

4 - No escurinho da sala de exames

negociações em torno das imagens fetais

Lilian Krakowski Chazan

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CHAZAN, LK. No escurinho da sala de exames: negociações em torno das imagens fetais. In: “*Meio quilo de gente*”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 83-113. 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/).

4

No Escuro da Sala de Exames: negociações em torno das imagens fetais

Diferentemente de outras tecnologias de imageamento médico, o ultrassom detém a particularidade de permitir a interação entre o profissional e o cliente, como foi sinalizado na Apresentação. No Brasil, esses exames são sempre realizados por médicos, em contraste com os países nos quais há técnicos especializados para a função. Descrevendo de modo sintético, em um exame desse tipo é o ultra-sonografista quem decide quais estruturas deve focalizar e em quais deve se concentrar à medida que o exame transcorre. Como já vimos, nos termos do próprio campo, trata-se de uma tecnologia ‘operador-dependente’. No caso do ultra-som obstétrico, contudo, a situação é bastante singular, e essa interação adquire características que transcendem em muito o aspecto exclusivamente médico do exame.

Além disso, há transdutores diferentes para cada tipo de exame dependendo da via escolhida para obtenção das imagens – pélvica ou transvaginal –, o que, por sua vez, depende da idade gestacional (IG).¹ Conforme explicou-me um informante, uma sonda transvaginal emite sons de alta frequência, com baixa penetração na matéria, sendo adequada para a obtenção a curta distância de imagens de objetos pequenos. O exame transvaginal permite, por exemplo, uma boa visualização dos ovários. Na gravidez, é realizado até a 14ª semana gestacional, após a qual o feto já está crescido demais para que se obtenham boas imagens por essa via.

A interatividade existente nessa prática é o aspecto formal que articula uma boa parte dos conteúdos do que é produzido como significado pelos atores presentes, que serão objeto dos capítulos subseqüentes. Essa separação entre o aspecto formal e os conteúdos produzidos é bastante artificial; lanço mão dela apenas visando estabelecer uma discriminação analítica para o material do campo. Como não poderia deixar de ser, há diversas superposições nos temas recorrentes que emergiram ao longo da observação. Observei e busquei sistematizar a negociação que ocorre durante sessões de ultra-sonografia obstétrica,

envolvendo o(a) ultra-sonografista, a gestante e eventuais acompanhantes, especialmente em torno das imagens e, eventualmente, dos sons produzidos pela aparelhagem de ultra-som.

Focalizando a atividade dos profissionais, a interatividade propiciada pela sessão de ultra-som coloca em evidência a inerente tensão entre a objetividade e a subjetividade envolvidas nesse tipo de exame, assunto ao qual retornarei no próximo capítulo. Há em geral uma fronteira relativamente marcada entre as duas vertentes, embora se torne, por vezes, pouco nítida. Os profissionais transitam entre os dois pólos durante todo o tempo da sessão ultra-sonográfica. A ‘objetividade’ estaria representada, em primeiro lugar, pela existência concreta de um embrião ou feto; e pela tecnologia e sua manipulação pelo profissional, proporcionando dados ‘precisos’, ‘técnicos’, sobre os estados de saúde fetal e materno. A ‘subjetividade’ estaria operando em três níveis, qualitativamente diferentes, que se alternam ou coexistem de modo dinâmico.

O primeiro nível seria o da decodificação e o da interpretação, em termos médicos e técnicos, das sombras cinzentas que aparecem na tela do monitor. O segundo nível estaria vinculado a perturbações na rotina do exame motivadas pelos aspectos emocionais mobilizados pela interação gestante-médico no decorrer da sessão ultra-sonográfica. Por fim, o terceiro nível, no qual a subjetividade do profissional se faz presente, consistiria na atribuição de significados e na conseqüente subjetivação das imagens fetais, calcadas necessariamente nas crenças e nos valores dos médicos que executam o exame. Neste nível, gestantes e acompanhantes participam de modo especialmente ativo.

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

Na clínica A, as ultra-sonografias obstétricas eram realizadas em sua maioria pelo dr. Henrique. Comparando sua atuação com a de outros profissionais dessa clínica, ficou claro que ele conseguia explorar ao máximo as diversas possibilidades oferecidas pelo aparelho em termos de usos da imagem fetal. Na clínica B, uma médica realizava predominantemente os exames ultra-sonográficos gerais, outra atuava nos gerais e obstétricos e a dra. Lúcia – foco principal da observação – só fazia exames obstétricos, por uma opção pessoal. Na clínica C, que não oferecia ultra-som geral, todos os médicos realizavam

ultra-sonografias ginecológicas e obstétricas. Acompanhei ali o dr. Sílvio na maior parte do tempo, embora em algumas ocasiões tenha observado duas outras médicas. Verifiquei que, em geral, ao lado de uma rotina de realização das ultra-sonografias, havia grande maleabilidade de manuseio dos operadores, além de diversas variações possíveis em relação a um protocolo de exame que, embora não fosse rígido, era diferente em cada clínica. No *site* da Sociedade Brasileira de Ultra-Som, até a data de encerramento da pesquisa constava no *link* “Resoluções e normas” o aviso “Breve estarão disponíveis”, indicando que até aquele momento a prática de exames encontrava-se relativamente pouco normatizada – ao menos do ponto de vista institucional.

Estabeleci uma distinção entre algumas atuações e estratégias dos profissionais, separando-as em duas categorias. O fato de ser uma tecnologia que permite uma enorme gama de atitudes idiossincráticas impede que se estabeleçam grandes generalizações. Entretanto, percebi certas recorrências passíveis de sistematização, mesmo dentro de uma relativa diversidade de ambientes e meios tecnológicos. Essas categorizações teriam um sentido análogo ao dos tipos ideais weberianos, motivo pelo qual, em primeiro lugar, não podem ser tomados como modalidades estanques ou estáticas e, principalmente, têm como objetivo propiciar a análise de um material bastante denso e multifacetado. Esta explanação torna auto-explicativa, portanto, a existência de interseções e superposições do material do campo. Assim, uma mesma situação pôde ser compreendida por vários ângulos e, portanto, aparece em distintos capítulos.

O primeiro conjunto de atuações corresponderia ao que denominei ‘respostas genéricas’ dos médicos durante a realização do exame. O segundo seriam ‘respostas específicas’ a situações singulares. Não pretendo afirmar que exista uma uniformidade ou homogeneidade nas atuações de todos os profissionais observados; porém, cada médico tinha uma abordagem própria, relativamente constante, que era modificada quando se evidenciavam singularidades na situação diante da qual se encontravam.

