

# “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro

*“Holy scan” or “picture of  
the baby?” Biomedicalization  
and stratification in the use  
of obstetric ultrasound in  
Rio de Janeiro*

*Lilian Krakowski Chazan*

Médica; psicanalista, Sociedade Brasileira de  
Psicanálise do Rio de Janeiro.  
Rua Almirante Tamandaré, 66, 1119  
22210-060 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
liliankc\_2004@yahoo.com.br

*Livi F.T. Faro*

Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Instituto  
de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Rua São Francisco Xavier, 524, 6º andar, bloco E, sala 6017  
20550-013 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
livifaro@gmail.com

Recebido para publicação em outubro de 2014.

Aprovado para publicação em junho de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100005>

CHAZAN, Lilian Krakowski; FARO, Livi F.T. “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.57-77.

## Resumo

A partir de etnografias realizadas em serviços públicos e privados do Rio de Janeiro, sustentamos que a difusão do fenômeno de (bio)medicalização varia de acordo com o estrato social das gestantes, produzindo corpos fetais e gestantes, assim como processos gestacionais, totalmente diversos, dependendo da camada social das mulheres atendidas. Tomando a premissa fundamental de que a biomedicalização consiste em uma transformação no processo de medicalização pela incorporação crescente da tecnociência à biomedicina, o universo observado evidencia diferentes estágios dessa transformação, acompanhando, de modo consistente, a estratificação social das grávidas submetidas ao exame de ultrassom.

Palavras-chave: ultrassom obstétrico; biomedicalização; estratificação; estudos sociotécnicos; etnografias.

## Abstract

Based on ethnographic studies conducted at public and private healthcare facilities in Rio de Janeiro, we argue that the dissemination of (bio)medicalization varies in accordance with the social stratum of the expectant mothers, thereby producing thoroughly distinct fetal and pregnant bodies, as well as different gestational processes. Starting from the basic premise that biomedicalization represents a transformation in the process of medicalization, characterized by the growing incorporation of technoscience into biomedicine, the observed universes displayed different stages in this transformation, consonant with the social stratification of the women who underwent the scans.

Keywords: obstetric ultrasound; biomedicalization; stratification; socio-technical studies; ethnography.

O aparelho não produz fotos nem laudos impressos ... os exames não ficam documentados, restando o laudo escrito à mão. Impressionada com a brevidade dos exames – cinco minutos para examinar, escrever o laudo e ‘despachar’ a gestante gritando ‘Próxima!’ – conversei com doutora Lúcia,<sup>1</sup> que brincou: ‘É o exame bento... você não conhece?’ Respondo negativamente. Ela explica: ‘Faz uma cruz na barriga da gestante... uma linha vertical, outra horizontal, e acabou...’ (Notas de campo, maternidade pública X).

Terminando o exame, G. (gestante) expressa sua frustração por ter esquecido a fita para gravar; o médico pergunta: ‘Você tem computador em casa?’ Diante da resposta afirmativa, ele oferece: ‘Vai aí no *shopping*, compra um CD que eu gravo para você... o exame está gravado na máquina’ (Chazan, 2007, p.159).

Neste artigo discutiremos um aspecto ainda pouco explorado da teoria da biomedicalização (Clarke et al., 2003) – seu caráter estratificado – a partir de um estudo de caso sobre o ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. Lançamos um olhar sobre as tecnologias de imagem disponíveis no acompanhamento pré-natal, ao acesso desigual a elas, e à relação médico/tecnologia/paciente, discutindo de que modo essa articulação incide nas sensibilidades e percepções sobre a gravidez, na construção de corpos – gestantes e fetais – e nas apropriações pelos usuários. O material utilizado em nossa análise revisita etnografias realizadas por uma das autoras, em três situações distintas: três clínicas particulares e uma maternidade pública, observadas em 2003,<sup>2</sup> e um hospital público universitário, em 2008.<sup>3</sup> Verificamos disparidades entre os universos observados, o que, segundo nossa análise, evidencia estágios heterogêneos dos processos de medicalização e de biomedicalização.

Pretendemos, com este artigo, acrescentar elementos à discussão acerca da estratificação dos cuidados à saúde no Brasil, seguindo a linha desenvolvida por Sanabria (2010), assim como lançar luz sobre diferentes processos de construção – ou não – de cidadania desde antes do nascimento. Sugerimos que a lógica que orienta a implantação da biomedicalização em determinados espaços e a permanência de processos clássicos de medicalização em outros pode ser relacionada à noção de estratificação. Há poucos trabalhos empíricos contemplando a estratificação pela perspectiva introduzida pelo grupo de Clarke, e, em seus próprios termos, “há muito ainda a ser feito” (Clarke et al., 2010b, p.30).<sup>4</sup>

## **Medicalização e biomedicalização**

A noção de medicalização emergiu na sociologia nos anos 1970 e nas décadas seguintes firmou-se como recurso conceitual amplamente utilizado na literatura acadêmica sobre saúde, doença e processos vitais (Riska, 2010; Zola, 1972; Conrad, 2007, p.4; Stults, Conrad, 2010).

Os primeiros trabalhos nessa vertente centraram-se na análise da transformação de comportamentos ou condições, antes compreendidos como desvios morais, em doenças passíveis de intervenção terapêutica (Conrad, Schneider, 1992). Como destaca Riska (2010, p.150), o interacionismo simbólico e a teoria dos rótulos, dominantes no cenário teórico da

sociologia médica nos anos 1960, foram influências marcantes nesse primeiro momento da medicalização. Posteriormente, o foco deslocou-se para outros domínios, não mais centrados no desvio, incluindo experiências compartilhadas potencialmente pelos humanos, como as fases da vida – nascimento, infância, gravidez, envelhecimento e morte –, condições – depressão, menopausa, timidez –, domínios – como sexualidade ou aprendizagem –, e mesmo queda de cabelo (Conrad, 2007; Zorzaneli, Ortega, Bezerra Jr., 2014). Tal deslocamento propiciou grande difusão do termo, multiplicando os sentidos a ele atribuídos (Zorzaneli, Ortega, Bezerra Jr., 2014). Concomitantemente, a influência do interacionismo simbólico cedeu espaço para a perspectiva da construção social (Riska, 2010).

