias evidenciam o lugar privilegiado ocupado por essa tecnologia na produção de conhecimento confiável diante de intercorrências da gravidez, ou mesmo na ‘produção’ delas, como no segundo caso citado.

Outro aspecto investigado por meio de ultra-som, com o exame de *doppler*, referia-se à circulação sanguínea materna e fetal: caso fosse detectada alguma deficiência circulatória prejudicando o desenvolvimento do feto, dependendo da idade e do grau de desenvolvimento fetais, os parâmetros poderiam implicar normatizações do comportamento da gestante, com recomendação de repouso e medicação visando permitir que o feto crescesse até ser considerado ‘viável’, nascendo de parto natural ou cesárea – ou então levar à indicação imediata de cesariana.<sup>4</sup> Ainda vinculada à circulação sanguínea existia a avaliação de ‘incisura’, que continha um caráter preditivo probabilístico acerca do risco de a gestante desenvolver pré-eclâmpsia, um quadro de hipertensão súbita potencialmente danoso a ela e ao feto.<sup>5</sup> A interpretação desses parâmetros, ou seja, da gravidade da situação, variava entre os profissionais – tanto ultra-sonografistas como obstetras – e, dependendo da história de gestações pregressas da mulher, podia transformar o exame em uma situação muito angustiante para as grávidas.

A medição da quantidade de líquido amniótico, em geral perto do término da gestação, era um parâmetro cujo cálculo poderia levar à indicação de interrupção cirúrgica da gravidez. Eventualmente, eram feitos exames sucessivos com o sentido de monitorar a evolução do volume de líquido. O posicionamento do cordão umbilical, também nesse estágio final, era outro dos aspectos avaliados, e freqüentemente baseados neste dado os obstetras ‘recomendavam’ a realização de cesarianas.

Uma ‘verdade’ médica singular que emergiu com freqüência no início da gestação, em especial nas clínicas B e C, dizia respeito à ‘proveniência’ do óvulo que dera origem ao feto: ovário direito ou ovário esquerdo. Essa determinação era possível por meio da visibilização da imagem do corpo-lúteo.<sup>6</sup> 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*”, completando com risadas: “*o ovário direito é o das meninas, e o esquerdo, dos meninos*”, como se a proveniência do óvulo fosse determinante para o sexo fetal. O comentário era recebido com risos pelas gestantes quando estas conseguiam perceber o *nonsense* contido na brincadeira. A maioria das

mulheres observadas tinha um razoável grau de informação ‘científica’ sobre a gravidez e sabia, portanto, que era o espermatozóide que determinava o sexo do embrião.

Em contrapartida, na clínica C, na qual eram acompanhadas muitas gestantes que haviam passado por processos de reprodução assistida, a mesma 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)

O modo circunspecto com o qual era feita esta declaração encontrava-se em continuidade com a cientificidade com a qual muitas dessas gestações eram cercadas; e o uso de tecnologia de imagem *high-tech* e um monitoramento minucioso, a ponto de ‘descobrir’ a proveniência do óvulo, como que serviam como reassseguramento de que todo o processo seria coroado de êxito, chegando-se ao tão almejado bebê.

Um aspecto a ser sublinhado consiste em que esta ‘verdade’ – inexistente no passado – é um híbrido, produto direto da tecnologia de ultra-som, pois só passou a existir por meio dela. As traduções ou translações (nos termos de Latour, 2000) sofridas por esse híbrido eram coloridas pelos valores e crenças predominantes circulantes em cada grupo: na clínica B, com clientela de camada média/baixa, transformava-se em ‘adivinhação’ do sexo do feto, mesmo quando tomada de modo jocoso; na clínica C, *high-tech*, com clientela pertencente às elites econômicas, era uma reafirmação da tecnologia e do poder da biomedicina. Pode-se pensar que, nas duas situações, encontrava-se subjacente o reforço do poder da tecnologia tal como se fora um oráculo, com a diferença consistindo na passagem pela referência a uma prática mágica popular – a ‘simpatia’ – da clínica B. De um modo mais imediato, podemos também considerar



que esta referência aproximava a dra. Lúcia do universo de suas clientes, e servia como reforço ao vínculo delas com a médica, criando uma clientela fiel.