Chamei de ‘respostas genéricas’ um tipo de ação que à primeira vista não parecia estar vinculada a uma demanda evidente e que dava a impressão de ser uma prática ‘espontânea’ ou ‘ativa’ do médico em relação à gestante. Contudo, optei pelo uso do termo ‘resposta’ para evidenciar que, a rigor, a ‘espontaneidade’ ou a ‘atividade’ correspondem a uma demanda subjacente que, embora presente, não é necessariamente explicitada durante o exame. Esse tipo de demanda implícita é parte do que designei como a ‘cultura do ultra-som’: um conjunto de suposições e expectativas de grávidas e acompanhantes, fortemente baseado nas e estimulado pelas informações veiculadas principalmente pela mídia, calcado na possibilidade de visualização das imagens fetais;

em outros termos, um modo ‘visual’ de vivenciar a gravidez, que assim simultaneamente se constitui também como espetáculo. Em suma, as respostas ‘genéricas’ seriam como que uma reação intrínseca dos profissionais a essa ‘cultura de ultra-som’ já constituída que, de modo dialético, produziria novos elementos, reforçando-a ou mesmo reconfigurando-a.

Já as ‘respostas específicas’ correspondiam a determinadas atuações do profissional conectadas com situações singulares ocorridas durante os exames, que podiam se apresentar de modo mais ou menos sutil, demandas e angústias mais ou menos explicitadas. Assim, interpretei algumas ações dos profissionais claramente como ‘reações’, com uma conotação menos ‘espontânea’ do que as primeiras. Elas denotavam, sobretudo, a existência de uma ‘sintonia fina’ dos profissionais com demandas subjetivas das gestantes e dos acompanhantes, ou com algumas circunstâncias do ambiente da sala. Nesse caso, a reação podia surgir de modo não-intencional e, freqüentemente, indesejado, como esquecer de registrar determinados parâmetros em virtude de muita conversa e confusão provocada pelos acompanhantes na sala de exames, por exemplo.

Os dois tipos de resposta – genérica e específica – sempre envolviam conversas e exibição de determinadas imagens do feto. Para dar uma noção de como aconteciam essas respostas, segue-se um cenário da atividade do médico durante a sessão ultra-sonográfica.

ASPECTOS RELEVANTES DA ROTINA DO EXAME:

‘PILOTANDO’ OS APARELHOS

Os profissionais das clínicas etnografadas eram remunerados por ‘produtividade’ – em outros termos, quanto menor o tempo gasto em cada exame, maior o ganho financeiro do profissional. Esse arranjo coloca em evidência a importância do significado de tudo que se passa durante o exame para além do diagnóstico médico ultra-sonográfico estrito. Na clínica A, os exames duravam em média de vinte a trinta minutos; na clínica B, entre dez e 15 minutos e na C, variavam de quarenta minutos a uma hora, com o tempo multiplicado se fossem gravidezes gemelares. No caso de tri ou quadrigêmeos, o exame era desdobrado, sendo realizado em dois dias diferentes, para não cansar demasiadamente a gestante e o médico.

As salas das três clínicas permanecem na penumbra durante o exame. O manejo da aparelhagem, tanto a mais simples quanto a mais sofisticada,

exige uma razoável capacidade de coordenação de diversas atividades simultâneas – motoras e cognitivas –, bastante distintas. O profissional ‘piloto’ com a mão esquerda o aparelho, que ocupa um espaço significativo da sala de exames e parece um painel de cabine de avião, com numerosos comandos e botões luminosos. Com a mão direita, o médico maneja o transdutor (ou sonda) sobre o abdômen ou dentro da vagina da gestante. À sua frente está sempre um dos monitores nos quais são exibidas as imagens capturadas pela sonda.² Além disso, deve decodificar o que vê no monitor, proceder a medições e escrever sobre a imagem que surge na tela os nomes das estruturas identificadas, o que faz digitando em um teclado ou pressionando alguns comandos. Com base nessas medições, a aparelhagem calcula automaticamente diversos parâmetros, tais como peso e altura fetais, frequência cardíaca fetal e materna, fluxo sanguíneo fetal intracerebral, idade gestacional etc.

No exame de *doppler*, por exemplo, é necessário fazer um traçado sobre uma imagem na tela delineando a curva que representa a pulsação do cordão umbilical e artéria cerebral média do feto ou das artérias uterinas da gestante, o que é executado com a mão esquerda, usando um *mouse* embutido na máquina.³ É necessário para o profissional, portanto, ao mesmo tempo capturar imagens, decodificar o que está vendo no monitor e identificar as estruturas que são evidenciadas na tela. Em seguida, deve buscar eventuais aspectos morfológicos ou fisiológicos que indiquem patologias. Considerando todas essas ações em conjunto, os pontos que de imediato mais chamaram a atenção foram – ao lado da notável capacidade para desenvolver tantas atividades em paralelo – o quanto de conversa ocorria em cada sessão, além da paciência dos profissionais e da parcela de tempo disponibilizada para a atividade de ‘mostrar o bebê’ para a gestante e os acompanhantes dos mais variados tipos: filhos, parceiros, avós, amigos, parentes.

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

‘Mostrar o neném (ou bebê)’ – uma expressão êmica – parecia ser uma rotina nas três clínicas, mas o modo como cada profissional desempenhava a função variava. Na clínica B, a dra. Lúcia costumava inicialmente avaliar os parâmetros diagnósticos em silêncio para, em seguida, de um modo informal e por vezes muito engraçado, apontar com o dedo na tela do monitor algumas imagens do feto para a gestante. Despendia cerca de três minutos assim, encerrando a seguir o exame. Dr. Sílvio, na clínica C, avaliava em silêncio, demoradamente, os diversos parâmetros fetais para depois comunicá-los aos

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

Percebi existirem basicamente quatro tipos ou modos de uso da atividade de ‘mostrar o neném’, com objetivos distintos, mas que por vezes se superpunham, conforme ilustram as vinhetas. Tomados em seu conjunto, esses usos parecem ser responsáveis pela construção de consensos entre os atores que resultam em uma valorização acentuada da prática do ultra-som na gravidez.

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

G: Rá!... Fica difícil... [ver].

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

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

Dr. Henrique: Olha... fica *aqui* a cabeça! [Aponta o lábio fetal para G, ampliando a imagem.] Ampliei para ver se não tem defeito no lábio.

G: *Só o senhor* pra ver um lábio aí...

Dr. Henrique: [Mostra para P.] Tem que usar a imaginação...

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

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

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

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

P: Os documentos dele...

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

Já o dr. Sílvio, na clínica C, mesmo com clientes leigos usava freqüentemente jargão médico para ‘mostrar o bebê’, revestindo suas explicações de um caráter mais científico – e, em certas ocasiões, psicologizado – do que o observado com os outros profissionais. Além de ‘mostrar o bebê’, era comum explicar como era obtida a imagem. Mais raramente também utilizava comparações didáticas:

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

Dr. Sílvio: [Explicando ao casal a tecnologia 3D.] O problema do 3D é que não fica bonito porque vem da imagem 2D, e não existe isso de mostrar o bebê completo, porque nunca se conseguem todos os pontos (...). Isso é física. Quando vê em três dimensões, na verdade a imagem é apenas virtual... (Clínica C)

A segunda utilização do ‘mostrar o neném’ tinha como objetivo a tranquilização da gestante e/ou dos acompanhantes, mesmo sem que fosse expressada alguma preocupação. As expressões “*Tá tudo ótimo, nota dez pr’esse neném*”, “*Tá jóia*” ou “*Tá tudo bem*” eram uma constante quando

não havia patologia fetal, ocorrendo diversas vezes durante um mesmo exame. Outros fragmentos:

Avó: [Para o dr. Henrique.] Ela estava muito nervosa...

