

### 3 - Construindo uma etnografia brasileira sobre ultra-som obstétrico

Lilian Krakowski Chazan

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CHAZAN, LK. Construindo uma etnografia brasileira sobre ultra-som obstétrico. In: “*Meio quilo de gente*”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 63-81. 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/).

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CHAZAN, LK. Construindo uma etnografia brasileira sobre ultra-som obstétrico. In: “*Meio quilo de gente*”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 63-81. 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/).

# 3

## Construindo uma Etnografia Brasileira sobre Ultra-Som Obstétrico

---

O foco inicial da pesquisa era a construção social do feto como Pessoa mediada pela tecnologia de ultra-som, produtora de imagens fetais. Uma observação etnográfica consiste em uma aproximação do campo empírico informada por diversas questões teóricas e também pela subjetividade do observador. Ambos os aspectos determinam a observação e os rumos que a investigação toma, e é essencial que estejam expostos. Conforme já foi dito no início do livro, esse foco foi mudando à medida que os estudos teóricos sobre a visualidade e sobre a medicalização da gravidez prosseguiram, bem como por conta de aspectos que emergiram da própria observação. Portanto, a produção de uma etnografia abrange, além dos aspectos descritivos e da análise do material obtido, uma discussão sobre alguns dos elementos que informam e modelam o olhar do observador, ou seja, uma explicitação de como foi obtido o material empírico sobre o qual a etnografia se constitui.

Cabe assim entrar um pouco em algumas questões que dizem respeito à subjetividade necessariamente presente em uma abordagem dessa ordem. Desde o princípio da observação etnográfica surgiram diversas questões envolvendo a identidade profissional da observadora, portanto o primeiro ponto a ser discutido na construção dessa etnografia tornou-se o fato de ser graduada em medicina e buscar um olhar antropológico em ambiente médico. Em nenhuma das investigações anteriores sobre o ultra-som obstétrico existia essa peculiaridade, sendo as pesquisadoras sempre oriundas da área de ciências humanas ou sociais.

Essa ‘dupla’ identidade, por assim dizer, necessariamente configurou o meu olhar e o relacionamento com os atores do universo observado. Por um lado, facilitou os contatos iniciais e a aceitação da pesquisa pelos responsáveis pelas clínicas, por se tratar de uma ‘colega’. Por outro, a familiaridade com o ambiente médico vez por outra dificultava o distanciamento e o estranhamento necessários para uma abordagem etnográfica. O fato de ser psiquiatra e psicanalista também emergiu como uma questão identitária no campo, mas, pelo

prisma do estranhamento antropológico, foi secundária à duplicidade principal de ser médica e de estar realizando uma pesquisa antropológica naquele ambiente.<sup>1</sup>

Para situar de modo preliminar em que contexto se desenvolveram essas questões, tratadas adiante, apresento inicialmente de modo breve o desenho da pesquisa e algumas características das clínicas etnografadas. Vale observar que a contextualização de uma etnografia resulta ser uma via de mão dupla, pois tanto a descrição da pesquisa coloca em perspectiva a subjetividade do pesquisador quanto a discussão sobre esta última serve como grade de leitura para o material etnográfico.

O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo do ano de 2003, em três clínicas privadas, aqui designadas como clínicas A, B e C. Por motivos éticos optou-se por mantê-las também em anonimato, assim como os nomes dos atores. Como dito na apresentação, a princípio eu pretendia comparar a prática do ultra-som obstétrico em um hospital público, um universitário e uma clínica particular. Algum tempo depois de iniciada a observação na primeira clínica, ficou patente a necessidade de mudar o escopo do campo, por perceber que, se seguisse o projeto original, a quantidade de material e o número de variáveis em jogo inviabilizariam a análise, considerando os recursos e o tempo de que eu dispunha. Outros pontos relevantes para a mudança foram a constatação da existência de uma interatividade constitutiva dessa tecnologia de imagem e de um processo de construção de uma cultura visual específica entre os atores do universo observado, temas merecedores de uma investigação mais aprofundada. Derivou daí o fato de o trabalho de campo ter sido redirecionado para a observação de mais duas clínicas privadas que, por motivos de ordem variada, atendiam gestantes de diferentes estratos das camadas médias da população.

Assim, durante nove meses observei exames, buscando compreender de que maneira profissionais, gestantes e acompanhantes lidavam com a ultrasonografia obstétrica, em termos de discursos e práticas. 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 alternadamente, no período de abril a setembro do mesmo ano, e essa estratégia de alternar as observações forneceu elementos interessantes para comparação. Ao todo foram observadas em torno de duzentas ultrasonografias obstétricas, e o tempo total de observação somou cerca de 160 horas.

Durante os exames eu tomava notas e mais tarde construía relatos das situações e dos diálogos ocorridos em cada dia. Como o foco da observação estava nas negociações ocorridas em torno das imagens fetais, optei deliberadamente por não realizar entrevistas com as gestantes. Outro motivo forte da opção envolve a consideração de que, por ser a psicanálise minha área

original de atuação, se me aproximasse de modo mais individualizado dos sujeitos da pesquisa seria difícil me desvencilhar de referenciais por demais familiares e alheios às ciências sociais. As interações entre os atores e diretamente comigo me interessavam mais do que apenas os discursos tomados isoladamente. As conversas com as grávidas e seus acompanhantes restringiam-se em geral à explicação sobre a pesquisa e ao pedido de autorização para observar. Entre um e outro exame ocorriam diversas interações com os profissionais – meus principais informantes – que constituíram o núcleo das reflexões e da discussão, desenvolvidas adiante, sobre a posição de um observador médico buscando uma aproximação etnográfica em ambiente médico.