### SOBRE O FETO

A preocupação acerca da saúde fetal está sempre presente de um modo ou de outro, e em graus variáveis, mas nem sempre de maneira conspícua. Existem normatizações estabelecidas sobre idade e desenvolvimento fetais, com base nos cálculos aproximados de peso e tamanho fornecidos pela aparelhagem. Em relação a esses aspectos, a imagem em si torna-se temporariamente secundária, sendo utilizada apenas como base para as mensurações que, processadas pelo computador, resultam em quantificações aproximadas de peso e tamanho fetais, a partir das quais procede-se à datação da gravidez. A determinação da idade fetal por meio do exame de ultra-som passa a prescindir da informação da mulher – ou mesmo sobrepor-se a essa informação – sobre a data da última menstruação, anteriormente o único método disponível para estimar o tempo de gestação.

P: O tamanho, qual é? [Do embrião.]

Dr. Sílvio: 11 mm, 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 gestacional. É... pelo cálculo dela [G]... o parto seria 17/4, para mim seria 24/4, corrigindo por esse exame de hoje. (Clínica C) (Ênfase minha)

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) (Ênfase minha)

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) (Ênfase minha)

O peso e o tamanho do feto, embora bastante objetivos em sua essência, eram na maior parte das vezes motivo de comentários, frequentemente com conotação valorativa, em torno da normalidade ou não do desenvolvimento fetal. Gestantes e pais orgulhavam-se de saber que seus fetos estavam ‘bem desenvolvidos’. Embora o crescimento fetal fosse especialmente relevante do ponto de vista da avaliação médica, era tingido por diversas atribuições de significado 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.<sup>7</sup>

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... (Clínica A)

A revelação precisa do sexo fetal constituía 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 patentemente não-médicas.

O exame de translucência nucal, realizado entre a 11<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> semanas gestacionais, em conjunto com a medida do osso nasal, é o exame mais cercado de expectativas quanto à avaliação do risco de existência de anomalias fetais. A alteração destes dois parâmetros fornece uma indicação probabilística que, calculada em conjunto com o risco oferecido pela idade materna, resulta

em um índice que representa a taxa de risco de aquela gestante estar gerando um feto portador de anomalia. Esta taxa, comparada com a taxa de risco de aborto provocado por complicações da amniocentese – mais invasiva e mais precisa para avaliação de anomalias cromossômicas – é apresentada às gestantes para que elas decidam se desejam ou não se submeter ao procedimento.

Em sua maioria, as mulheres estavam informadas acerca do sentido desses exames, 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.

Dr. Henrique desabafa, 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 não (...)’. 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. (...) Os médicos hoje fazem uma consulta muito rápida, é convênio, então eles dizem: ‘Você vai fazer a translucência nugal porque, se der alterado, seu neném pode ter síndrome de Down.’ Acabou, pronto, em quatro segundos falou, daí a paciente chega aqui e pergunta: ‘E aí, doutor, o neném é normal?’ Acabo eu tendo que explicar.” (Clínica A)*

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)

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 realimentação, só o uso da tecnologia pode de algum modo ajudar a dirimir. Esse *constructo* contém intrinsecamente a idéia da gravidez como um processo perigoso, potencialmente patológico, e da ciência e da tecnologia como capazes de proteger os sujeitos dos ‘perigos da natureza’. Ao mesmo tempo cristaliza-se entre o público leigo uma noção – em grande parte estimulada e sustentada pela mídia – de que, apoiada pela tecnologia, a biomedicina é capaz de prever e prevenir todo e qualquer tipo de problema. Essa situação é ilustrada

pelo relato a seguir, na qual a médica e eu fomos surpreendidas pela declaração de uma gestante – de alto nível socioeconômico – que denotava a atribuição de um sentido um tanto bizarro à amniocentese:

Dra. Carla pergunta se já sabem o sexo fetal, G responde que é um menino, soube pela amniocentese. A médica, surpresa, pergunta a G porque fez esse exame [a TN foi normal e a G é jovem, portanto não havia nenhuma indicação médica para o procedimento]. G menciona de modo casual ter passado por “stress *no início da gravidez*”, dizendo: “*Ele [aponta o marido] foi seqüestrado quando eu estava no início [da gestação], fiquei muito estressada e daí, preocupada, resolvi fazer o exame pra ver se estava tudo bem.*” (Clínica C)

## ‘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 engajam-se em co-parceria, sempre partindo 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 em 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, atenho-me à discussão da produção de verdades subjetivantes acerca do feto que pareceram ser relativamente independentes da construção de gênero.

### SIGNIFICANDO AS SENSACIONES 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.

Dra. Lúcia: 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.] (...) 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. (...) 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... (...) Tu acha [*sic*] que vai ser o quê? Rapaz ou moça?

G: Uma moça... (Clínica B) (Ênfase minha)

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) (Ênfase minha)

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... *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) (Ênfase minha)

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) (Ênfase minha)

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) (Ênfase minha)

### 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?* (...)

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

P: *Tá dando tchauzinho...* (Clínica B) (Ênfase minha)

Dr. Sílvio: Aqui a imagem da face... (...) abriu a boca... [A imagem, de 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) (Ênfase minha)

Dr. Henrique: Isso é o cordãozinho... [Ouve-se o som da pulsação.] A coluninha... 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 outro também foi assim, [G] teve que virar de lado...

Dr. Henrique: *Não quer mostrar...*

G: *Faz isso com a gente não, neném!* (Clínica A) (Ênfase minha)

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 ultra-som anterior haviam sido visualizadas imagens císticas no pulmão e tratava-se de 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! (...) [Satisfeita, para P.] Foi o Reiki que eu fiz, falei pra você!

P: *Mari tava se valorizando, arrumou um cisto pulmonar pra chamar a atenção...* (Clínica C) (Ênfase minha)

Dra. Carla: [Finalizando o exame.] 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) (Ênfase minha)

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) (Ênfase minha)

### ‘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. Cabe aqui um parêntesis. Os termos aspeados visam sublinhar a produção de dois tipos de *constructo*. Considerando estritamente as imagens que aparecem na tela do monitor, por mais sofisticada que seja a tecnologia, as semelhanças físicas decorrem muito mais do desejo de ‘ver’ dos atores do que de reais constatações visuais. Comportamental entre aspas frisa o fato de que ao interpretarem atividades e movimentos fetais, possivelmente reflexos, como ‘condutas’ do feto, os atores revelam a maneira pela qual se produz a subjetivação do conceito. 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, matriz)

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

[O casal chega para a ultra-sonografia com a certeza de que o feto é feminino. Contudo, no decorrer do exame o médico revela que o feto é masculino. G mostra-se muito decepcionada e 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) (Ênfase minha)



P: [Olhando para a tela do monitor.] Nesse horário se mexe mais... [Já passa das 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... [O casal ri.] (Clínica C) (Ênfases minhas)

[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) (Ênfase minha)

Na clínica C, as ‘semelhanças’ eventualmente continham de modo implícito um sentido de linhagem, compatível com o perfil elitizado daquela clientela.

P: Se nascer sexta-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.]

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)

## ‘VERDADES’ DOLOROSAS: A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS

---

A tecnologia de ultra-som aplicada à obstetrícia tem como *raison d’être* o diagnóstico pré-natal. 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 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 minha impressão era de que havia um clima excessivamente eufórico e um reforço do ‘ultra-som como espetáculo’, quase como uma tentativa mágica de afastar ‘maus fluidos’, conjurar ‘maus pensamentos’ ou, em última instância, de modo mais prático, como uma forma de evitar que esse tipo de ‘verdade’ emergisse.

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: [Sem entender.] E a gente? Tá distante do risco?...