Dr. Henrique: [Mostra.] Olha a mãozinha... tá *tudo* o.k.

G: Sabe que eu tava nervosa?

Dr. Henrique: Mas eu *disse* que tá *tudo* bem...

G: [Reflexiva.] Como pode... a tecnologia... (Clínica A)

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

Os médicos tinham noção clara da importância da palavra, assim como das atitudes que tranquilizavam as gestantes. Dr. Sílvio comentou uma vez:

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

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

Dr. Henrique dedicava-se de modo especial a fim de obter o efeito de admiração e apreciação da gestante, despendendo um tempo razoável até conseguir a reação desejada. Diversas vezes tive a impressão de que, sem essa reação da gestante, o exame não estava completo para o médico. A satisfação com a imagem repercutia como se fosse uma admiração pelo próprio profissional: observei que ele redobrava esforços para obter uma ‘boa incidência’ quando a gestante manifestava desagrado diante das imagens de seu feto – que, diga-se de

passagem, muitas vezes apresentavam um aspecto estranho ou mesmo macabro.⁴ Dr. Sílvio não parecia se abalar especialmente com esta questão, reconhecendo explicitamente a bizarrice e o impacto causados por determinadas imagens:

G: [Nitidamente incomodada diante de uma imagem bem estranha.] Essa foto de baixo é a cara dele toda amassada?

Dr. Sílvio: Não... são as estruturas que estão na frente...

G: Prefiro nem ver essa foto!

Dr. Sílvio: É... eu só guardo quando consigo fotos boas. Eu aborto quando a imagem ‘tá ruim... senão, em vez de ajudar, atrapalha.../

G: [Murmurando] /...pesadelo... /

Dr. Sílvio: /...tem colega que acha tudo bonitinho... (Clínica C)

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

G: Tá toda amassada!

Dr. Henrique: Você já viu quando nasce? É todo amassado mesmo! Tá sem espaço. (...) [Surge na tela a imagem do rosto, de perfil.]

P: [Murmura, rindo, para G.] Nariz feio... teu pai...

Dr. Henrique: Vocês *têm* que achar bonitinha... senão, quem vai achar?... (Clínica A)

Dr. Henrique: Olha que bonitinho...

G: Não acho, não... Narigão! (Clínica A)

Ao sairmos deste exame, o dr. Henrique comentou comigo: “*Ela achou o feto feio! É raro... sempre acham bonito*”. (Clínica A)

Outra situação em que o ‘achar bonito’ desempenhava um papel relevante no desenrolar da sessão ocorria quando a gestante e/ou o parceiro se entusiasmavam com as imagens ou com a tecnologia e o dr. Henrique detinha-se mais tempo do que o usual ‘mostrando o neném’, passando para imagem 3D sem ter sido solicitado e sem cobrar, por exemplo. Sublinhe-se que na clínica A,

assim como na B, o 3D deveria ser pago à parte, pois nenhum convênio cobria tal custo. O aparelho de 3D da clínica B ficava na matriz situada na Zona Sul da cidade, e se as gestantes desejassem esse exame deviam se dirigir para lá. Em contraste, na clínica C, o 3D estava implicitamente incluído, sendo feito sempre que as condições técnicas o permitissem. Na época da observação nessa clínica, havia apenas um aparelho que realizava 3D; depois desse período, chegou mais um 3D, que fora adquirido quando eu ainda estava lá.

Dr. Sílvio era particularmente sensível aos elogios de clientes à tecnologia de sua clínica, e, às vezes, ‘mostrar o bebê’ era mesclado com comentários acerca do progresso tecnológico ou, em casos de clientes que já haviam tido gestações anteriores acompanhadas por ele, por comparações entre o que era possível no passado e na atualidade.

Dr. Sílvio: [Para G.] Os equipamentos melhoraram (...). [Faz comparações entre imagens obtidas com os primeiros aparelhos e atualmente.] Hoje tecnicamente se estuda o feto, e para a mãe é mais compreensível e menos virtual... na época que seu filho estiver vendo seu neto... fico vendo meus filhos... *eu* só tenho umas poucas fotos de quando era criança. Eles... é muito importante porque faz parte da nossa vida... (Clínica C)

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

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

G: Bonitinho... (Clínica B)

O quarto tipo de atividade, altamente valorizado por gestantes e acompanhantes, e freqüentemente instigado pelos profissionais, consistia na determinação do sexo fetal. Este é um momento-chave no processo de transformação do feto em Pessoa. Além de ganhar um prenome, que o identifica, tanto gestantes e parceiros quanto médicos – agora com subsídios ‘reais’ – prosseguem animadamente com um tipo de atividade discursiva envolvendo a construção de gênero do feto, modelada por noções circulantes no senso comum. A rigor, com muita freqüência essa atividade existe desde o início da gestação, bem antes da determinação visual do sexo fetal. Independentemente da solicitação das gestantes, o pressuposto nas três clínicas parecia ser o da existência de curiosidade pela determinação do sexo fetal.

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

Dr. Sílvio: Já sabe o sexo? Tá com 12 semanas?

P: Diz que só com quatro meses...

Dr. Sílvio: Não gosto de fazer para dizer o sexo... e comprar enxoval... com quatro meses vê o piruzinho ou a baratinha... o diabo é *ter que acreditar* no que o médico diz... Nessa época [12 semanas] é *broto genital*... vamos lá... (...) Tá vendo pulando? É a artéria ilíaca... [mostra com o cursor] aqui o bebê ao comprido... (...) Estou achando que tem um pinto aqui... (...) Olha o pintinho... aí, ó! [Para G.] Seu bilhete já foi corrido... (Clínica C)

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

G: É menino?

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

A questão a sublinhar neste ponto é o fato de que o ‘mostrar o neném’ não se vincula diretamente a questões diagnósticas, sugerindo estar em jogo no universo etnografado o desenvolvimento e o cultivo de uma cultura visual específica. Esta, ao mesmo tempo que reforça o *status* de autoridade científica que a imagem técnica e seus especialistas detêm, pretende estreitar os laços afetivos da gestante com seu feto. Um dos subprodutos dessa questão é também a construção da Pessoa fetal, por meio de estratégias discursivas e também com narrativas visuais.