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, na época, variando entre R\$ 110,00 e R\$ 1.000,00. 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 acima dos 35 anos – ‘idosas’, em termos êmicos – 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*, considerei que a clínica A atendia predominantemente clientes de camadas média e média/alta; a clínica B, camadas média e média/baixa; a clínica C, camadas média/alta e alta. Esta divisão não é rigorosa, já que não me detive em delinear na pesquisa um perfil socioeconômico das gestantes. Estabeleci a classificação tomando por base a observação dos seus trajés, acessórios, eventualmente perfumes, e da sua linguagem. Esses elementos, assim como a localização das clínicas na cidade do Rio de Janeiro, denotavam os diferentes níveis socioeconômicos e de instrução da clientela. A clínica A estava localizada na Zona Oeste, local de moradia de camadas médias em ascensão; a clínica B, na Zona Norte, área de camadas médias 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.

## PRIMEIROS CONTATOS E ENTRADA NO CAMPO

---

Os primeiros contatos ocorreram cerca de um ano antes da entrada efetiva em campo. O primeiro deles foi com dra. Lúcia, da clínica B, indicada por uma ginecologista-obstetra como uma competente especialista em ultrassom obstétrico. Em seguida contatei dr. Henrique, da clínica A, que me foi

recomendado nos mesmos termos por um radiologista, meu conhecido de longa data. Na época, ambos me receberam para conversar após o expediente. Dr. Henrique, diferentemente de sua colega, discorreu longamente sobre a especialidade, contou casos e teceu críticas a certos usos – e, no seu entendimento, abusos – da aplicação do ultra-som à gravidez. Nas duas vezes iniciei a conversa perguntando pela ‘rotina’ do exame na gestação. *A posteriori*, dei-me conta de que já nesses primeiros contatos surgiu uma diferença de atitude que emergiu como padrão ao longo da etnografia, vinculada à questão de relações de gênero no campo: os médicos sempre se mostraram muito mais prolixos do que suas colegas. Para além desse aspecto, as longas explicações e ‘palestras’ informais apontaram para o fato de que meus informantes estavam mais acostumados a serem *eles* os decodificadores de imagens e enunciadores de ‘verdades’ do que objeto de uma observação que permitiria produzir um texto etnográfico *sobre* eles e sobre as verdades produzidas *por* eles.

Cerca de um ano depois desses primeiros contatos, iniciei a observação na clínica A, semanalmente, nela permanecendo por três meses. Nesse período acompanhei em especial dr. Henrique, o preferido pelas gestantes e referência principal desta clínica para os exames obstétricos, embora outros profissionais também os realizassem. Em parte em virtude da dúvida acerca do quanto certas práticas seriam exclusivas dele, por singularidades pessoais, resolvi mudar o escopo da etnografia, como já disse, estendendo a observação para outras clínicas privadas.

O contato com dr. Sílvio, dono da clínica C, ocorreu por intermédio de dr. Henrique, algum tempo após o início do trabalho de campo. Como o contato com a clínica B já havia sido estabelecido, a rigor foi a obtenção dessa permissão para observar a clínica C que emprestou à etnografia seu contorno definitivo. Ao telefone, ele aceitou que eu acompanhasse exames em sua clínica, pois dr. Henrique lhe teria dito que eu “*só assistia e tomava notas*”; nesse contato, fez ainda questão de me dizer que foi “*o primeiro a fazer ultra-som no Rio de Janeiro*” e pediu que trouxesse um jaleco. Na primeira vez que fui à clínica, para que ele assinasse o projeto da pesquisa,<sup>2</sup> ele me recebeu em trajes de centro cirúrgico e me reconheceu de reuniões da qual participara muitos anos antes com alguns psicanalistas. Conversamos sobre a pesquisa e, sabedor de que eu observaria a clínica A, 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 conotando ‘aqui você vai ver como é que se faz de verdade, para valer’. Na despedida, indicou-me às atendentes, dizendo-lhes que eu freqüentaria a clínica. Muito receptivo, satisfeito em mostrar sua clínica e seu renome profissional, de modo análogo às

explicações científicas já mencionadas, esse conjunto de atitudes denotou um outro modo de delimitação e reafirmação de posição dentro das relações de poder no campo. A noção veiculada por ele, de que *ali* eu teria acesso à ‘coisa certa’, de um ponto de vista de protocolos científicos, sugeria uma tentativa de direcionar meu olhar para um campo no qual *ele* seria o detentor de conhecimentos e de uma posição privilegiados – como médico, dono da clínica e precursor da especialidade no Rio de Janeiro.

## AS CLÍNICAS

---

Alguns detalhes da decoração das três clínicas, assim como os espaços de circulação e das salas de exames, eram significativamente diferentes e remetiam claramente ao nível socioeconômico da clientela atendida. Em termos do nível de especialização e proficiência dos profissionais, as três clínicas se equivaliam e, do ponto de vista técnico, eram igualmente bem conceituadas entre ginecologistas e obstetras. A descrição extensa e detalhada das clínicas que se segue visa contextualizar a observação e, também, mantê-la “abert[a] à interpretação acadêmica (e à reapropriação pelos nativos)”, como apontaram Codere & Hymes nesse tipo de abordagem (Clifford, 1998: 239).

Os donos das clínicas B e C foram os primeiros profissionais que se estabeleceram na área de ultra-som no Rio de Janeiro. O dono da clínica A investe pesadamente na aquisição de equipamentos de última geração em diversas tecnologias de imagem médica e representaria, por assim dizer, o ‘futuro’ em termos de diagnóstico por imagem no Rio de Janeiro. De certo modo, sua credibilidade repousa parcialmente neste aspecto, em contraste com a autoridade mais calcada no peso da ‘tradição’, das clínicas B e C. A preocupação em estarem atualizadas, com a compra de equipamentos cada vez mais sofisticados, é comum nas três unidades, que investem grandes somas neste sentido. A clínica B é uma filial modesta de uma grande clínica de ultra-som, em cuja matriz – localizada na Zona Sul da cidade – estão os equipamentos mais modernos.