P: Mas isso é quando há... [nitidamente evitando se referir à possibilidade de anomalia fetal]. *Deixa pra lá... ficar falando do filho dos outros...* (Clínica C) (Ênfase minha)

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 havia surpresas desagradáveis para as grávidas.

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. No tempo real, conforme vimos no capítulo anterior, os ultra-sonografistas dispunham de alguns recursos visuais que eram usados visando tranquilizar as gestantes na medida do possível.

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 um adotava predominantemente um determinado tipo de estratégia para lidar com a situação. Um médico, em comunicação pessoal, informou-me que há diversas discussões entre os profissionais de ultra-som acerca do que seja ou não recomendado como atitude adequada nesse campo. Há apenas um relativo consenso sobre o fato de os ultra-sonografistas não recomendarem outros exames complementares às gestantes para dirimir dúvidas acerca de diagnósticos, sob o risco de incorrerem em infrações éticas em relação aos obstetras responsáveis. No tocante à comunicação das más notícias propriamente ditas, notei que havia basicamente três possibilidades de manejo.

A mais freqüente consistia em ‘evitar’ a primeira etapa, 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. Notei a existência de discrepâncias entre o discurso e a prática: por exemplo, um dia, uma médica na clínica B disse que, daquele momento em diante, iria “falar pouco nos exames”, pois estivera recentemente “num negócio de ética aí [sic] (...) uma conferência que o cara ficou falando que a gente devia falar pouco pras pacientes...”; dra. Lúcia se contrapôs imediatamente, dizendo: “Ah! Depende da paciente! A gente vê... eu falo tudo pra paciente” – o que, conforme eu observara em diversas ocasiões, não correspondia exatamente aos fatos.

A exceção a esse modo freqüente de atuação 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)

Evitar a primeira etapa podia se tornar uma situação complicada: duas situações observadas nas clínicas B e C evidenciaram algumas diferenças de manejo que, para além das diferenças idiossincráticas, diziam respeito à gravidade dos casos; mesmo tentando evitar fornecer a má notícia, pela severidade do problema encontrado a informação não podia ser muito adiada, uma vez que estavam também em jogo a competência e a credibilidade do profissional.

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

Dra. Lúcia: Aqui tá meio de perfil... Tem o osso nasal...

G: [Animando-se.] Então tá bem?

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

G: É... [Olhando a TV.] Ai, que bonito o perfil! [Para a acompanhante.] Bonitinho, tá vendo, tia? (...)

Dra. Lúcia: [Prossegue o exame, silenciosa. Surge o corte cefálico.] A massa encefálica, que bonitinho... Parece uma borboleta...

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

Dra. Lúcia: [Mostra.] O osso da perna.

G: [Sorri.] Ah! (Clínica B, matriz)

[O feto teve detectada uma fenda labial em exame realizado em outra clínica. Ao chegar, o marido alertou as atendedoras de que “*não queria que a minha mulher soubesse*” e estas avisaram ao dr. Sílvio. Vieram para um exame 3D, provavelmente a pedido de G.]

Dr. Sílvio: Vamos à cabecinha... Cerebelo... Direitinho... [G suspira ao olhar para a TV.] Ansiosa?

G: É. Tô  *muito* nervosa. [Estranhamente ninguém pergunta por quê; G está lívida (...)] Surge a imagem do perfil, G abre um sorriso.] Ah! O rostinho!

Dr. Sílvio: [Justificando-se.] O feto mexe muito... tá difícil... os batimentos do coração... 140 batimentos por minuto... (...) Está com a mão na frente, agora... Bem... eu vou ficar devendo [o exame 3D]... 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)

Nas duas situações referidas, o desfecho ocorreu depois do exame. Na clínica B, a dra. Lúcia, em seguida ao término, ao entregar o laudo em mãos na sala de espera, explicou diretamente à gestante a gravidade da situação fetal. No caso da 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.