RESPOSTAS ‘ESPECÍFICAS’ OU INTERAGINDO (TAMBÉM) COM IMAGENS

Ao lado da atividade aparentemente ‘espontânea’ dos profissionais, observei um tipo de atuação que passei a designar como ‘respostas específicas’: as que ocorriam em circunstâncias nas quais o profissional era afetado de modo patente pelo que acontecia na sala, tendo como resultado interferências variadas

na rotina do exame. Pareciam ocorrer como reação a tensões no ambiente, geralmente relacionadas a algum diagnóstico adverso – potencial ou já existente –, a brigas entre o casal, a demandas diretas advindas de gestantes ou acompanhantes muito angustiados, ou ao tumulto causado pela ingerência destes últimos no exame. As atuações dos médicos iam desde manipulações das imagens fetais – que se tornavam nesse momento muito mais um meio para produzir determinados efeitos do que um fim em si – até o esquecimento eventual da medição de algum parâmetro.

Curiosamente, durante o exame, nos casos em que havia patologia fetal ou problemas circulatórios maternos prejudicando o desenvolvimento do feto, a imagem em si da anomalia ficava em segundo plano. Os profissionais registravam a imagem para anexar ao laudo que seria recebido pelo obstetra, mas não se detinham por muito tempo explicando ou mostrando-a para a grávida. Quando solicitados, não se furtavam a exibi-las, mas nunca o faziam como uma atividade de iniciativa própria. Portanto, a questão da anomalia, quando presente, surgia na cena mais em termos discursivos do que como imagens. Não sei até que ponto as estratégias de manipulação da imagem eram deliberadas. Possivelmente em alguns momentos sim, e em outros ocorriam como uma resposta não-consciente dos profissionais. Apenas uma vez observei deliberada evitação do médico em exibir uma anomalia fetal, o que será discutido em detalhes adiante.

O tumulto na sala de exames ocorria quando havia muitos acompanhantes ou estes eram exageradamente ansiosos, e consistia em barulho excessivo, perguntas ou demandas muito insistentes – situação que a maioria dos ultrasonografistas desgostava abertamente, quando em conversas entre si. Notei que os profissionais lidavam com mais paciência com a ansiedade das gestantes do que com a dos acompanhantes. Embora o dr. Henrique fosse bastante tolerante neste particular, em comparação com outros médicos, a confusão provocada pelos acompanhantes podia levá-lo a ficar irritado ou a se esquecer de avaliar parâmetros necessários para o estabelecimento da biometria e da idade fetais. Dra. Lúcia não se abalava muito com essas interferências, lidando com elas de modo bem-humorado, embora em alguns momentos aparentemente tenham sido responsáveis por alguns esquecimentos. Dr. Sílvio, por sua atitude em geral bastante solene – embora afável –, involuntariamente coibia manifestações muito explícitas tanto de ansiedade quanto de alegria. Além deste aspecto, sua clientela, predominantemente de elite, parecia também ser menos afeita a grandes demonstrações de emoções. Contudo, por estender-se amiúde em explicações que visivelmente dispersavam sua atenção, por vezes esquecia-se de registrar determinados parâmetros – sistematicamente cobrados pelas atendentes nos intervalos entre os exames.

MANIPULAÇÕES DA IMAGEM

A falta de reação das gestantes às imagens eventualmente incomodava o profissional, e algumas de suas atuações pareciam estar vinculadas a este aspecto. Aparentemente os médicos e médicas não gostam que o exame seja recebido com indiferença pela clientela, o que é evidenciado pelos diversos recursos mobilizados, no que chamei de ‘estratégias para obter impacto’. Havia duas, em especial: a utilização de expedientes tecnológicos, e imagens e informações envolvendo a determinação do sexo fetal. Esta é possível ser feita sem margem de erro, por um profissional proficiente, em torno da 16ª semana de gravidez. Nos exames entre a 12ª e a 14ª semanas, a margem de acerto varia, dependendo da versão de cada profissional, de 70% a 94%.

As mudanças no tipo de imagem exibida – de 2D para 3D – foram as estratégias observadas mais frequentemente utilizadas pelo dr. Henrique quando buscava impressionar gestantes e/ou acompanhantes apáticos e, possivelmente, no início da pesquisa, também a observadora. As imagens 2D permitem visibilizar o interior do corpo do feto, em cortes bidimensionais, em diversas gradações de cinza que produzem uma impressão visual de transparência. As imagens em 3D são produzidas por computação gráfica a partir dos cortes ultra-sonográficos em 2D. Com a tecnologia 3D obtêm-se imagens da superfície do corpo fetal e, em geral, adota-se a coloração sépia para melhor efeito de contraste. De vez em quando esse médico, a título de brincadeira, produzia interferências na imagem 3D mudando a tonalidade de fundo para azul, em caso de fetos masculinos, ou para rosa, com os femininos. Outra interferência consistia em ‘recortar’ ou ‘girar’ a imagem 3D, utilizando recursos de computação gráfica, para destacar algum aspecto específico ou ‘melhorá-la’, tornando-a mais inteligível para os clientes.

Vale ainda explicar que, por peculiaridades técnicas, para se obter uma imagem 3D nítida, considerada ‘boa’, não pode existir nenhum obstáculo opaco entre a estrutura a ser visibilizada e a sonda do aparelho: por exemplo, se o cordão umbilical estiver diante da face do feto, é impossível obter uma ‘boa foto’: no universo etnografado, as imagens ultra-sonográficas são sempre referidas pelos atores como ‘fotos’. Em termos práticos, isto significa que a obtenção de imagens 3D que agradem à clientela não é exatamente uma tarefa fácil. Para se obter a imagem 2D este problema não ocorre e, assim, o procedimento inverso, passar a imagem para 2D, era uma estratégia utilizada em última instância, quando os esforços de obtenção do 3D mostravam-se infrutíferos. Estes implicavam tentar fazer o feto mudar de posição balançando a sonda sobre o abdômen da gestante ou fazendo-a deitar de lado. As gestantes aceitavam ou mesmo sugeriam as manobras no afã de obterem a tão desejada ‘fotografia’ 3D.

G: Eu fiz um outro 3D e fiquei decepcionada...

Dr. Henrique: Tinha muita coisa na frente, às vezes o 2D fica melhor do que o 3D. (...) [Busca uma incidência favorável.]

G: [Percebendo que o médico encontra dificuldades para atender ao seu desejo.] Ele mexe tanto, mas não pára na posição que a gente quer... (...) Em 2D parece mais nítido!... (...) [Decepcionada, mas aparentemente se conformando.] Vam' ver se na próxima... (...) Na próxima.../

P: [Atalhando, sarcástico.] /...na próxima... você vai ver o perfil dele ao vivo! [Denota irritação com a insistência de G em obter a imagem 3D.] (Clínica A)

Dra. Lúcia não parecia ser afetada pela passividade das gestantes diante das imagens, e o dr. Sílvio eventualmente se incomodava, mas não lançava mão de nenhum recurso extra de imagem com o intuito de contorná-la.