A clínica A, denominada ‘A’-mulher, conforme explicitado no nome destinava-se exclusivamente à clientela feminina: realizava ultra-som ginecológico e obstétrico, mamografias e densitometrias ósseas, sendo um setor destacado de uma clínica de imagem. Na época em que foi desenvolvida a etnografia, encontrava-se em um grande *shopping*, na mesma área das lojas, e a fachada da clínica era facilmente confundida com as outras: envidraçada, com portas de vidro com o logotipo pintado.<sup>3</sup> A sala de espera era ampla e na entrada havia um aparelho para retirada de senhas, ordenando o atendimento. À esquerda da

entrada, existia uma bancada com três computadores e recepcionistas com crachás, uniformizadas. Atrás delas, em um grande nicho na parede, viam-se máquinas eletrônicas de cobrança de cartões de crédito. O chão era de granito polido e as cadeiras em série, fixadas ao chão, totalizavam cerca de trinta lugares. Havia uma TV de vinte polegadas permanentemente ligada e revistas de ‘celebridades’, como *Caras*, *Quem*, *Ricos e Famosos* e congêneres, em mesinhas de canto.

Duas das paredes dessa sala eram envidraçadas, permitindo que se observasse o movimento dos corredores do *shopping* e vice-versa, como se os que aguardassem atendimento estivessem dentro de uma vitrine. O conjunto todo evidenciava os cuidados de um decorador, criando um ambiente asséptico e impessoal que tanto poderia ser uma recepção de banco como de companhia aérea: não havia nenhuma indicação evidente de que se tratasse de uma clínica para exames. Mesmo o logotipo da clínica, lembrando uma marca de grife, não podia ser imediatamente associado a nenhum símbolo indicativo de atividade médica. Passando-se a porta de vidro que separava a sala de espera da área de exames, havia dois corredores paralelos. No da esquerda estavam a sala do aparelho de ultra-som 3D de última geração e as duas seguintes, com aparelhos mais antigos, além de uma quarta sala onde eram realizados exames de densitometria óssea. Em frente às portas das salas existiam dois banheiros e uma fileira de quatro vestiários pequenos; no final deste corredor encontrava-se a sala de laudos, bastante acanhada, se comparada com os outros espaços da clínica.

A ‘assepsia’ da decoração era coerente com as idéias *high-tech* e de cientificidade que se constituíam como valores centrais para os profissionais dessa clínica. A distribuição dos espaços suscitava algumas questões relativas à privacidade oferecida para a troca de roupa das gestantes, e a exigüidade e o relativo desconforto da sala de laudos remetiam a um certo grau de desvalorização dos profissionais, tema que mais tarde surgiu na reclamação de uma das médicas, à guisa de ‘cooptação’ e de cumplicidade comigo.

A clínica B situava-se em um prédio comercial modesto na Zona Norte do Rio. A sala de espera era pequena, com uma TV de dez polegadas, sempre ligada, de cor e imagem instáveis. Na parede encontravam-se pendurados quadrinhos reproduzindo aquarelas com paisagens de Paris. Na bancada da recepção havia um computador e uma atendente. Atrás dela existiam máquinas manuais para emissão de boletos de cartão de crédito, diversas pastas e, na parede, um cartaz: “*Vendemos fitas de VHS*”. Os bancos eram em alvenaria, com encosto pregado na parede; em um canto havia revistas de ‘generalidades’, como *Veja*, *IstoÉ*, *Casa Cláudia*. Ao entrar na clínica, à direita, estava a porta de acesso para um pequeno corredor que levava às salas de exames e à sala de



laudos, que era ampla e preenchia diversas funções: nela, profissionais e atendentes faziam refeições, preparavam os laudos, agendavam exames, discutiam casos com outros médicos pelo telefone, trocavam de roupa e fofocavam. Por acaso, só havia mulheres nessa clínica durante o período em que realizei a observação.

A multiplicidade de funções dessa sala, permitindo uma razoável mistura de atividades, era coerente com o aspecto mais marcante dessa clínica: a inexistência de qualquer tipo de isolamento acústico entre os diferentes compartimentos, provocando uma confusão de sons análoga à mistura de atividades da sala de laudos, apesar do cartaz ali afixado solicitando que se falasse baixo. Essa situação se devia ao modo como os espaços da área de exames haviam sido distribuídos: parece ter sido originalmente um único recinto que foi subdividido *n* vezes, com divisórias de eucatex, às vezes de modo oblíquo; excetuando a sala de laudos, todos os outros espaços eram exíguos, fechados com portas sanfonadas. Das duas portas de madeira – a da sala de laudos e a do corredor dos exames –, uma estava despencando.

O consultório tinha relativo conforto, mas era muito mais modesto do que a clínica A, correspondendo ao padrão socioeconômico da clientela, bem abaixo do da primeira. A aparelhagem tinha, à época, mais de cinco anos de fabricação, o que, traduzido em termos nativos, claramente significava ‘ultrapassados’, ou quase. A inexistência de isolamento acústico produzia uma situação de praticamente total falta de privacidade, a não ser que se sussurrasse todo o tempo. A ausência de um espaço bem delimitado para as gestantes trocarem de roupa apontava para a mesma questão. Estas características, associadas à decoração modesta da sala de espera e ao tempo destinado a cada exame, produziam a impressão de que ali havia um atendimento ‘de massa’.

A clínica C estava localizada em um prédio comercial de alto luxo e só atendia clientes particulares; logo na entrada havia uma placa indicando que a clínica de ultra-som estava vinculada a uma de reprodução assistida. Entrava-se por um longo corredor com grandes quadros da fotógrafa Anne Geddes, com fotos características de bebês gordinhos, ‘fofos’, trajados de flor, abelhinhas e congêneres, e desembocava-se em um balcão perpendicular ao corredor, com alguns computadores e atendentes. Para a direita e para a esquerda da recepção se enfileiravam pequenos compartimentos separados por vidros, como ‘minissalas’ de espera, cada uma com capacidade para quatro pessoas sentadas, com bancos de alvenaria estofados e revistas ‘materno-infantis’, como *Seu filho e Você*, *Pais e Filhos* e outras que tais. A parede oposta à entrada de cada ‘casulo’ era envidraçada, com uma vista absolutamente deslumbrante da paisagem à volta. Neles, o teto era rebaixado, as paredes pintadas de cor salmão