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 mais bem avaliados em um acompanhamento:

Dra. Sandra diz que na semana passada viu um cisto em um dos gêmeos e passou esta semana “*na maior agonia, existe outro feto [normal], e havia uma questão urgente a resolver, porque se esse feto fosse inviável,*

*teria que ser 'reduzido'(...)*”.<sup>8</sup> [A gestação fora fruto de fertilização *in vitro*]. Pergunto-lhe como costuma lidar essas situações; ela diz que é muito difícil. No exame de hoje, 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 comunicou ao casal o que havia visto antes. (Clínica C)

A terceira forma de lidar com más notícias era fornecê-las diretamente no decorrer da ultra-sonografia, uma situação sempre traumática para as gestantes e sofrida para os profissionais. Poucas vezes presenciei situações do gênero, mas meus informantes médicos forneceram-me diversos relatos delas. Evidentemente, a gravidade da situação a ser comunicada também desempenhava um papel crucial na dificuldade de os profissionais lidarem com esse tipo de comunicação:

Dra. Lúcia relata a situação de uma paciente que teve uma gravidez tubária rota e, meses depois, engravidou. No exame para verificar a nova gravidez, G tinha muito medo de que a situação se repetisse. A médica disse-lhe: “*Claro que vai estar tudo bem, deixa de bobagem!*”, mas ao começar o exame viu que se tratava de outra gravidez tubária. Revela 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)

Dra. Sandra relata um caso em que ela viu que o feto, de oito meses, estava morto. A gestante informou que telefonara para o obstetra duas semanas antes, “*dizendo que ele 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 ultra-som 15 dias depois. A médica revelou que na hora de dar a notícia não usou o termo ‘morto’: “*Não consegui, disse que o feto estava sem vida*” (...) e comentou: “*é um tipo de coisa muito difícil de lidar.*” (Clínica C)

Podia-se produzir uma situação de impasse:

Dr. Silvio 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. Ai eles combinaram o seguinte: entrava primeiro uma parte e depois entrava a outra. Só que logo no início ela*

*descobriu que o feto era anencéfalo! 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, como vimos, quando estas conseguiam decodificar que algo de errado estava acontecendo e inquiriam diretamente os médicos – circunstâncias que se tornavam particularmente constrangedoras, pois era como se pegassem o médico ‘de surpresa’, antes que ele tivesse tempo de estabelecer com calma a forma de abordagem da situação, como no exemplo do feto com fenda labial. Os momentos difíceis – provocados quando a gestante ou um dos acompanhantes ‘viam’ algo – eram tema de diversas conversas entre os médicos, possivelmente um modo de compartilharem experiências, diminuírem a tensão vivida e se apoiarem mutuamente:

Dra. Sandra diz que quando vê coisas “*muito erradas*” com o feto, “*acabo falando*”. Conversamos sobre um caso problemático cuja imagem ainda estava na tela; ela diz que P perguntou “*O que é aquela mancha escura?*”, e acrescenta: “*Ele é veterinário, é fogo... não dá pra esconder. Ela [G] só dizia tadinho... tadinho’.*” (Clínica C) (Ênfase minha)

Dr. Sílvio relatou um caso ocorrido com ele 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) (Ênfase minha)

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 do escrutínio do qual eram alvo.

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, 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)

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 ultra-sonografistas. 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, sensibilidades e crenças.

O ponto a ser sublinhado aqui consiste em que, desde há muito, preocupações de gestantes sobre a saúde fetal não são nenhuma novidade. O aspecto que foi radicalmente reconfigurado deriva-se do fato de que, até o surgimento e a difusão da ultra-sonografia, as dúvidas sobre a normalidade do feto só eram sanadas com o nascimento. O uso do ultra-som na gravidez antecipou a possibilidade de se tomar conhecimento da existência de anomalias antes do parto, embora as possibilidades de interferência ou cura ainda sejam bastante limitadas. Se, por um lado, algumas das ansiedades a respeito da normalidade fetal passaram a poder ser ‘dissolvidas’ antes do nascimento, por outro passou a existir uma enorme pressão social para que se escrutine e monitore precocemente cada gravidez o mais de perto e o mais tecnologicamente possível.