A informação sobre o sexo fetal dificilmente era recebida de modo indiferente. Assim, em algumas situações foi possível observar que, diante da apatia da gestante, a informação sobre o sexo fetal era objeto de um jogo bem-humorado, uma espécie de suspense provocado pelo profissional, instigando a gestante e/ou o acompanhante sobre as possibilidades e desejos existentes. O suspense em torno da revelação do sexo fetal era gerado por um tipo de *timing* para fornecer a informação, e geralmente provocava reações:

Dr. Henrique espalha o gel, passa diversas imagens e fixa o perfil. Mostra para G, que diz para P: “Mira...” P olha a tela sem reação, distraído, dr. Henrique dirige-se a ele, mostrando a imagem: “*The profile*”, obtendo dele um meio sorriso: “*Oh... yeah....*” (...) O médico escreve ‘John’ ao lado da imagem 3D da genitália e, nesse momento, P ri. (Clínica A)

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

ESTRATÉGIAS VISUAIS PARA CONTORNAR TENSÃO OU ANGÚSTIA: A TRANQUILIZAÇÃO PELA IMAGEM

No exame morfológico, no qual se avaliavam estruturas anatômicas fetais, realizado entre a 20^a e a 24^a semanas gestacionais, quando exames prévios indicavam a probabilidade de (ou já haviam evidenciado) existirem malformações,

notei que os ultra-sonografistas se mostravam especialmente cautelosos. Costumavam nesses casos intercalar a busca de imagens da anomalia com outras – como as do sexo fetal, do perfil, da mão, do pé ou de outras estruturas anatômicas normais do feto –, como forma evidente de distensionar o ambiente. Em geral, obtinham sucesso, conseguindo um sorriso da gestante. Em tais situações, os profissionais buscavam tranquilizar grávidas na medida do possível; embora não costumassem escamotear as informações, era evidente a preocupação em não gerar alarme. As imagens, que não a da anomalia, eram portanto apenas um dos recursos utilizados para contornar a angústia presente na sessão. O impacto causado pelas imagens e a possibilidade de utilizá-lo são bem conhecidos pelos profissionais: “*As pacientes entram de mau humor, mostra-se o rosto do feto e muda logo o humor... ficam todas sorridentes*” (médica, clínica A).

Em conjunto com a exibição de determinadas imagens, havia algumas estratégias discursivas, que variavam conforme o médico. Dr. Henrique explicava detalhadamente, de modo bastante acessível, o que via. Dr. Sílvio, como de hábito, era bastante formal, às vezes solene, e tendia para explicações de teor científico. Dra. Lúcia tecia comentários surpreendentes, impregnados por seu peculiar senso de humor.

G: Eu tô com citomegalovírus.⁵

Dra. Lúcia: O resultado deu quanto?

G: [Desanimada.] Indeterminado. Tamos esperando... (...) [O clima é tenso, G é médica, está ciente da gravidade do problema.]

Dra. Lúcia: Tudo certinho. [Fixa duas imagens, marca ‘placenta’ e ‘abdome’.] Ver quanto está pesando... Meio quilo. Certinho, 500 g. *Meio quilo de gente!* [Risos. Surge a face do feto na tela do monitor.] Aqui a cara dela! Ó, mexendo a boca! (Clínica B)

Dr. Henrique, em relação aos outros profissionais observados, era quem lidava com menos dificuldade no que dizia respeito a informar a existência de patologias às gestantes no decorrer do próprio exame. Fazia-o delicadamente, porém sem maiores rodeios. Em seguida, telefonava e comunicava os achados diretamente aos obstetras. Contudo, a estratégia de exibição de partes ‘normais’ do feto durante a sessão ultra-sonográfica, nitidamente visando distensionar o ambiente, era semelhante à de seus colegas.

ATENDIMENTO A DEMANDAS DIRETAS

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

No Brasil, onde desde 1992 o ultra-som é designado como um ‘ato médico’, os médicos acumulam ambas as funções, cabendo-lhes em tempo real medir parâmetros, estabelecer ou sugerir diagnósticos e também ‘mostrar o neném’ para as gestantes, como vimos. O discurso contrário ao consumo de imagem ultra-sonográfica era uma constante entre esses profissionais, quando longe da clientela. Embora do ponto de vista discursivo se mostrassem críticos diante das demandas de ‘tirar uma foto 3D’ do feto ou quando uma mesma gestante fizesse repetidos exames sem haver um motivo ‘médico’ para tal, como prática corrente nas três clínicas as solicitações eram atendidas pelos profissionais sem que denotassem desagrado.

Associado à credibilidade técnica perante os obstetras, o atendimento das demandas da clientela é um fator essencial para a conquista e a ampliação do mercado de ultra-som obstétrico. Era freqüente haver queixas de gestantes referentes ao fato de que “*o médico [ou médica] entrou mudo e saiu calado*”, mesmo que eles fossem profissionais de reconhecida competência técnica. Sintetizando em outros termos, os obstetras indicam as clínicas baseados na credibilidade técnico-científica, mas as gestantes optam por continuar fazendo exames nelas ou com um determinado médico calcadas na sociabilidade existente durante o exame. Nesse ponto, parece estar em jogo uma dualidade em torno do eixo competência-cuidado presente na prática médica:

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

O ESQUECIMENTO DA MEDIÇÃO DE PARÂMETROS

Algumas vezes foram observadas situações nas quais a subjetividade do operador se sobrepunha ou interferia em sua atuação para além do aspecto, também subjetivo, ligado à decodificação das imagens. Eventualmente os médicos se esqueciam de verificar ou registrar determinados parâmetros durante

os exames. Essa situação era temida pelos profissionais por motivos óbvios, uma vez que havia (e há) uma preocupação explícita de cada clínica como instituição e de cada profissional em particular em manterem um alto padrão técnico e em não serem ‘meramente comerciais’. Tais esquecimentos evidenciavam momentos nos quais se esfumavam as fronteiras entre a objetividade e a subjetividade presentes na sessão de ultra-som obstétrico.

Na clínica A, a possibilidade de esquecer de medir parâmetros foi um dos motivos alegados pela maior parte dos profissionais para não gostarem de realizar exames obstétricos, em especial quando havia acompanhantes presentes, motivo pelo qual o dr. Henrique – o que menos parecia se abalar com confusão – encarregava-se da maioria deles. Para além das características pessoais, idiossincráticas, observei que a formação de origem dos ultrasonografistas – diagnóstico por imagem ou ginecologia/obstetrícia – desempenhava um papel importante no manejo da clientela. Não por acaso, dr. Henrique, o “*queridinho das gestantes*” (atendente, clínica A), havia sido obstetra antes de se dedicar à ultra-sonografia. Os exames das outras tecnologias de imagem, tais como raios X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, PET-*scan*, são sempre realizados por técnicos, e os especialistas em imagem (antigamente designados ‘radiologistas’) apenas analisam as imagens obtidas, fornecendo então os laudos. Portanto, na grande maioria das vezes não mantêm contato direto com os clientes, um aspecto que tem importância na escolha da especialidade e que é, portanto, indicativo de um certo perfil desses profissionais: em geral, não são muito afeitos a esse tipo de contato. O comentário de uma dessas profissionais é ilustrativo:

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

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

Em virtude da freqüência com que as gestantes vinham para o exame acompanhadas por mais de uma pessoa, a rigor chamava a atenção a concentração do dr. Henrique e o quanto era raro haver esquecimentos. Contudo, ele não estava totalmente imune:

[Além da gestante, há dois meninos e uma senhora na sala. (...) Os meninos estão visivelmente excitados com o exame, mexem-se e falam sem parar e são irresistivelmente engraçados. (...) Dr. Henrique explica as imagens para G, tentando dialogar no meio da algazarra.] (...)