até oitenta centímetros do chão e, daí até o teto, amarelo-claro. O estofamento misturava essas cores. Havia uma certa saturação visual no ambiente; possivelmente o intuito original era torná-lo ‘alegre’ e ‘aconchegante’. Tal como na clínica A, também aí percebia-se o ‘dedo’ de um decorador, embora de gosto – a meu ver – um tanto duvidoso. Para a direita, o corredor dos ‘casulos’ desembocava no das salas de ultra-som, uma de cada lado, ambas muito amplas e confortáveis e com aparelhagem de última geração. Na menor delas chamava a atenção, afixado à parede, um grande quadro imantado contendo cerca de uma centena de fotos de bebês, das mais variadas idades, muitos gêmeos e trigêmeos, em uma evidente referência ao vínculo com a clínica de reprodução assistida. Apenas um bebê era negro.<sup>4</sup> No final desse corredor encontravam-se dois grandes toaletes e a pequena sala da administração. O ambiente geral evidenciava os dois valores centrais que norteavam as atividades ali desenvolvidas: tratamento *VIP* privativo, ‘personalizado’, ‘aconchegante’, e tecnologia de ponta – tanto a de imagem quanto a relativa a novas tecnologias reprodutivas.

O aspecto principal que saltava aos olhos na comparação da ‘coreografia’ e da arquitetura das três clínicas consistia na movimentação dos atores e na distribuição de espaços que propiciavam o direito à privacidade. O conjunto ‘coreografia-cenografia’ sugeria como que um ‘gradiente’ decrescente cujo ponto máximo seria a clínica C, com suas salas de espera individuais, e o ponto mínimo a clínica B, sem isolamento acústico algum. A clínica A, neste particular, ocuparia uma posição mediana. Esse ‘direito à privacidade’ também era evidenciado pelo espaço destinado à troca de roupa das gestantes: na clínica C, nos dois grandes toaletes 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 já estava sendo esperada pelo profissional. Na clínica A havia os pequenos vestiários individuais nos quais as gestantes deveriam permanecer até serem chamadas pela atendente; dirigiam-se então para as salas de exame, onde aguardavam a chegada do médico. Na clínica B existia um pequeno nicho sem porta dentro de uma das salas, no qual a gestante poderia se trocar, e tudo acontecia ao mesmo tempo, sendo comum a médica e eu entrarmos e a gestante estar ainda se despindo e colocando o avental, teoricamente descartável. (‘Teoricamente’, porque havia ali apenas *um* avental pendurado, de material descartável.) O mesmo ‘gradiente’ – C, A e B – ocorria no tocante ao grau de sofisticação da aparelhagem e ao tempo disponibilizado para cada exame.

Outra diferença observada entre as três clínicas dizia respeito à relação hierárquica entre profissionais, pacientes e observadora. Nas clínicas A e C, as gestantes costumavam dirigir-se aos profissionais e a mim utilizando ‘você’.

Na clínica B, o termo em geral utilizado era ‘senhora’. Contudo, considerando o universo etnografado como um todo, é possível afirmar que as similaridades entre diversos comportamentos dos atores – médicos, médicas, gestantes e acompanhantes – eram maiores do que as diferenças. Essas semelhanças, expostas adiante no material etnográfico, evidenciaram a existência da construção e da cristalização, em curso, de uma cultura compartilhada no tocante à gravidez, do ponto de vista tanto da medicalização quanto da visualidade. Essa cultura compartilhada, sua construção, manejo e, sobretudo, seus significados tornaram-se, assim, um dos focos mais importantes deste estudo.

## REFLEXÕES SOBRE A SUBJETIVIDADE E A POSIÇÃO DO ETNÓGRAFO EM AMBIENTE MÉDICO<sup>5</sup>

---

Antes de prosseguir com a apresentação do material empírico, é necessário aprofundar e elaborar algumas questões que atravessaram toda a produção da etnografia, algumas desde o início do trabalho de campo. O pressuposto básico reside em que a presença e a subjetividade do observador em campo são obrigatoriamente parte integrante da observação, assim como da escrita etnográfica. Por esse motivo, é essencial discutir esses elementos para que os chamados ‘dados’ etnográficos sejam ‘lidos’ em conjunto com o contexto de sua elaboração. O primeiro ponto que se apresentava dizia respeito à minha inserção no campo, do ponto de vista da formação profissional. Como ocorre em qualquer processo de pesquisa, ao longo do tempo que permaneci nas clínicas, as indagações foram mudando à medida que construía uma identidade como pesquisadora.

Começando pelo problema que inicialmente me ocupou, o de buscar um olhar antropológico em ambiente médico sendo graduada em medicina, existem ainda outras particularidades relativas ao estranhamento necessário à análise do material. Pelo fato de meu pai ser médico, radiologista, as imagens radiográficas e uma noção, mesmo que incipiente, de ‘transparência’ do corpo humano estiveram presentes em minha vida desde muito cedo, fazendo parte da construção do meu olhar em termos de cultura visual. Anos depois, cursei medicina, o que resultou por produzir dois níveis distintos de familiaridade com o universo etnografado: o primeiro, quase intrínseco, relacionado à construção cultural do corpo e do meu olhar, e um segundo, vinculado ao conhecimento da medicina. O fato de ser psiquiatra e psicanalista com relativa frequência foi alvo de comentários e motivo de determinadas reações de meus informantes.

Contudo, esta identidade profissional, mais especializada, pareceu-me secundária no contexto da duplicidade entre as identidades como médica e como etnógrafa. No decorrer da pós-graduação voltei-me para a investigação de aspectos relacionados à visualidade, ao uso de tecnologias visuais em medicina com a conseqüente ‘transparência’ do corpo, e à própria medicina. A proximidade com aspectos constitutivos do campo que me propunha a observar de um ponto de vista antropológico era, assim, um grande desafio, em termos de “disciplinar o olhar, manter a distância” (Latour & Woolgar, 1997: 27).