Outra importante via de desenvolvimento dos estudos sobre medicalização está vinculada ao trabalho de Michel Foucault (1984, 1990, 1998). Na sua perspectiva, a atenção à reprodução, à infância e à saúde das populações reveste-se de um significado (bio)político profundo. Assim, ao longo do século XIX é construída a noção estatística de “mortalidade infantil”, delimitando e definindo mais acuradamente as fases da infância (Armstrong, 1986), e a preocupação volta-se para a saúde dos bebês; na segunda metade do século XX, o feto emerge como objeto de interesse médico e social, e, com o surgimento da tecnologia de ultrassom aplicada à gravidez, na década de 1960, corpos grávidos e fetais tornam-se passíveis de escrutínio e monitoramento. Podemos pensar, assim, na expansão do biopoder abrangendo épocas cada vez mais precoces da vida (Chazan, 2000).

Clarke et al. (2003, p.167) propuseram um novo termo – “biomedicalização” – para analisar o papel cada vez mais central que a tecnociência e o seu consumo adquiriram na biomedicina a partir de 1985, referindo-se a uma nova economia biopolítica da medicina. A diversidade de inovações tecnocientíficas em variados níveis – implementadas mediante tecnologias computacionais e de informação aplicadas ao campo das biotecnologias – teria provocado mudanças “na constituição, organização e nas práticas da biomedicina contemporânea” (Clarke et al., 2010b, p.1). Um importante deslocamento operado por tais modificações é a passagem do controle sobre fenômenos, traduzindo-os como biomédicos, para a transformação dos próprios fenômenos vitais, possibilitada pela tecnociência (Clarke, Shim, 2011, p.173). Invenções tecnológicas de escrutínio bioquímico e visual possibilitaram o monitoramento – e transformação – de variados aspectos da vida e dos corpos. De acordo com Clarke (2010b, p.134; destaques no original), “Na era da biomedicalização, o ‘ideal de transparência’ visual – que fora expandido clinicamente pelo endoscópio na era da medicalização –, é ampliado pelo vídeo, digitalização e robótica”. O conceito de *Biomedical Technoservice Complex, Inc.* é acionado para enfatizar o caráter corporativo e privatizado da pesquisa, produtos e serviços nesse período, configurando a expansão da mercantilização da saúde, transformando-a em produto de consumo. Uma das premissas fundamentais é a de que existe uma coprodução entre conhecimento biomédico, tecnologias, serviços e capital (Clarke et al., 2010b, p.1). Neste artigo defendemos que essa coprodução permite entender por que uma tecnologia como o ultrassom funcionaria como vetor de biomedicalização ou de medicalização, dependendo do contexto no qual está inserido.

## Estratificação

Clarke e colaboradoras explicitam que a estratificação não é exclusiva da biomedicalização, mas sim um aspecto já em curso nos processos de medicalização, seguindo Ehrenreich e Ehrenreich (1978) nos conceitos de medicalização cooptativa e disciplinamento excludente. Enquanto a medicalização cooptativa refere-se ao processo que se tornou definidor da medicalização, ou seja, a “expansão da jurisdição da medicina moderna – estendendo-se a áreas da vida não previamente consideradas médicas”, o disciplinamento excludente “refere-se simultaneamente às ações excludentes da medicina que erigem barreiras ao acesso às instituições médicas e a recursos que tomam como alvo e afetam indivíduos particulares e segmentos da população” (Clarke et al., 2010a, p.61).

A medicalização cooptativa tendeu a focalizar grupos de camadas médias e altas, preferencialmente mulheres, enquanto “as tendências excludentes ou tipos particulares de medicalização cooptativa (como implantação ou imposição de controle da natalidade) prevaleceram para as pessoas de cor e os pobres” (Clarke et al., 2010a, p.61), questão também explorada e discutida por Sanabria (2010) no contexto brasileiro. Clarke (2010a, p.61) sustentam que essa dupla tendência persiste na biomedicalização e de formas ainda mais complexas: “Muitas pessoas são completamente ignoradas, outras impactadas de modo desigual, e enquanto alguns reclamam da excessiva intervenção biomédica em suas vidas, a outros faltam cuidados básicos”.

Estratificação não é tema novo no campo das ciências sociais – nem o termo, nem o fato – e se reflete de modo direto no acesso aos cuidados à saúde. A partir dos anos 1960, por exemplo, Boltanski (2004) investigou de que modo esse fenômeno modelava as relações entre profissionais de saúde e pacientes. Embora sem utilizar o termo “estratificação”, a antropologia da saúde, no Brasil, também vem estudando implicações das diferenças de classe e raça, seja nas apropriações dos fenômenos de saúde/doença pelos indivíduos (Duarte, 1986), seja no acesso aos serviços de saúde. Trabalhos que discutem o aborto no Brasil são emblemáticos ao demonstrar como a classe social é determinante nos itinerários abortivos, resultando em um desfecho seguro quando se pode pagar por ele ou levando a um quadro extremamente degradante, frequentemente resultando no óbito, no caso de mulheres pobres (Heilborn et al., 2012).<sup>5</sup>

No Rio de Janeiro, Lo Bianco (1985), estudando o que denominou “psicologização do feto”, nos anos 1980, mostrou como a gravidez era vivenciada diferentemente, dependendo do estrato social das grávidas. Nas camadas médias, a gravidez representava uma etapa “da” maternidade, já nas camadas populares era apenas uma passagem transitória “para” a maternidade. Enquanto as grávidas das camadas médias subjetivavam seus fetos, percebidos como “independentes” delas, com quem “se relacionavam”, as gestantes das camadas populares consideravam a maternidade iniciando-se “após” o nascimento da criança. A ultrassonografia, que, a partir dos anos 1990, se expandiu rapidamente no Brasil, reforçou e também remodelou percepções e sensibilidades acerca da gravidez e do feto, constituindo-se um conjunto articulado de percepções, crenças e valores denominados por Chazan (2005, p.205) “cultura do ultrassom”. Difundiu-se a ideia da ultrassonografia como “indispensável” no acompanhamento da gestação, cultura que penetrou todas as camadas sociais desde então,

embora com características bastante heterogêneas e modeladas, entre outros fatores, pelo pertencimento aos diferentes estratos sociais. Esse fenômeno, estudado por Chazan (2008, 2007, 2005) no Rio de Janeiro, também se generalizava em outros locais na mesma época (Draper, 2002, p.781).