G: E o peso?

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

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

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

Dr. Sílvio costumava estender-se em longas explicações sobre medicina ou a própria tecnologia, o que de quando em vez parecia interferir em sua concentração. Em diversas ocasiões tive também a impressão de que a minha presença na sala era um forte fator de dispersão. Invariavelmente era cobrado pelas atendedoras, e em algumas das vezes em que estive presente pude ‘socorrê-lo’ por ter anotado os dados no meu caderno de campo ou por ter gravado o exame na fita de videocassete que costumava trazer comigo, na qual registrava os exames quando as gestantes me permitiam.

A atendente vem cobrar algumas imagens registradas que deveriam estar anexadas ao exame morfológico, recém-terminado. Dr. Sílvio esqueceu também de fornecer uma das medidas cefálicas, o diâmetro occipito-frontal. Fica meio desconcertado, mas a situação se soluciona com cálculos matemáticos, nos quais me envolvo, participando da

montagem de uma equação. Suponho que minha presença perturbou o seu desempenho, pois o exame foi muito prolongado e não havia nenhum fator de tensão relacionado à gestação. (Clínica C)

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

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

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

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

FORMAÇÃO DE UMA CLIENTELA: CREDIBILIDADE E INTERATIVIDADE

No Rio de Janeiro existem cerca de quinhentas clínicas que oferecem ultra-som obstétrico.⁶ Nesse contexto, torna-se auto-explicativa a importância de formação, manutenção e expansão de clientela, essencial para a sobrevivência das clínicas.

A formação de clientela baseia-se fundamentalmente em dois aspectos: o primeiro consiste na credibilidade técnica das clínicas entre os obstetras que encaminham as clientes para exames. Dentro das clínicas existe ainda a diferenciação entre os profissionais, alguns dos quais tornam-se referências como

ultra-sonografistas em obstetria, embora realizem também outros exames. O segundo quesito relevante é a satisfação das grávidas com o tratamento dispensado na clínica por atendentes e médicos e também com o desenrolar do próprio exame, o que, conforme vimos, é um aspecto merecedor de muitos cuidados dos profissionais. A rigor, portanto, constituem-se dois tipos de clientela: a propriamente dita, de gestantes, e a de obstetras que as encaminham, e o atendimento adequado a ambas é fundamental para a sobrevivência das clínicas. A produção de ‘verdades’ médicas e não-médicas a partir das imagens fetais tem, entre outros aspectos, a finalidade de atender aos dois universos. Esse duplo atendimento implica a adoção de determinadas estratégias, algumas conscientes e outras possivelmente não, por parte dos profissionais.

A construção e a manutenção da credibilidade junto aos obstetras dá-se, em parte, com a publicação de artigos e manuais de ultra-som obstétrico, a frequência a congressos –com a apresentação ou não de trabalhos –, assim como participando de atividades nas entidades profissionais. No cotidiano das clínicas, consolida-se com a comunicação telefônica entre ultra-sonografista e obstetra quando são encontradas anomalias ou para comunicar a normalidade em casos nos quais suspeitava-se da existência de problemas.

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

Outro ponto merecedor de cuidado especial é a redação de laudos, que se situa na interface entre as duas clientelas. Um informante médico revelou existir uma discussão sobre a redação de laudos: há uma corrente que defende que apenas se devem descrever as imagens encontradas nos exames e outra que considera que se pode, ao lado da descrição, sugerir diagnósticos. Não havia uma normatização estabelecida a este respeito até o momento de encerramento desta pesquisa. A maioria das gestantes lê o laudo que é entregue em conjunto com as imagens obtidas no decorrer do exame. Portanto, as informações aí contidas devem ser redigidas de maneira a informar de modo preciso e claro ao obstetra eventuais achados dignos de atenção médica e, ao mesmo tempo, não alarmar demasiadamente a gestante, que seguramente – em especial nos casos nos quais existe alguma preocupação ou suspeita – lerá o laudo.

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

Em exame anterior, a dra. Carla encontrou duas imagens císticas no pulmão do feto; no presente ultra-som, uma delas não apareceu mais. Mostra-me o laudo que deu, no qual descreve a imagem, e explica o cuidado que teve para não preocupar G: “*Não coloquei negrito, observação, nada...*” O laudo é dividido em itens, em caixa-alta, correspondendo à anatomia fetal [abdômen, tórax etc.], abaixo dos quais consta a descrição da imagem. Observo e comento com ela que o item ‘tórax’ é pelo menos três vezes mais extenso do que os outros, e que só isso já chama a atenção, mesmo não tendo sido acrescentada nenhuma ênfase especial. (Clínica C)

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

Outro elemento eventualmente levado em conta na redação é a potencial possibilidade, propiciada pelo laudo, de indução de cesárea pelo obstetra, o que é duramente criticado por alguns dos profissionais que observei:

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

oligodramnia leve, que serve para o obstetra justificar [perante gestantes e planos de saúde] a opção pela cesariana.” (Clínica A)

A satisfação das clientes com as clínicas e a ‘fidelidade’ delas a determinados profissionais são aspectos bastante característicos do universo observado, que contrastam com outras tecnologias de imagem. Dr. Henrique revelou-me: “*Já houve paciente que me disse: ‘meu médico é você, que me mostra o neném, o obstetra só me mede e me pesa...’*” Embora as atitudes diferissem entre um profissional e outro, havia como tônica uma espécie de cumplicidade entre gestantes e ultra-sonografistas, em torno do espetáculo e da diversão proporcionados pelo exame.

Era comum presenciar diálogos como estes:

G: *Tentei marcar esse exame com você lá na Y [outra clínica], mas a agenda tava lotada. Então marquei aqui, mas mesmo assim foi um sufoco.*

Dr. Henrique: *É que agora só estou indo dois dias na semana lá... (Clínica A) (Ênfase minha)*

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

Dra. Lúcia: [Rindo.] *Olha a resposta!*

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

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

G: *Não... foi no Centro [outra filial da clínica]... Eu vou aonde a senhora estiver... (Clínica B) (Ênfase minha)*

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

Uma estratégia que garantia a satisfação da clientela consistia no atendimento a demandas nitidamente vinculadas à produção de imagens fetais como objeto de consumo. Eram situações nas quais o profissional se esforçava para obter incidências favoráveis, em certas ocasiões demorando muito mais do que

seria o tempo necessário exclusivamente para o exame, chegando a provocar algum grau de constrangimento nos clientes.

G: Dá pra fazer o 3D nessa posição?

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

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

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

G: Não tá enrolado?