Meu primeiro ‘aliado’ na possibilidade de manter alguma distância residia na quase total incapacidade – desde os tempos de graduanda do curso médico – em decodificar as imagens sobre as quais meus informantes trabalhavam e com as quais interagiam cotidianamente. Segundo 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 (...) uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los. (DaMatta, 1978: 28) (Ênfases originais)

O primeiro passo, portanto, ao abordar meu campo de pesquisa consistia em transformar o que me era bastante familiar 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.<sup>6</sup> 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 concretos aos mais abstratos. Do ponto de vista prático, a ‘iniciação’ prévia na medicina, além de propiciar contatos pessoais entre os especialistas em imagem, facilitou a minha aceitação e a entrada no campo.<sup>7</sup> Os médicos pareciam me ver como ‘nativa’, pois mesmo informando-os que me propunha a uma investigação antropológica, freqüentemente empenhavam-se em me fornecer explicações de cunho especializado, ‘de colega para colega’.

Em um plano mais abstrato, essa atitude ‘didática’ deles resultou em uma espécie de aprendizado paralelo, à minha revelia, tendo como fruto a modificação efetiva na minha [in]capacidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas que eram exibidas na tela do monitor. Aos poucos, involuntariamente, as imagens tornaram-se mais familiares para mim, e tal mudança passava a obscurecer a estranheza do fato de como diferentes manchas cinzentas eram ‘subjetivadas’

pelos atores. De início, a situação me preocupou, pois a incapacidade em compreender as imagens era a minha principal ferramenta para obter o distanciamento de que necessitava. À medida que prosseguiu o trabalho, contudo, percebi que o fato de conseguir, mesmo que precariamente, entender sozinha o que estava sendo visto na tela permitia-me acompanhar em ‘tempo real’ o que estava sendo decodificado pelo médico e, assim, passar a focar a atenção nas estratégias discursivas ou visuais do operador para, por exemplo, dar ou evitar fornecer más notícias à gestante. Monteiro refere experiência semelhante: ao se familiarizar com as imagens de cateterismo sobre as quais seus sujeitos de pesquisa trabalhavam cotidianamente, tornou-se mais rápida nas anotações e passou a focar a atenção em outros aspectos das interações entre os atores (Monteiro, 2001).

Em alguns momentos, eu percebia estar demasiado interessada em questões médicas em si e que precisava disciplinar essa curiosidade: afastando a medicina como foco de interesse, abria a possibilidade de observar as situações de um ponto de vista antropológico. Duas atividades eram o principal modo de retomar a distância: o ato de tomar notas durante as observações e a posterior construção dos relatos. Essa última, em especial, me permitia resgatar o foco da observação. A oscilação entre duas identidades profissionais foi constante e constitutiva do trabalho, como não poderia deixar de ser. Em várias ocasiões, utilizei-me conscientemente da familiaridade com o discurso médico e da minha curiosidade genuína sobre temas da medicina como estratégia para estabelecer um contato menos formal e – por que não dizer – menos persecutório para os profissionais. Esse comportamento era bem recebido pelos meus informantes e reduzia eventuais inquietações sobre “*o que você tanto anota?*” no meu caderno de notas.<sup>8</sup> Usava um fichário de tamanho mínimo, repondo folhas após cada dia de observação, porque a capa dura oferecia apoio para que eu tomasse notas – o que em geral acontecia de pé, durante os exames – e também porque isto permitia que as folhas com os registros diários fossem arquivadas separadamente.

Conforme assinala Geertz (1984), um aspecto essencial necessariamente presente em uma etnografia repousa na interpretação do que está sendo focalizado. Para tal, é necessário conhecer-se e entender os elementos que se apresentam, decodificando seus significados para o grupo em questão. Nesse sentido, estar familiarizada com a cultura médica e com o jargão corrente entre os profissionais foi facilitador para a elaboração da etnografia e poupou um tempo precioso de aprendizagem da ‘língua nativa’. Foi como se eu ‘pulsasse’ uma etapa de iniciação na cultura do universo etnografado. Esta se deu, em um segundo momento, por meio do treinamento involuntário do meu olhar. De acordo

com Becker & Geer, erros de interpretação sobre o teor do material fornecido pelos informantes estão calcados no fato de que “freqüentemente não entendemos o que não estamos entendendo e assim ficamos propensos a cometer erros ao interpretar o que nos é dito” (Becker & Geer, 1978: 77). Sentia-me segura de estar entendendo meus informantes por seu próprio ponto de vista, sendo este o lado positivo de ter uma formação médica buscando uma visão antropológica naquele ambiente. Em contrapartida, era um fator problemático por dificultar o estranhamento necessário à elaboração da etnografia.

Na clínica A, acompanhando dr. Henrique, fui sempre introduzida nas sessões ultra-sonográficas de modo muito informal. Nas clínicas B e C, por ter sido pedido que usasse jaleco para observar os exames, considerei necessário explicitar para as gestantes o que fazia na sala, anotando. A partir desse ponto, passei sempre a conversar brevemente com as gestantes na sala de espera, tanto da clínica C quanto da B, sobre o que estava pesquisando. Pedia-lhes autorização para acompanhar o exame e explicava o que significava o tomar notas; lamentei não ter tomado essa atitude na clínica A.

O aspecto digno de reparo foi que, em geral, as gestantes se surpreendiam com o meu pedido de permissão para assistir ao exame. Apenas uma vez a gestante recusou, mesmo assim pedindo muitas desculpas e alegando encontrar-se em um momento delicado. Exceto ela, nenhuma grávida pareceu considerar a minha presença como invasão de privacidade, provavelmente por o exame conter de modo intrínseco uma ‘naturalidade’ de expor suas entranhas. Essa naturalização evidenciava-se também na não-percepção, pelos médicos, da minha presença como possivelmente invasiva para as gestantes, fato que interpretei como reflexo de sua atividade cotidiana: devassar o interior dos corpos.