Pela perspectiva dos estudos de biomedicalização, a estratificação vincula-se firmemente à comodificação da saúde, e o cuidado – eixo essencial na atenção à saúde – passa a ser delineado e moldado a partir de sua transformação em objeto de consumo. Nesse sentido, a biomedicalização estratificada refere-se também aos modos desiguais de distribuição e acesso às tecnologias biomédicas (Clarke, 2010a, p.392). No campo que nos dispusemos a explorar, quem pode pagar pelos serviços é merecedor de atenção dos profissionais e tem acesso às tecnologias mais avançadas. A articulação entre a mercantilização da saúde e o desenvolvimento acentuado de drogas, testes e tecnologias diagnósticas – características centrais da biomedicalização – propicia, configura e contribui acentuadamente para a consolidação da biomedicalização estratificada (Clarke et al., 2003, p.170).

Reanalizando dados coletados em sessões ultrassonográficas observadas em três universos distintos, sustentamos que coexistem no Brasil três diferentes cenários que, *grosso modo*, chamaríamos de biopolítica tradicional – ou estatística – das populações, medicalização e biomedicalização.<sup>6</sup>

## As etnografias

Nosso interesse no campo da ultrassonografia obstétrica consistiu em observar interações que ocorriam durante a realização dos exames, nos diversos contextos. Portanto, não incluímos entrevistas com gestantes no escopo da investigação. As observações foram realizadas em três clínicas particulares (A, B e C) e em dois contextos de atendimento público: um hospital universitário e uma maternidade.<sup>7</sup> As clínicas A e B atendiam pacientes de convênios; a C só atendia a exames particulares, com preços, à época, em reais, equivalentes a valores entre US\$30 e US\$300, estando vinculada a um centro de reprodução assistida. *Grosso modo*, considerou-se que a clínica A atendia predominantemente clientes de camadas média e média/alta; a B, média e média/baixa; a clínica C, média/alta e alta.<sup>8</sup>

O hospital universitário e a maternidade pública ofereciam atendimento gratuito e atendiam a gestantes em sua maioria pertencentes às camadas populares. O atendimento público à saúde no Brasil é um direito universal garantido pela Constituição de 1988, que lançou as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS). A qualidade desse atendimento varia, dependendo da localidade e de outras variáveis que fogem ao escopo de nossa discussão.<sup>9</sup>

No Brasil, o ultrassom foi definido como ato médico em 1992, sendo vedada sua prática a outras categorias profissionais. Assim, em todos os contextos observados, os exames eram realizados por médicos.

## As clínicas, ou “meio quilo de gente!”

As clínicas foram observadas em 2003 (Chazan, 2008, 2007, 2005). Atendidas com hora marcada, as gestantes aguardavam ser chamadas pelo nome nas salas de espera. O “direito

à privacidade” das gestantes, conforto das instalações bem como o tempo despendido nos exames diferiam entre as clínicas (Chazan, 2005, p.189). Na B, durava entre dez e 15 minutos; na A, no mínimo vinte; na C, entre trinta minutos e uma hora e meia, dependendo da complexidade da gestação. Nas clínicas A e C, com tecnologia 3D, com frequência a duração do exame era ampliada pela solicitação da gestante por “uma foto do bebê”, ou pela curiosidade em saber o sexo fetal. Por fatores técnicos, eventualmente, conseguir uma boa imagem 3D ou “visibilizar”<sup>10</sup> a genitália do feto demandava bastante tempo, e os profissionais esforçavam-se de modo evidente para atender aos pedidos. Mais ainda, frequentemente se sentiam incomodados quando a gestante não reagia favoravelmente às imagens fetais, ou se esta permanecia apática, sendo diversas as estratégias mobilizadas para despertar seu interesse (Chazan, 2007, p.95). “Mostrar o bebê”, uma atividade desenvolvida pelos profissionais independente de haver ou não solicitação nesse sentido, ocupava um tempo proporcionalmente significativo do exame e lhe emprestava o sentido de espetáculo – aspecto sublinhado pela presença de um sem-número de acompanhantes.

Existia uma gradação entre as unidades na sofisticação tecnológica da aparelhagem. A clínica C dispunha de equipamentos de última geração, que realizavam todos os tipos de ultrassom<sup>11</sup> e TVs de 29 polegadas<sup>12</sup> para a gestante e seus acompanhantes assistirem ao exame. Na A, a aparelhagem variava de sala para sala, podendo ter 3D, ultrassom 2D, *Doppler* e TV de 20 polegadas. Na clínica B, os aparelhos tinham mais de cinco anos de fabricação;<sup>13</sup> um permitia também a realização de *Doppler* e o outro, só 2D. Não havia TV nas salas. Nas três clínicas, eram fornecidas imagens e dados biométricos impressos diretamente pelos aparelhos. Frequentemente, as gestantes levavam fitas de VHS para gravar todo o exame e exibir para parentes e amigos em casa. Iniciava-se na época a possibilidade de registrar o exame em CD.

Embora o atendimento às gestantes fosse bastante atencioso, havia diferenças entre as três clínicas nas relações hierárquicas médico/cliente. Em todas, os médicos conversavam muito com as grávidas. Na C, com clientela de alto nível socioeconômico, os médicos eram especialmente solícitos no atendimento rápido aos pedidos feitos. Na A, estando na sala dos médicos e, portanto, longe das grávidas, os profissionais colocavam-se em uma posição hierarquicamente superior às clientes do ponto de vista discursivo, embora não a explicitassem em sua prática. Na B, de clientela com menor poder aquisitivo, em momento algum foram evidenciados discursos ou práticas que indicassem a existência de qualquer tipo de hierarquização. Não se podem ignorar nem as diferenças idiossincráticas entre os profissionais nem o fato de que, nas três clínicas, estava implícita a hierarquia baseada no saber dos médicos ultrassonografistas.