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

G: *Deixa pra lá!... Ele não tá a fim de ser visto...*

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

O suporte emocional proporcionado pelo ultra-sonografista em situações difíceis no passado foi mencionado por mais de uma gestante, retornando em nova gravidez:

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

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

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

[Ele] declara ter 94% de acerto na determinação de sexo no exame de translucência nugal (TN). Informa que, em recente congresso médico, foi bastante criticado pelos colegas por esta prática, e houve um consenso final no congresso de não se revelar o sexo neste exame, "*por causa dos problemas que os erros podem trazer, em termos psicológicos*".

Ele explica que iniciou esta prática ao perceber que havia uma “fuga” das gestantes do exame de TN com 12 semanas, deixando para fazê-lo com 14 ou 15 semanas, quando já se obteria certeza do sexo fetal, mas o parâmetro não seria mais válido como indicador para rastreamento de anomalias genéticas. Começou então a “*usar a determinação precoce do sexo como chamariz para as grávidas fazerem o exame de TN na época adequada.*” (Clínica C)

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

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

Outro ponto relevante para a satisfação das grávidas passava também pela aceitação da presença de acompanhantes – freqüentemente muitos, e variados – na sala de exames. Dado o tumulto que muitas vezes se estabelecia, causava espécie o quão pouco os médicos deixavam transparecer irritação com tais situações. A presença de crianças na sala, à parte a algazarra que era comum provocarem, criou situações algumas vezes bastante importunas, como um dia em que uma menina de cerca de dez anos protagonizou uma ‘cena’ após ser revelado o sexo fetal, chorando e gritando inconformada porque “*queria uma irmã, os meninos são todos um saco!*”, uma atuação que se prolongou consideravelmente, deixando todos, inclusive a observadora, bastante incomodados; ou como quando um menino de quatro anos, acompanhado do pai, presenciou o exame transvaginal de sua mãe – em uma gravidez inicial –, o que constrangeu consideravelmente o médico:

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

Durante todo o período da observação, apenas três ou quatro vezes pude perceber manifestações de aborrecimento dos profissionais durante o exame, vinculadas à confusão formada, mesmo assim muito discretas. Possivelmente existe uma certa ‘resignação’ dos médicos diante de algo considerado ‘ossos

do ofício'. Era comum, contudo, depois de sessões particularmente tumultuadas, que eles se queixassem comigo de modo contundente.

‘SOCIALIZAÇÃO VISUAL’: CULTURA VISUAL, MEDICALIZAÇÃO E SUBJETIVAÇÃO DA GRAVIDEZ

O conjunto de situações observadas evidencia a existência de um processo generalizado de construção de uma cultura visual em torno das imagens fetais. A mídia, sem sombra de dúvida, desempenha um papel relevante como pano de fundo para tal construção. No período da observação, foram publicadas duas reportagens sobre ultra-som na gravidez em revistas distintas, dedicadas à gravidez/filhos, em cada uma sendo enfocada uma das clínicas – B e C – nas quais eu desenvolvía a etnografia. A matéria sobre a clínica B foi realizada na sua matriz, com aparelhagem mais moderna do que a filial que eu observava. Em ambas as matérias, havia fotos dos médicos, de uma gestante e da aparelhagem, e no corpo da reportagem constavam declarações dos profissionais que ali trabalhavam. A clínica C dispunha de assessoria de imprensa, conforme verifiquei casualmente um dia por meio de uma prestação de contas afixada no quadro de avisos. Não investiguei se tal ocorria também nas clínicas A e B. Na TV também são exibidos uma série de programas abordando gestação e nascimento a partir de variadas vertentes – desde as mais ‘naturais’ até as mais tecnologicizadas. Outra fonte de informações para gestantes consiste na Internet, à qual a maioria das clientes – das clínicas A e C, ao menos – tinha acesso. Desse modo, divulga-se, promove-se e se estabiliza (nos termos de Bijker, 1987) a ultra-sonografia fetal como um exame imprescindível no acompanhamento da gravidez. Não cabe aqui discutir a pertinência desta noção.

O ponto que desejo assinalar consiste no fato de que nas três clínicas as gestantes, na grande maioria das vezes, já vinham para os exames informadas sobre eles, solicitando explicações que indicavam estarem relativamente a par do que estes podiam oferecer. A divulgação deste tipo de informação contribui de modo marcante para um segundo aspecto que ocorre simultaneamente à construção de uma nova cultura visual, que é o reforço da percepção da gestação como um ‘assunto médico’, apoiado em alta tecnologia – ou, em outros termos, para o reforço da medicalização e da ‘tecnologização’ da gravidez. Um exemplo caricato desta tendência surgiu na clínica B:

Dra. Lúcia me diz: “*Olha só isso aqui*”, apresentando um material trazido por G. É uma pasta tipo fichário, contendo envelopes plásticos de tamanho ofício, encapada com *contact* estampado com bichinhos ou

algo do gênero. Em alguns dos envelopes plásticos há uma página com um termo impresso, a título de divisórias de fichário. Na primeira delas está o prenome ‘Marcos’, em letras enfeitadas, como se fosse um álbum de fotos; em seguida, vem ‘Exames’. Em cada um dos plásticos seguintes, constam separadamente os hemogramas, testes etc., seguidos por outra divisória intitulada ‘Ultra-som’. Em cada um dos envelopes subsequentes encontram-se, em ordem cronológica, as ultra-sonografias. Dra. Lúcia revela que trata-se do segundo filho de G, que montara uma pasta igual para o primeiro, continuando o ‘álbum’ depois do nascimento: “*Tem isso tudo e, depois que nasceu, tudo certinho, com as vacinações... tudo...*” Em suma, esta G produziu um verdadeiro ‘dossiê médico’ de cada filho, encapado como se fosse um álbum de fotografias. (Clínica B)

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

G: Tudo normalzinho, né?

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

G: O cerebelo...

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

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

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

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

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

Dr. Sílvio: [Faz as medições.] As medidas da cabeça... é importante, dá dados de proporcionalidade do bebê. (...) Na frente do nariz... uma das mãos.

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

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

Muitas vezes os médicos instigavam as gestantes:

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

G: O fêmur... (Clínica B)

Um aspecto que chamava a atenção consistia no fato de, em todas as clínicas, existir um clima propício a indagações da clientela sobre o que estava sendo visibilizado e mesmo, eventualmente, a reclamações ou piadas por não conseguirem entender o que eram aquelas imagens. Tratava-se de um comportamento corriqueiro no universo etnografado, o que – vale frisar – em outros exames de imagem médica (inclusive de ultra-som geral) seria considerado gafe ou, no mínimo, uma atitude inadequada dentro de um *ethos* médico:

P: [Apontando para a TV.] *Aquilo* é o quê?

Dr. Sílvio: Cabeça...

G: [Rindo.] Não *sei* o que ele tá vendo... (Clínica C)

G: [Olhando para o monitor, reclama.] Não tô vendo *nada* hoje, e eu *sempre* vejo...