Na clínica A, desde o início notei que os profissionais se sentiam mais desconfortáveis com minha presença, na sala de ultra-som e na de laudos – entre os exames –, do que as gestantes. Durante as sessões ultra-sonográficas esse desconforto era expresso de modo muito sutil, perceptível por meio de demasiadas explicações científicas supostamente fornecidas à gestante, mas evidentemente dirigidas a mim, pois observei que à medida que o tempo passou elas diminuíram, denotando que seu exagero estava vinculado à ‘novidade’ da presença de uma observadora. Na sala de laudos, o desconforto se manifestava sempre sob a forma de brincadeiras, diretas ou indiretas. Pelo fato de haver longos intervalos entre os exames, meu convívio com os profissionais dessa clínica foi mais prolongado do que nas outras duas. Estes mantinham entre si um relacionamento muito bem-humorado, sendo comum haver troças, piadas e gozações recíprocas, nas quais fui logo incluída. Assim como o descrito por Geertz em Bali, também ali “ser çaoado [era] ser aceito” (Geertz, 1989: 282).

Conjugando estes três aspectos – contato mais prolongado, explicações e brincadeiras –, fica claro por que há mais exemplos interpretados por mim como desconforto advindos desse grupo.

As manifestações diretas de mal-estar pela minha presença consistiam em dizerem rindo, no meio de uma conversa: “*Th! Cuidado com o que ela vai pensar da gente! Um bando de malucos!*” Nesses momentos, eu entendia que estava sendo vista efetivamente como alguém de fora do grupo, embora fosse um tanto vago em qual categoria me inseriam, se psicanalista ou antropóloga – assim como qual das duas percepções provocava maior desconforto neles. Essa noção um tanto confusa sobre o que eu estava fazendo lá também surgia sob a forma de colaboração, como:

Logo que chego, dr. Henrique me cumprimenta 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!*” Dra. Ana entra na sala e comenta: “*Puxa! Um exame (...), o pai deu um berro, eu até saí para ver (...)! Você tinha que estar aí! P’ro teu trabalho...*” (Clínica A)

Por vezes surgiram manifestações indiretas de inequívoco caráter persecutório:

Sentada em um canto, ocupada tomando notas, presencio uma conversa sobre um panetone que dr. Henrique dera para dra. Priscila e que ficara na prateleira de uma semana para a outra porque esta não o levava consigo. O médico diz, brincando, que vai pegar de volta e alguém ri: “*Panetone? Isso não é panetone coisa nenhuma! Isso é uma câmera escondida!*” [Risadas gerais.] Ele completa no mesmo tom gaiato: “*Mas isso é antiético! Tinha que ter aquele cartaz ‘Sorria, você está sendo filmado!’ Vou processar...*” Continuo anotando, agora o episódio. (Clínica A)

Na clínica A, acompanhava em especial dr. Henrique, embora observasse, por vezes, outras médicas. Percebi que elas eram mais silenciosas durante a realização dos exames, e me perguntei acerca da possibilidade de ele estar se exibindo para mim.<sup>9</sup> Ao longo do tempo, comparando as atitudes de médicos e médicas nas clínicas B e C, consolidou-se a impressão de que, para além das peculiaridades pessoais, havia uma questão de gênero atravessando o campo. Via de regra, as profissionais mantinham atitudes aparentemente mais relaxadas, menos tensas, e exibiam menos ‘conhecimentos científicos’ durante os exames do que seus pares masculinos, embora depois tivessem se confessado

tensas com a minha presença. Já os médicos declararam o oposto: “*Eu até gosto!*”, disse-me um deles, embora minha impressão fosse justamente contrária. Pelo prisma das relações de gênero, os médicos pareciam apelar para os conhecimentos científicos para demarcar uma posição de poder. Por exemplo, na clínica C, durante os exames ocorria um tipo de conversa entre dr. Sílvio, gestante e acompanhantes em torno de questões médicas que evidenciava a preocupação dele com o fato de que o exame se constituísse mais como procedimento científico do que como ‘evento social’ – um dos fantasmas temidos e depreciados pelos profissionais da área. Na prática, contudo, não deixava de ser um evento social, apenas revestido do que designei, para meu uso, de uma ‘medicalidade explícita’. Refiro-me assim a um tipo de explanação fornecido às gestantes em tom solene, professoral, um discurso rebuscado com muitos termos científicos, no qual, mesmo familiarizada com os termos do campo, me perdia. Pergunto-me se as gestantes e acompanhantes entendiam e se tranquilizavam com elas. A rigor, pareceu-me que essa atividade era sobretudo ‘exibição de conhecimentos’ para todos os presentes na sala, eu incluída, e funcionava como reassuramento principalmente para o próprio médico.

Na clínica A, as gestantes pareciam não atentar para a minha presença. Apenas algumas vezes percebi que me observavam de esguelha enquanto tomava notas, vestida ‘a paisana’, e só eventualmente perguntavam o que eu estava estudando. Um aspecto a ressaltar é que, no universo observado, as imagens ultra-sonográficas exercem um poder quase ‘hipnótico’, sendo difícil para todos despregar os olhos da tela do monitor do aparelho ou da TV a ele conectada (existente nas clínicas A e C). As imagens polarizavam o olhar de todos os presentes na sala de exame. No início do trabalho de campo, por diversas vezes dei-me conta do quanto era difícil desviar a atenção do monitor, sendo necessário me disciplinar para não ser ‘cooptada’ pela cultura nativa, magnetizada pelas imagens, e conseguir focalizar a observação nos discursos, interações e negociações que ocorriam incessantemente. Assim, parecia-me que, para as gestantes, o fato de eu estar na sala tinha um caráter secundário.