Além da preocupação em manter um bom padrão nos exames, existia o aspecto de consumo, em dois níveis. As estratégias – conscientes ou não – dos profissionais visavam a ambos. O primeiro dizia respeito ao renome do profissional e da clínica junto aos obstetras que encaminhavam clientes. Laudos detalhados, imagens documentando as descrições e contatos telefônicos com obstetras eram as práticas mais evidentes nesse sentido. O segundo nível contemplava a clientela de grávidas, consistindo nos esforços em “mostrar o bebê”, na atenção aos acompanhantes e no fornecimento de imagens, referidas como “fotos” ou “vídeos”. Desse modo, nas três clínicas, o desejo e a demanda das mulheres e de seus acompanhantes coproduziam a condução do exame. Nas clínicas A e C, com tecnologia mais sofisticada,

era mais evidente o prazer dos ultrassonografistas com a obtenção de boas imagens, o que reforçava seu prestígio e credibilidade junto aos obstetras e às clientes.

Nas três unidades, a aparelhagem permitia que se delineassem as estruturas visibilizadas, destacando-as, e a digitação de palavras ao lado das imagens. As palavras tanto podiam identificar as estruturas como servir para “identificação” do próprio feto, escrevendo o nome escolhido ao lado da imagem da genitália.

A interatividade possibilitava uma ampla produção de comentários e interpretações acerca das imagens cinzentas e fugidias que desfilavam pela tela do monitor. Os comentários se referiam tanto à tecnologia – como “*Esse é o melhor filme da minha vida!... Mas é tão curtinho!*” (Pai, clínica B) (Chazan, 2007, p.158) – quanto subjetivavam o feto, transformando-o em pessoa, com identidade própria e idiosincrasias, frequentemente vinculadas à construção de gênero: “*Ela quase não mexe... minha filha é uma lady...*, o dela [referindo-se à amiga grávida, presente ao exame] *é atleta, não para um minuto!*” (Clínica A) (p.188; destaques no original).

As imagens fetais eram imediatamente incorporadas à vivência da gravidez, fosse construindo-a como uma realidade, em gestações muito precoces – “*É inacreditável... agora é que eu tô acreditando [estar grávida]... até agora era só o enjoo...*” (Clínica B) (Chazan, 2007, p.119; destaques no original) –, fosse permitindo que a gestante identificasse a que se deviam suas sensações corporais:

G.: Sinto uma dor aqui... o que é?

Dr. Henrique: É o pé que está aí.

G.: Ai! Ele enfia o pé na minha costela!... Também, né, meu filho, tá tão apertado aí, né? (Clínica A) (Chazan, 2007, p.127).

Verificou-se nesse universo uma transformação na construção dos corpos grávidos – fundindo a visualidade com vivências sensoriais – e também dos fetais, anteriormente inatingíveis do ponto de vista visual. A visibilização dos corpos fetais e da evolução da gravidez, medindo parâmetros e identificando patologias, abriram a possibilidade de intervenções, tanto estabelecendo a necessidade de antecipar o parto quanto – à época – para se traçar de antemão o planejamento de cirurgias nos bebês logo ao nascerem.<sup>14</sup> Portanto, além da construção do feto como pessoa, “indivíduo” idiosincrático, constituía-se simultaneamente uma identidade como “paciente”, ao permitir intervenções na gravidez e transformações nos próprios corpos fetais como um desdobramento dos “achados” do exame.

### **Hospital público universitário, ou “a paciente é a pista”**

O hospital universitário foi etnografado durante seis meses, entre 2008 e 2009 (Chazan, 2011, 2009). Em virtude de a ultrassonografia, no Brasil, ser considerada um “ato médico”, o hospital universitário é um ponto de passagem obrigatório e um momento-chave para a formação dos futuros especialistas. Essa observação foi estratégica para a compreensão do que era realmente ensinado aos futuros especialistas (Chazan, 2011).

As gestantes, majoritariamente de camadas populares, aguardavam o atendimento por ordem de chegada em um espaço fora do setor. Como eventualmente vinham da consulta de pré-natal, é impossível estimar o tempo despendido na espera. Nesse ambiente, a duração de

cada exame variava de acordo com diversos fatores. O principal deles dizia respeito à presença ou não de alunos, tanto os de graduação quanto os médicos residentes. Aos residentes era ensinada a obtenção e interpretação de imagens, enquanto aos estudantes de graduação eram apontadas as estruturas visibilizadas pela ultrassonografia. Contudo, outros eventos, alheios aos exames em si, faziam com que o tempo deles se prolongasse, como conversas paralelas entre médicos e residentes sobre temas aleatórios ou casos “interessantes” – ou passíveis de ser transformados em artigos –, interrupções com a entrada de outros médicos fazendo pedidos ou simplesmente “dando uma passada” para cumprimentar os colegas. Algumas poucas gestantes de camadas médias obtinham atenção diferenciada em exames que se estendiam um pouco além do tempo médio observado: em torno de dez minutos, se não houvesse alunos acompanhando.

As duas salas de exame no setor de imagem eram relativamente pequenas, em torno de 9m<sup>2</sup>, e tornavam-se verdadeiramente exíguas quando havia alunos de graduação, em grupos de seis a dez, além do profissional *staff*, do/a residente e da observadora. Não existia um espaço específico para as gestantes se trocarem, e raramente havia aventais disponíveis. Tudo se passava como se a privacidade das gestantes não fosse sequer uma questão a ser considerada, na medida em que havia não apenas alunos, como várias outras pessoas que entravam na sala com objetivos diversos, inclusive o de pegar pertences ali guardados. Eventualmente, para a realização de ultrassom por via transvaginal, a porta da sala era encostada ou fechada, o que não chegava a representar um impedimento para a entrada de pessoas. De algum modo, pareceu haver uma conexão entre o *status* socioeconômico das mulheres atendidas e o direito (ou não) à privacidade: “Dra. Augusta comenta, indignada ... ‘Uma senhora se aborreceu e reclamou dos estudantes em um [exame] transvaginal. Eu disse para ela: a senhora quer o quê, num hospital universitário?’” (Chazan, 2011, p.611).