## O MITO DA ‘OBJETIVIDADE DA IMAGEM TÉCNICA’ E SUAS VICISSITUDES

---

O quarto aspecto relacionado à produção de verdades pela tecnologia de imageamento médico, que designo por ‘mito da objetividade’, é um tema pouco explorado na literatura, mas bastante familiar aos profissionais que lidam com diagnóstico por imagem. No campo da ultra-sonografia, em especial a obstétrica, a questão pode adquirir contornos dramáticos, com os quais os profissionais são confrontados diretamente.

Todos os médicos no universo etnografado 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, antes de fazer ultra-som abdominal de um senhor, perguntou-lhe o que sentia; ele respondeu: “*Não vou te dizer, para você descobrir o que eu tenho mesmo*”. Dra. Carmen reclama do fato de que os médicos raramente indicam a suspeita diagnóstica no pedido de exame, o que facilitaria o trabalho do ultra-sonografista e beneficiaria o paciente. Relata uma situação que classifica de “*surreal*”: “*Ontem atendi uma surda-muda, com um pedido de [ultra-som] transvaginal sem nada mais escrito, que ainda por cima veio desacompanhada pro exame. Pode? Como é que eu ia saber o que procurar?*” (Clínica A)

Quando essa atribuição de ‘objetividade’ advinha dos pacientes, existia ainda alguma tolerância, mas quando provinha de colegas médicos, em várias ocasiões presenciei explosões de irritação por parte dos meus informantes. 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 conseqüências para as gestantes e os seus fetos, como na situação a seguir descrita extensivamente:

G: Descobri que estava grávida em uma ultra-sonografia, já com 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 dez 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.] (...)

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 – que se encontra em torno da 13ª semana gestacional – foi vítima de um erro. Confiro minha dúvida com Henrique, que concorda comigo achando que ela deveria ter feito um exame de  $\beta$ -HCG, que detectaria mais precocemente a gravidez. 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 tenha expressado abertamente com a gestante. “*Até o momento, não há malformações visíveis, mas não se pode ter certeza de nada.*”] (Clínica A) (Ênfases minhas)

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!*”

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

## APROPRIAÇÕES, FUSÕES E RECONFIGURAÇÕES

---

Embora a proposta da pesquisa fosse de ordem qualitativa, o número de sessões observadas resultou por salientar uma questão de ordem quantitativa. Refiro-me aqui ao fato de que, em que pese a evidente medicalização da gravidez, a imensa maioria das sessões ultra-sonográficas foi de gestações normais,

o que sem sombra de dúvida contribui de modo marcante para a constituição da ultra-sonografia obstétrica como espetáculo, lazer e objeto de consumo. (Em cerca de duzentas ultra-sonografias observadas nas três clínicas, não mais que dez exames revelaram patologias graves ou morte fetal.) Essa transformação do sentido do exame detém um papel importante para que sejam simultaneamente reconfiguradas as percepções sobre a gravidez e o feto, e se articula a outras questões bastante interessantes que transcendem em muito o campo médico obstétrico.

A criatividade com que gestantes, acompanhantes e parceiros se apropriavam e interpretavam as informações médicas a partir das ‘verdades objetivas’ produzidas pela aparelhagem, e a seguir interpretadas pelos profissionais, consiste em um exemplo claro da dinâmica com que se estabelece e se consolida a produção de verdades medicalizantes sobre a gestação e sobre o feto. Longe de ser um processo ‘de cima para baixo’, ou de uma ‘imposição’ da tecnologia sobre as vivências ‘naturais’ da gravidez, o que ocorre no universo etnografado é que, ao atribuir os significados os mais curiosos e inusitados possíveis e imagináveis às imagens esfumaçadas e cinzentas, que se sucedem rapidamente na tela do monitor, os atores – inclusive os médicos, em uma inflexão interessante – subjetivam as manchas e transformam-nas em algo bastante diferente de seu propósito original. A imagem do feto é tomada como equivalente à sua presença ‘em pessoa’, como quando gestantes, acompanhantes e mesmo médicos dirigem-se a ele ‘dando ordens’: “*Faz isso com a gente não, neném!*” ou ‘compartilhando percepções’: “*Também, né, meu filho, tá tão apertado aí, né?*” (Clínica A).