Contudo, um dia, nessa clínica, em uma situação tensa com uma possível patologia, percebi que o fato de eu me encontrar ali poderia acrescentar apreensão para a grávida, por eu ser visivelmente mais velha que dr. Henrique e de ter sido apresentada por ele como “doutora *Lilian*”. Naquela circunstância a minha presença podia estar significando para ela algo como uma ‘segunda opinião médica’, ‘mais abalizada’ sobre o assunto do que a dele. Ao perceber isso, sempre que se evidenciava alguma ocorrência similar eu parava de tomar notas e dava a entender, implícita ou explicitamente, que minha observação não se vinculava a motivos ‘médicos’. Nas clínicas B e C, em que, vestindo jaleco, passei a explicar



a pesquisa e a pedir autorização às gestantes para assistir ao exame, ou seja, ao me posicionar explicitamente como etnógrafa, tal situação nunca existiu. Ainda assim, em momentos de tensão – com a descoberta eventual de patologias fetais, por exemplo –, em respeito à grávida deixava as notas para depois, pois parecia-me uma atitude inadequada em tais situações prosseguir imperturbável fazendo anotações como se nada de mais estivesse acontecendo.<sup>10</sup>

Um último fator evidente de interferência no campo foi o minifichário de notas. Inicialmente tomava notas ao chegar em casa, mas diante da variedade e da quantidade de informações, assim como da rapidez com que as situações se sucediam, a partir do terceiro dia de observação na clínica A optei por mudar o método. Senti que a única saída era tomar notas no ‘local da ação’, sob pena de empobrecer muito a etnografia. Nas três clínicas, meu fichário minúsculo foi sempre uma fonte inesgotável de curiosidade, comentários e gozações por parte de médicos, médicas e atendentes. As reações variavam desde perguntas ‘ameaçadoras’ em tom brincalhão do tipo “*O que você tanto escreve aí? Vou querer ver...*” até a mais recorrente de todas: “*O que você vai fazer com essas anotações? Dá mesmo pra extrair alguma coisa daí?*” Eu costumava responder que fazia relatos reconstituindo o que tinha visto e que esperava sinceramente poder ‘extrair alguma coisa daí’. De algum modo meus informantes captavam um problema central de qualquer etnografia: a transformação das notas de campo em um texto etnográfico.

A perturbação provocada pela minha atividade de anotar pode ser compreendida como sendo resultado da explicitação do que eu estava fazendo ali. Estar quieta observando era uma coisa, anotar o que se passava era outra. As anotações por assim dizer ‘encorporavam’ a atividade etnográfica e a intrusão. Os profissionais mantinham uma atitude ambígua em relação a este último aspecto em particular, pois apesar do evidente incômodo provocado pela minha atividade de registro, diversas vezes fui inquirida por eles por que não filmava ou usava gravador. Possivelmente o uso de um dispositivo de registro mecânico, para eles, habituados à tecnologia, seria mais familiar, mais ‘neutro’, ‘objetivo’ e menos incômodo. Para mim, contudo, o sentido de invasão contido no uso de um dispositivo mecânico era exatamente o oposto.

Organizei os relatórios de observação no computador de maneira modular, divididos entre as observações das sessões ultra-sonográficas, uma a uma, e um diário de campo à parte, adotando a prática de, por uma vez, na observação seguinte, trazer para o(a) observado(a) a cópia do relato de um dos exames. Todos eles ficavam muito satisfeitos com esse procedimento e muitos se surpreendiam: “*Nossa! Como você vê tanta coisa acontecendo!*”; ou então: “*A gente fica só ali procurando imagens, nem repara nisso tudo que você viu.*”

Um dia, dr. Sílvio pediu-me o relato de certo exame que fora particularmente difícil, pois pretendia discutir a situação com a equipe, o que me possibilitou retribuir a acolhida que estava recebendo. O pedido do médico – a quem eu já havia fornecido a narrativa de uma sessão, anteriormente – validou que parte da “difícilíssima transformação” (Pratt, 1986: 32) do trabalho de campo – mediado pelas notas – em etnografia formal encontrava-se em curso. Percebi então que estava sendo vista como alguém que trazia um outro olhar de alguma ‘utilidade’ para os profissionais, ao lhes propiciar a possibilidade de desenvolver uma reflexão sobre sua própria prática. Vale observar que ‘ter utilidade’ é um atributo bastante valorizado no campo médico em geral, e meus informantes não escapavam à regra. Atividades ‘apenas’ reflexivas e analíticas – como, por exemplo, a observação etnográfica – eram bem menos respeitadas e, eventualmente, sutilmente depreciadas por eles.

As relações de poder estabelecidas no campo tinham um caráter dinâmico e cambiante. Dependendo do momento e da situação, mudava o ator ‘detentor’ do poder, havendo áreas, por assim dizer, de concentração deste. O profissional que realizava o exame era quem o concentrava na maior parte do tempo, em razão de estar investido do poder médico, mas principalmente por ser quem tinha o olhar treinado para decodificar e traduzir as imagens do monitor. Contudo, não apenas muitas vezes as gestantes ‘aprendiam’ a ver, decodificando sozinhas o que estava sendo exibido na tela, como, a partir do momento em que certas estruturas do feto eram identificadas e explicadas pelos médicos, preenchendo de significado as sensações maternas, as grávidas eram ‘empoderadas’ (*empowered*) e se sentiam de alguma forma ‘mais donas’ de seus fetos. Além desse aspecto, com frequência as gestantes ou acompanhantes solicitavam que fosse exibida 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: as razões de mercado aí se impunham. Em conjunto com isso, tal situação parecia sofrer algum tipo de abalo quando eu me encontrava na sala, pois, analogamente aos ultra-sonografistas, de modo implícito dispunha-me a *também* decodificar algo que ali se passava, ‘ver’ nos gestos, imagens, interações e falas algo que não era visível de imediato. Isso pode explicar em parte o desconforto deles com minha presença.

Diferentemente do relatado na literatura antropológica estrangeira sobre o tema, na qual comumente as gestantes declaravam sentir-se devassadas e submetidas pelo poder médico, no grupo etnografado essas relações fluíam de modo harmônico. É possível que nesse universo o poder médico tenha sido de tal modo ‘naturalizado’ no tocante à gestação que os profissionais de ultrassom, ‘permitindo’ às gestantes ‘ver’ seus fetos e, desse modo, ‘se apropriarem’

deles, passaram a ser vistos como ‘aliados’ das mulheres, mais do que seus próprios obstetras. Conforme relatou dr. Henrique: “*Já houve paciente que me disse: ‘meu médico é você, que me mostra o neném... o obstetra só mede, me pesa, e mais nada...’*” (Clínica A).