A atenção dispensada às gestantes variava de acordo com as características idiossincráticas de cada profissional ou residente realizando o exame e, de forma sutil, também com o estrato social ao qual elas pertenciam. Com frequência, o foco na obtenção de imagens parecia obliterar a presença e o bem ou mal-estar da mulher.

R1<sup>15</sup> continua passando a sonda sobre o abdômen de G., buscando incidências. Permanece em silêncio, assim como G. e sua mãe. G. está desconfortável, sua, se enxuga. R1 não se dirige a G., nem nota seu desconforto. Busca imagens. G. pergunta se tem um balde, R1 larga tudo e sai da sala, ouve-se a seguir o som da G. vomitando. R1 faz expressão de nojo. G. vomita muito (Notas de campo, hospital público universitário).

Em contraste evidente com essa atitude, outro profissional não só conversava com as gestantes como palpava o abdômen de algumas, simultaneamente ensinando aos alunos:

Médico: [Para os alunos] O fundo de útero para 34 semanas tá normal [palpa o abdômen de G.]. Tem que ter olho crítico... *tem* que palpar. Oligodramnia...<sup>16</sup> [pega o abdômen de G. com as duas mãos e balança suavemente de um lado para o outro]... tem líquido aqui. Acrescenta no teu exame para você ficar seguro, você não é *um mero examinador*... (Notas de campo, hospital público universitário; destaques do falante).

A conversa com as gestantes frequentemente se resumia a obter delas informações que deveriam estar em seu prontuário médico, o que era chamado por todos de “cola”. Era

como se elas se transformassem em “prontuários vivos”. O uso de um termo pertencente à cultura estudantil apontava para a percepção dos exames e das grávidas como objetos de ensino. No campo da conotação do termo “cola” estava ainda incluída sutilmente a noção de que esta prática não seria o procedimento considerado correto. Não era comum gestantes fazerem perguntas aos médicos; muitos deles, por sua vez, esquivavam-se de um contato mais personalizado com as grávidas, racionalizando com a frase: “A paciente ‘tava achando que era minha... paciente é da instituição” (R3, hospital público universitário) (Chazan, 2011, p.613). Eventualmente, as mulheres pediam para “ver o neném”, pedido que poderia ou não ser atendido.

A obtenção de boas imagens e medidas precisas, “objetivas”, ocupava um lugar de destaque na hierarquia de valores do setor. A relação dos profissionais com a tecnologia, frequentemente ela própria “humanizada”, poderia ser sintetizada com a expressão: “Muito *carinho* com essa sonda!” (doutora Camila, hospital público universitário, notas de campo). Ainda assim, havia situações em que os dados “objetivos” dos aparelhos eram relativizados pelo médico, articulando-os com a clínica. Nesses momentos, era estabelecida uma relação tripla médico/tecnologia/paciente, e a tecnologia hierarquicamente passava para outro plano.

Médico: [Referindo-se a uma discussão acerba entre um médico querendo dados ‘objetivos’ e ele, relativizando os dados numéricos de um exame] Lembra daquela oligodramnia? Tá normalzinha agora. *Menos um prematuro fabricado*. Dizem que tem aumento de cesariana... com tecnologia não aumenta! Diziam o mesmo da cardiotoque. *Depende da interpretação do médico!* (Notas de campo, hospital público universitário) (Chazan, 2009, p.32; destaques nossos).

O registro dos resultados gerados pelo equipamento passava por um processo complexo, uma vez que – embora teoricamente os dispositivos dispusessem desse recurso tecnológico – nem os dados numéricos biométricos nem as imagens fetais obtidas eram impressas diretamente a partir do aparelho. Havia, assim, uma série de múltiplas e variadas mediações: alguém – médico-*staff*, residente ou graduando – anotava os dados em qualquer papel –, folha de papel, formulário ou mesmo papel toalha – ou ditava diretamente os números para a secretária, fora da sala; esta, em seguida, digitava os dados em um *software* tosco e problemático, para logo depois fornecer uma folha impressa à gestante, que a levava para o/a obstetra do pré-natal. Os laudos seguiam um padrão dado pelo programa em que a secretária digitava os números, em uma lista de itens que deveriam constar no impresso que as gestantes levariam consigo; por vezes, ela cobrava alguma medida que o profissional se esquecera de avaliar. Nenhuma imagem acompanhava o texto escrito (Chazan, 2009). “Um aluno pergunta como fazem para anotar os dados, pergunta se dão foto, doutora Camila diz que não, mas ‘Ainda bem que a gente oferece esse exame. Para que a foto?’” (Notas de campo, hospital público universitário).

Para além da “foto” como um item de desejo e consumo, evidenciava-se o paradoxo de um setor de imagem não produzir registros visuais acompanhando o laudo, o que transformava a interpretação das imagens pelos médicos, escritas, em verdades absolutas e inarredáveis. Apenas uma vez foi presenciada a impressão de uma imagem, efetuada por uma médica para um artigo que iria submeter à publicação. Não se tratava de uma gestante.

Ficava claro que as imagens produzidas pelos aparelhos serviam igualmente para as vertentes assistencial e pedagógica da instituição – e não necessariamente nessa ordem. Não se trata de dizer que as gestantes fossem mal assistidas, pois os profissionais se preocupavam em manter um bom nível de ensino na instituição. O ponto aqui sublinhado é o do uso das imagens e a sua hierarquização em relação às mulheres atendidas. A apropriação das imagens pelas grávidas – no sentido de as significarem – ficava em último plano. Os destinatários finais das imagens seriam o/a(s) aluno/a(s). Nesse sentido ainda, os corpos gestantes e fetais como que “pertenciam” à instituição e eram construídos como objetos de ensino. Algumas gestantes de camadas médias atendidas nesse hospital, contudo, já vinham imbuídas da florescente “cultura do ultrassom”, e não se atinham ao papel de “objeto de ensino”:

G.: O outro nasceu na Y [renomado hospital particular]. Eu era rica, fiquei pobre.