Sem deixar de ser uma tecnologia diagnóstica, ao serem produzidas inúmeras ‘verdades’ não-médicas sobre a gravidez e o feto, a ultra-sonografia fetal torna-se também um elemento de consumo e de diversão. Esse movimento configura o que Jesús Martín-Barbero, discutindo a cultura popular e o processo de comunicação pelo prisma da recepção, conceitua como “resistências” (Martín-Barbero, 2003: 28), enfatizando o lado ativo dos atores pelo *uso* que fazem das mensagens recebidas.

No caso da transformação do ultra-som em ‘espetáculo’, em especial a partir das verdades não-médicas, evidencia-se que essa resistência não significaria exclusivamente – ou necessariamente – uma oposição à ‘hipermedicalização’ da gravidez. Vale ressaltar em primeiro lugar que, no que concerne à medicalização, não se trata de um processo autoritário produzido ‘maquiavelicamente’ pelos médicos, e sim de um movimento complexo no qual é construída uma ‘necessidade’ de monitoramento e vigilância da saúde, instigada em grande parte pela cultura de risco contemporânea, na qual se espera uma gestação “sem

surpresas” (Arney, 1982: 175). Além disso, é importante pontuar que todos os atores envolvidos encontram-se dentro de uma configuração cultural na qual a visualidade e a espetacularidade são preponderantes, o que contribui para que a visualização da imagem do feto seja equiparada pelos presentes à existência dele fora do útero.

A produção do ‘prazer de ver’ as imagens fetais é uma das resultantes de toda essa articulação que, por seu turno, alavanca uma situação de demanda ativa das gestantes para se submeterem ao exame, o que gera um ciclo de realimentação. Constrói-se assim, portanto, uma dinâmica que se torna constitutiva do campo: a apropriação, por assim dizer, lúdica, do exame e a atribuição de significados insólitos partindo dessa tecnologia de imagem e mesmo das verdades médicas resultam em uma instigação ao consumo da ultrasonografia e, conseqüentemente, em um reforço da medicalização que nela se encontra intrínseca.

## NOTAS

---

- 1 O cateterismo cardíaco é outra exceção no universo das tecnologias de imageamento médico, no sentido de que também são produzidos diagnósticos em ‘tempo real’, pelo médico que o realiza. Contudo, no tocante à passividade requerida do paciente, assemelha-se às outras tecnologias. Ver Monteiro (2001).
- 2 Alguns autores, dentre os quais destaca-se Steven Johnson, vêm discutindo a construção do que denominam ‘interfaces’, por meio das quais os sujeitos entram em contato, interagem e significam elementos tecnológicos (Johnson, 2001). Por esse prisma, a imagem ultra-sonográfica pode ser considerada a interface por meio da qual os atores do universo observado vêm reconfigurando diversos aspectos da construção social da gravidez.
- 3 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 à bolsa amniótica e à placenta.
- 4 A ‘viabilidade’ fetal é outra das várias situações ‘híbridas’ encontradas no campo, pois depende em primeiro lugar da idade do feto mas, de modo significativo, também da tecnologia disponível para cuidados com prematuros.
- 5 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.
- 6 Estrutura que se forma no ovário no início da gestação, produtora de progesterona, hormônio que ajuda a manter a gravidez. Depois do terceiro mês a placenta assume essa função hormonal, e o corpo-lúteo desaparece.

- 7 Utilizei aspas para os termos ‘menino’ e ‘menina’ para frisar que trata-se de fetos, antecipadamente considerados pelos atores como crianças já nascidas, ou seja, são meninos e meninas apenas do ponto de vistaêmico.
- 8 Termo eufemístico para designar a retirada de um embrião ou feto anômalo resultante de fertilização assistida. Fala-se sempre em ‘redução’ nesses casos; jamais o termo ‘aborto’ foi mencionado.