O contexto mais amplo da medicalização da gravidez e o conseqüente devassamento do corpo feminino podem explicar, em alguma medida, o espanto e a pronta anuência das gestantes diante da minha solicitação 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 estivesse na clínica. O fato de me apresentar como médica, realizando uma pesquisa antropológica, e de ser mulher, com idade para ser mãe da maioria delas, possivelmente contribuía para essa aquiescência imediata. Porém, o aspecto que de fato me pareceu inusitado foi menos a pronta aceitação do que o *espanto* manifestado por boa parte das grávidas quando eu fazia tal pedido.

O aspecto certamente incômodo e possivelmente persecutório da minha presença pode ser atribuído a um velado desafio à posição hierárquica do especialista: em vez de estar presente na sala apenas *um* profissional detentor de conhecimentos esotéricos, havia uma observadora, com conhecimentos outros, fora da área médica, além do mais anotando coisas em um misterioso fichário, sabia-se lá para quê.

Notei pouco a pouco que dispunha de várias identidades e, sobretudo, 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. Gradativamente fui ficando à vontade para transitar entre as várias identidades no campo, o que 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 relato de um exame. Em algumas ocasiões, fui requisitada informalmente para consultas sobre questões pessoais e dramas familiares dos profissionais.

Embora relutante de início, à medida que o trabalho prosseguia fiquei gradualmente mais relaxada quanto a esse aspecto e foi possível deixar os câmbios de identidade fluírem. Tenho certeza de que essa flexibilidade permitiu que meus informantes adquirissem confiança e me fornecessem um material precioso de pesquisa. Como ocorre nas relações que se aprofundam ao longo do tempo, a interação com os profissionais foi multifacetada, e ao mesmo tempo que em determinadas ocasiões percebi neles sentimentos persecutórios, em outras revelou-se uma confiança – evidenciada parte pelo teor de certas revelações, parte pela surpresa e a leve decepção manifestadas sempre que eu

reiterava que os todos os nomes, inclusive das clínicas, seriam mantidos em sigilo – que me surpreendeu.

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 marcante para obter uma visão dinâmica do universo pesquisado. Mesmo buscando todo o tempo manter um ponto de vista antropológico, seria ingênuo supor que a formação prévia, especialmente em medicina, não tenha interferido e desempenhado algum papel. Delinear de que modo essa formação esteve presente no decorrer do trabalho de campo e na elaboração do texto etnográfico resulta em construir simultaneamente um pano de fundo para situar o material produzido.

A apresentação do material etnográfico, a seguir, obedeceu à lógica de agrupá-lo distribuído em capítulos cujos títulos correspondem a rubricas relativas aos aspectos mais recorrentes no campo, como já mencionei. As rubricas revelam implicitamente, portanto, determinadas escolhas teóricas intrínsecas e presentes na interpretação do material, cuja origem reside em parte nos aspectos subjetivos explorados acima. Em se tratando aqui de uma abordagem antropológica interpretativa (Geertz, 1984), evidentemente existem diversas outras possibilidades de entendimento do mesmo material, e não se teve nem de longe a pretensão – vã – de esgotá-las.

## NOTAS

---

- 1 Existe uma produção brasileira recente de etnografias em ambiente médico (Bonet, 2003; Gonçalves, 2001; Luna, 2004; Menezes, 2000, 2004a, 2004b; Monteiro, 2001; Rojo, 2001). Menezes, em especial, dialoga de perto com o presente livro. Decorrente do fato de termos formação similar, Menezes enfrentou algumas questões muito semelhantes às aqui abordadas. Rojo, em contraste, destaca o fato de “na maior parte do tempo não me [sentir] estudando meu próprio grupo” (Rojo, 2001: 18).
- 2 Nas três clínicas apresentei o projeto para ser assinado pelo responsável, sendo a seguir submetido ao comitê de ética (CEP) do IMS/Uerj, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Após essa aprovação, eu iniciava as observações.
- 3 Algum tempo após o término da observação, houve a mudança dessa clínica para outro local.
- 4 Sobre questões de racialização e etnia vinculadas às novas tecnologias reprodutivas, ver Costa (2003).
- 5 Este tópico é uma versão condensada do artigo “Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico” (Chazan, 2006).
- 6 Sobre o exótico e o familiar, ver também o texto clássico de Velho (1978).

- 7 Sobre as dificuldades iniciais de um pesquisador não-médico em ambiente médico, ver Rojo (2001). Em contraste, Rosana Monteiro assinala a facilidade com que foi aceita em Albany, NY (Monteiro, 2001). O que parece ocorrer é que, dependendo do campo a ser etnografado, mesmo para o observador com formação médica, o acesso pode ser bastante dificultado. Ver Menezes (2004a).
- 8 Nas vinhetas do campo, usei termos simplesmente destacados sempre que a ênfase era do autor da fala, e quando são de minha autoria encontram-se assinaladas. Editei o mínimo possível o material, como disse na Apresentação, visando preservar ao máximo a vivacidade e a espontaneidade das falas dos atores. Os parênteses (...) correspondem a edições do material; entre colchetes [ ] estão indicações de ações ou comentários meus.
- 9 A questão em foco consiste na exibição de conhecimentos médicos ‘para a colega’. Menezes comenta aspectos similares em suas duas etnografias (Menezes, 2000, 2004a).
- 10 Menezes descreve o mesmo tipo de experiência (2004a). Nessas circunstâncias, surge para o pesquisador uma sensação de desconforto por estar presente ali nessa condição, concretizada pelo ato de anotar. Parar de tomar notas teria o significado de, diante de questões literalmente de vida ou morte, colocar em segundo plano, temporariamente, uma questão comparativamente ‘menor’ – a sua própria pesquisa. É impossível avaliar o quanto a formação médica – minha e a de Menezes – modela essa escala de valores, mas ela certamente tem um peso considerável.