Doutora Augusta: Neném tá sentado... hoje é só...

G.: Fluxo?

Doutora Augusta: Mas eu gosto de mostrar o bebê. Já sabe o sexo?

G.: Menina.

Doutora Augusta: [Confirmando] A pererequinha...

G.: Soube com 17 semanas. Disse que só saía sabendo, do exame. Fui só para saber o sexo.

G.: ... vou fazer outra ultra só para gravar. Já fiz cinco.

Doutora Augusta: Sabe quanto é recomendado em uma gravidez? Quatro.

G.: Faz mal pro neném?

Doutora Augusta: Mal, não.

G.: De 17 semanas foi só para ver o sexo (Notas de campo, hospital público universitário).

Do ponto de vista da biopolítica, de uma forma geral, a percepção que circulava nessa unidade era de que se tratava de corpos úteis, mas não subjetivados – tanto os das gestantes como os dos fetos. Poucas vezes houve referência direta à atividade fetal, mas como reclamação: “R3: Ele não para de se mexer! Assim fica difícil tirar as medidas!” (Notas de campo, hospital público universitário).

Embora o sexo fetal fosse sempre mencionado, ele não alavancava a construção de subjetividades ou pessoas fetais naquele espaço, como fora verificado no universo das clínicas.

### **Maternidade pública X, ou “o exame bento”**

A observação ocorreu durante três meses, em 2003, acompanhando exames realizados por dois profissionais, doutora Fernanda e doutor Francisco.<sup>17</sup> As grávidas, também atendidas por ordem de chegada, eram chamadas em voz alta, pelo número ou simplesmente com o grito da médica de dentro da sala de exames: “Próxima!”. Não havia espaço nem avental para as gestantes se trocarem. Poucas vinham acompanhadas. O tempo de espera, passado em um banco de madeira no final de um corredor, variava de acordo com o horário de chegada dos médicos, às vezes, estendendo-se por horas. Enquanto aguardavam, as gestantes estabeleciam conversas animadas em certa algazarra, eventualmente manifestando descontentamento e revolta com a espera. Contudo, logo que alguém portando jaleco despontava na outra extremidade do corredor, o silêncio era restaurado. Depois dessas gestantes “ambulatoriais” iniciava-se o atendimento às internadas, incluindo puérperas e casos de abortamento. Elas

vinham da enfermaria, vestidas com o avental do hospital, muitas vezes segurando seu próprio frasco de soro conectado ao cateter enfiado na veia.

O tempo gasto entre a gestante deitar-se na maca, realizar o exame, o preenchimento de um laudo e sua liberação com o papel na mão para ser entregue à secretária dificilmente ultrapassava cinco minutos. O fato de a médica eventualmente atender seu celular e ficar conversando não alterava a duração do exame. Uma sequência típica de exame dessa médica era:

Médica: Olha só... deita e deixa a barriga de fora [espalha o gel, surgem as primeiras imagens, mede DBP]. É menino. [G. não reage, médica mede PA.]<sup>18</sup> 28 para 29 semanas... seis meses e meio. Data do parto, 22 de janeiro de 2004. Pode levantar. Próxima! (Notas de campo, maternidade pública X).

Doutora Fernanda assim justificava a precariedade e explicava a “racionalidade” da rapidez:

São exames muito rápidos... mas é um exame complementar, né?... Isso mesmo. É só um exame complementar. Inclusive, quando tem algum problema, não dou muita informação para elas porque, depois, [elas] vão para os médicos... E pode dar confusão... Notícia *boa* eu dou *logo*... Mas é só mesmo um exame complementar, que nem laboratório (Notas de campo, maternidade pública X; destaques da falante).

Este exame dá informações mínimas, mas ela sai daqui, sai feliz porque tomou ciência (Notas de campo, maternidade pública X).

A atividade da maternidade X era exclusivamente assistencial, com exames realizados em uma sequência ininterrupta. Um desabafo da médica tornava evidente sua vontade de completar os atendimentos o mais rápido possível:

Doutora Fernanda, terminado um exame, pergunta à gestante quantas ainda aguardavam no corredor, recebendo a resposta de que nenhuma. Saindo a gestante, comenta comigo: ‘Choveu...! [Sugerindo que quando chove vêm menos] Acabou. *Graças a Deus!* Ih, não! Ai, ainda tem as internadas...’ (Notas de campo, maternidade pública X; destaques da falante).

O tempo gasto pelos médicos observados, para cada exame, era semelhante. Contudo, a atenção dispensada à gestante diferia radicalmente. No início da observação, a médica mostrou-se relativamente gentil com as gestantes, mas, com o passar do tempo, revelou-se fria e impessoal. Atribuímos essa “evolução” à naturalização da presença da observadora.

Médica: Tira a calcinha e deita com a cabeça para lá, tá? Dobra os joelinhos... [prepara a sonda, com o gel e a camisinha]. Um geladinho, uma pressão, tá? [G. chora muito, surge na tela um saco gestacional com embrião sem batimentos cardíacos, médica olha a imagem, fala olhando para o monitor] Olha só, o nenenzinho não tá vivo. O coração não tá batendo. [G. soluça, médica parece querer se livrar da situação o mais rápido possível]. Presta atenção... quando é assim é porque o neném tinha algum defeito, defeito no coração, no cérebro... depois você faz outro. Quantos anos você tem?

G.: 23.

Médica: *Então!* Você é nova. Agora, o mais importante de tudo é resolver isso, *isso* dá infecção. E enquanto *isso* estiver aí dentro você não vai poder engravidar [G. soluça,

médica continua falando e levanta-se]. Passa na sala ao lado e depois vai lá em cima na emergência para resolver isso [Sai da sala, G. levanta-se da maca chorando muito] (Notas de campo, maternidade pública X; destaques da falante).