Dra. Lúcia: É que tá na posição pra trás, certinho... (Clínica B)

P: [Para a dra. Lúcia.] Todos os pais são chatos igual eu?

Dra. Lúcia: Você se acha chato?

P: Eu pergunto muito... [Justificando-se.] Mas só pergunto o que não sei. Pra mim [ri, aponta a tela] são as Montanhas Rochosas... Não entendo *nada*... Tá tudo o.k. para o parto normal? (Clínica B)

P: [Em tom de reclamação.] Eu não tô entendendo *bu-lhu-fas*...

G: Eu *também* não.

Dr. Sílvio: [Explica.] Tem um monte de coisa na frente...

Criança: [Olha atenta para a TV, surge a imagem do perfil do feto em 2D.]
Agora estou vendo! A cabecinha!

Dr. Sílvio: Tá com um bracinho na frente... [G olha sorrindo para a TV.]
(Clínica C)

No tocante à criação dessa cultura visual peculiar, envolvendo as imagens ultra-sonográficas, cabem ainda algumas observações. A primeira é que, embora altamente estimulada pelos profissionais, nem sempre a ‘socialização visual’ das gestantes ou de seus acompanhantes era confortável, como quando eram capazes de perceber a existência de alguma patologia e interpelavam o profissional francamente, deixando-o desconcertado. As poucas situações deste tipo que testemunhei constituíram-se em momentos extremamente difíceis e desgastantes para todos os presentes.

Dr. Sílvio: Eu peguei mais a frente... [Utilizando um recurso computacional roda a imagem da face em 3D; em um rápido relance, a fenda labial fica evidente, a imagem permanece fixada na tela cerca de um segundo e a reação de G é instantânea.]⁷

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

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

P: /...daqui a duas semanas, dr.?

Dr. Sílvio: Não, quatro semanas... (...) Vamos adiar mais os planos de ver melhor o 3D... 26, 27 semanas... Você tá com 23 semanas e dois dias... [Fico angustiada com a situação, tendo certeza de que a gestante de fato viu a anomalia.] (Clínica C)

Um segundo aspecto, bastante curioso no que diz respeito à construção de uma nova cultura visual, consistiu na observação de que as crianças eventualmente presentes aos exames com frequência tinham mais facilidade em decodificar as imagens do que os adultos:

Aparecem as primeiras imagens na tela, e logo que surge o perfil fetal os dois meninos [8-10 anos] gritam em uníssono, na maior algazarra, entusiasmados: “Olha! Olha lá! Olha ela lá! Juliana!... Uh-uh-uh!” Surpreendo-me com a facilidade com que identificaram a imagem. (...) Enquanto correm imagens indistintas, o maior pergunta: “Cadê ela? Sumiu?”,

para em seguida identificar uma nova imagem, a do perfil: “*Olha! Abriu a boca!!!! Oi, Ju! Olha!!!! A mãozinha!!! Aiii! Tchaaaau!*” Todos os comentários correspondem ao que aparece na tela. Ao sairmos da sala, comento com o médico a rapidez com que os meninos identificaram as imagens na tela e ele me diz que já observou isto em outras crianças também, atribuindo tal habilidade à vivência delas com computador e videogames. (Clínica A)

A subjetivação das imagens ultra-sonográficas fetais é a pedra de toque para a circulação dos valores subjacentes tanto à construção dessa nova cultura visual quanto à medicalização, em um processo dinâmico. As grávidas transformam-se frequentemente em ‘alunas’ aplicadas e entusiasmadas na aprendizagem de novos códigos visuais e de novas informações medicalizadas sobre a gravidez – um entusiasmo que é alavancado pelo investimento afetivo óbvio das gestantes em seus fetos e que é, por seu turno, potencializado por meio das imagens fetais que vão sendo decodificadas, seja pelos médicos, seja pelas próprias mulheres e outros atores presentes ao exame. Essa aprendizagem informal evidencia uma marcante reconfiguração da vivência da gestação, na medida em que a visualidade – no passado, ausente dessa vivência exceto pelas mudanças externas, visíveis, de aspecto corporal da mulher grávida – passa a desempenhar um papel inescapável durante a gravidez. Constitui-se muitas vezes uma confusão da imagem com a coisa em si – no caso, o feto – conforme fica patente em alguns exemplos:

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

Avó: Ai, meu Deus! Já tá *enorme!*

G: [Para A.] Você não viu?

Avó: [Sem tirar os olhos da TV.] Só a foto, antes... Agora tá enorme!

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

Dr. Sílvio: Sim, claro...

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

Avó: [Ainda abismada.] Tá enorme... como é que pode?

[O feto em questão media cinco centímetros.] (Clínica C)

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

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

Dr. Silvio: [Extraí imagens do aparelho.] Documentando aqui...

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

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

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

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

NOTAS

- 1 A idade gestacional é calculada tomando-se como base a data da última menstruação da mulher, como antes, com a diferença de ter passado a ser contada em ‘semanas’, não mais em ‘meses’. Isto significa que – se considerarmos que a ovulação e a fecundação tenham ocorrido exatamente no meio do ciclo, isto é, 15 dias depois desta data – a rigor a idade do feto ‘em si’

é sempre duas semanas menor do que a datação gestacional. A partir do uso rotineiro do ultra-som, a contagem em semanas tornou-se hegemônica no universo observado. Raramente ouvi a idade fetal ser referida em ‘meses’ pelas gestantes e, mais raramente ainda, pelos profissionais. ‘Idade gestacional’ e ‘idade fetal’ são utilizadas como sinônimos pelos médicos. Um bebê nasce a termo contando quarenta semanas de idade gestacional.

- 2 Na clínica A, na sala do aparelho mais sofisticado, às costas do profissional havia outro monitor no qual ele eventualmente conferia se o exame estava sendo registrado; em um nicho, no alto, havia uma grande TV, permitindo à gestante acompanhar confortavelmente a exibição das imagens. Na C, existiam TVs de 29 polegadas nas duas salas, diante das macas onde as gestantes ficavam. Na B, não havia TV; as imagens eram apontadas pela médica diretamente na tela do monitor, girando-o para a gestante ver.
- 3 Na clínica B, apenas um dos aparelhos oferecia essa alternativa. Na clínica A, dois dos três aparelhos de ultra-som – e, na C, todos – permitiam o exame de *doppler*.
- 4 Por ‘boa incidência’ aqui entenda-se: uma imagem do feto que fosse facilmente significada pela gestante como ‘bebê’ – mão, perfil etc. Do ponto de vista diagnóstico, uma ‘boa incidência’ tem outro sentido: é aquela que permite evidenciar claramente para o profissional qualquer estrutura ou uma patologia.
- 5 Vírus responsável por diversas malformações congênicas muito graves – de cegueira a retardo mental.
- 6 Dado estimativo, obtido com um informante. Não existe um levantamento formal disponível sobre o assunto.
- 7 Fenda labial é uma anomalia congênita popularmente conhecida como ‘lábio leporino’.