O médico comportava-se de modo muito diverso, ainda que o exame durasse iguais cinco minutos. Invariavelmente permanecia de pé ao lado da maca e perguntava às gestantes o que tinha havido, detinha-se um pouco mais nas imagens e as mostrava para elas, apontando na tela. Além disso, sempre as tratava por “senhora”, mesmo as jovens adolescentes. Embora não explicasse muito, parecia agir de modo menos “burocrático” do que sua colega. As gestantes preferiam-no a ela. Ainda assim, tratava-se de um exame “estritamente médico”, a conversa ficando restrita a sintomas na gestação ou a dados sobre o feto.

A tecnologia disponível era muito precária. Conforme disse a chefe do setor de raios X, no primeiro contato: “O *Doppler* é só um borrão, não dá para ver nada” (Notas de campo, maternidade pública X, doutora Violeta).

A noção da precariedade tecnológica era compartilhada por doutor Francisco:

‘Em uma passada já dá para ver uma porção de coisas, rim, fígado, membros... mas extremidades não dá’. Confirma que não fazem translucência [nucal],<sup>19</sup> e pergunto por *Doppler*. Ele diz: ‘*Doppler* é impossível. Esse aparelho [sala 2] é muito ruim. Um dia cheguei e estava aí. Sabe, essas coisas de concorrência, licitação...’ (Notas de campo, maternidade pública X).

Os laudos eram preenchidos à mão, em um papel dado às mulheres com a recomendação de entregarem à secretária. As imagens não ficavam registradas. Pela exiguidade do tempo de cada exame, as únicas informações fornecidas diziam respeito à idade, desenvolvimento fetal e “data provável do parto”, sem interpretação. Chamava a atenção, sobretudo, o fato de que, ao ser verificada discrepância entre idade gestacional informada e datação do exame, não havia preocupação em se pesquisar o motivo. No máximo, dra. Fernanda comentava: “Tá aparentemente bem de saúde... se mexe.” Ou: “Mexeu, está vivo” (Notas de campo, maternidade pública X).

Verificamos incongruências entre a informação inicial da responsável pela ginecologia e obstetria desse hospital – de que só era feito um ultrassom por gravidez, na 20ª semana, o “morfológico”<sup>20</sup> – e as práticas do setor. Eram realizadas várias ultrasonografias por gravidez, em períodos diferentes, e o “morfológico” não era formalizado em laudo: “Pergunto pelo morfológico; dra. Fernanda, parecendo desconcertada, declara: ‘Sempre estou fazendo morfológico, *rápido*, para ver se tem algum problema, *mas o que a gente faz mesmo é biometria do feto, é o que dá tempo*’” (Notas de campo, maternidade pública X; destaques nossos).

Assim, ainda que houvesse algum acompanhamento da gravidez pelo ultrassom, os únicos dados registrados eram biométricos, possivelmente construindo-se uma estatística populacional.

Algumas vezes as gestantes solicitavam à médica “ver o bebê”, recebendo eventualmente a resposta “no final eu mostro”, o que ocorria mediante um safanão no monitor, virando-o na direção da grávida e apontando com o dedo na tela. Contudo, na maioria das vezes, doutora Fernanda ignorava o pedido. Já doutor Francisco, mesmo sem ser solicitado, “mostrava o bebê” e demonstrava satisfação ao obter e ver as imagens.

O tema “sexo fetal” emergia eventualmente, fosse por demanda da gestante – nem sempre atendida –, fosse mediante exame previamente realizado, fora do hospital. Por vezes, o profissional espontaneamente fornecia o dado, geralmente quando a posição do feto favorecia a visibilização da genitália, mas dessa informação não derivavam comentários subjetivantes, como ocorria nas clínicas.

Eram evidentes os aspectos disciplinares e normativos, mesmo no pouco contato entre a médica e as mulheres examinadas, como no caso de uma grávida obesa:

Médica: Diz uma coisa, internou por quê?  
G.: Pressão.  
Médica: Nem vou dizer nada! [G. ri, cúmplice]. Exame difícil, né? [Simulando zanga] Sabe por que, né?... por causa daquilo que não vou nem falar, né?  
G.: E o sexo, dá para ver?  
Médica: Não sei... não vou te dizer porque... atrapalha tudo... [fico com a impressão de que ela está punindo G. por ser tão gorda].  
G.: [Conformada] Eu sei.  
Médica: Sexo... não sei... pode levantar... 25 para 26 semanas... 6 meses. [Preenche o laudo] Leva na sala ao lado... [grita] Próxima! (Notas de campo, maternidade pública X).

Ou ainda:

Médica: Quantos anos?  
G.: 12.  
Avó: 13!  
Médica: Dou bronca, explico, falo com a mãe e quem responde é a avó. Aí eu digo [para G.] estou falando com *você!* *Você que é a mãe!* Às vezes vêm acompanhadas pelo namorado, geralmente querem menino, aí eu esclareço que é o espermatozoide que determina, digo para eles: foi *você* que escolheu!... para evitar a porrada em casa... [ilustrando, como se falando para um pai imaginário] a culpa é *tua!* (Notas de campo, maternidade pública X; destaques da falante).

A dinâmica do setor apontava fortemente para uma dessubjetivação das gestantes mediada pela objetificação do exame: quantas semanas, tamanho, peso, contingentemente sexo, “está mexendo, está normal”, “mexeu, está vivo”, data do parto. O conjunto de dados obtidos no setor parecia cumprir uma função primordialmente biopolítica de monitoramento populacional dos nascimentos.

## Comparando as etnografias

Revisitando o material de campo das três etnografias pela perspectiva da biomedicalização, emergiram aspectos recorrentes, utilizados como eixos para comparação; eles não são estáticos, articulando-se, imbricando-se e eventualmente se superpondo.

### Tempo

O manejo do tempo diferia muito nos três ambientes. A espera nas clínicas era significativamente diferente da que ocorria no hospital universitário e na maternidade X, como se o tempo das gestantes das camadas médias e altas fosse mais valioso que o das

gestantes de camadas populares, e, ainda que de modo não proposital, servia para reforçar uma hierarquia de poder muito nítida entre profissionais e leigos. O tempo de duração da ultrassonografia, que se estendia nas unidades privadas com a atividade de “mostrar o bebê”, visando agradar à clientela de grávidas e, indiretamente, aos obstetras que as encaminham às clínicas, era radicalmente encurtado na maternidade X. No hospital universitário, os exames só se prolongavam em função da demanda de ensino, não sendo ordenados por uma lógica de consumo. Assim, nas unidades públicas, o desejo da grávida pelo “consumo da imagem” não interferia no fator tempo.

A elaboração de laudos nas unidades particulares despendia muito mais tempo que no hospital universitário e na maternidade X. Outro dispêndio de tempo era devido à interpretação das imagens, em dois níveis: o da identificação das estruturas e o de seu significado (normal/patológico). Interpretar, em tempo real, demandaria tempo; assim, fornecer apenas dados biométricos tornava os exames muito mais rápidos que nas clínicas particulares. A avaliação de patologias fetais, resumida na maternidade X por “mexeu, está vivo”, no hospital universitário merecia maior atenção e tempo de exame, pois automaticamente se tornavam “casos interessantes” para exibição aos alunos.

### **Espaços e privacidade**

A alocação de espaço e conforto para as gestantes obedecia à lógica hierárquica de classes, havendo uma gradação na qual a clínica C, que não aceitava convênios – com clientela de classe social mais abastada –, fornecia instalações mais confortáveis e espaçosas, seguida das clínicas A e B, enquanto as unidades públicas ofereciam estruturas precárias em relação a tais aspectos. Na maternidade X, o desconforto era a marca do atendimento; as gestantes pareciam representar apenas um número a mais para computar na produtividade do setor.

A questão da privacidade das gestantes acompanhava uma lógica um tanto diferente. O fato de, nas unidades particulares, elas virem acompanhadas de “plateia”, frequentemente produzia situações de constrangimento, especialmente para os profissionais, quando aparecia no exame algo que não se coadunava com o “espetáculo”: patologias. Contudo, pode-se considerar que essa “invasão” derivava da iniciativa da própria grávida. Já no hospital universitário, a presença e a circulação de estudantes e a entrada na sala de profissionais alheios ao exame produziam uma indistinção entre o “dentro” e o “fora” (Chazan, 2011). As salas eram invadidas também por uma profusão de ruídos, além do fato de os profissionais “ditarem” em voz alta os dados para a secretária, que permanecia fora da sala de exame. Contudo, na maior parte das vezes, as gestantes não pareciam se importar com essa situação. Conjeturamos se, para essas gestantes, de camadas populares, a visibilidade que adquiriam por ser “objeto” de ensino e, assim, fazer jus a um atendimento médico de qualidade bastante razoável, não seria vivenciada por elas com valoração positiva, sendo a preocupação com a privacidade um viés de classe da própria observadora.<sup>21</sup> Na maternidade X, a questão da privacidade não se colocava.

### **Cuidados médicos e tecnologia disponível**

A tecnologia disponível e os cuidados dispensados às gestantes seguiam, igualmente, uma lógica de classe. Esse gradiente acontecia entre as unidades particulares, acentuando-se na comparação com as unidades públicas. Se nas unidades particulares a tecnologia – juntamente com a proficiência dos ultrassonografistas – era um fator diferencial muito valorizado, nas unidades públicas esse elemento não interferia nem alavancava o aumento na demanda, sobretudo porque o exame não se constituía como bem de consumo. Na clínica C, encontrava-se tecnologia de ponta para a época, enquanto o outro polo era ocupado pela maternidade X.

O cuidado com as grávidas seguia uma hierarquia de classe, mas, especialmente nas unidades públicas, onde não preponderavam questões de mercado e consumo, dependia principalmente de fatores idiossincráticos. O foco na aprendizagem, por exemplo, frequentemente deixava o bem ou mal-estar da gestante em último plano. Para além das idiossincrasias, contudo, em algumas situações foi observado que, quando se tratava de gestantes com um nível cultural mais próximo do dos profissionais, a atenção dispensada era significativamente diferente.

### **Relação e hierarquização médico-tecnologia-gestante**

No setor privado, a sofisticação tecnológica era muito valorizada, estabelecendo uma hierarquia entre as clínicas, por razões bastante óbvias. Os profissionais se posicionavam de um modo que disfarçava a hierarquia médico-paciente, em parte porque, *grosso modo*, todos pertenciam ao mesmo estrato social e, em parte, porque a hierarquia de saber estava implícita. Na clínica C, com clientela exclusivamente particular, a hierarquia médico-paciente, com muita frequência, se invertia: as gestantes faziam demandas em um tom que não admitia recusa por parte dos ultrassonografistas. As grávidas procuravam as clínicas por indicação de seus obstetras, e os profissionais observados na etnografia eram todos bem conceituados na comunidade médica. Nas clínicas A e B, a escolha poderia ainda ser mediada pela cobertura do plano de saúde.

No setor público, o modo de gerenciamento do tempo – longas esperas nos dois locais, e exames curtíssimos na maternidade X – introduzia, por si só, uma hierarquização na relação médico/paciente. A valorização, no hospital universitário, dos dados “objetivos”, da obtenção de “boas imagens” e do “cuidado” ou “carinho” com os aparelhos evidenciavam que, entre médico e gestante, interpunham-se hierarquicamente a tecnologia e o ensino. Contudo, também nesse aspecto igualmente intervinham fatores idiossincráticos: um dos médicos fazia questão absoluta de relativizar os dados obtidos pela aparelhagem, considerando o ultrassom um “exame complementar” e valorizando uma abordagem clínica que invertia a posição hierárquica da tecnologia na tríade estabelecida.

Curiosamente, o mesmo discurso de “exame complementar” era utilizado pela dra. Fernanda, da maternidade X, mas com um sentido bem diverso – aparentemente, sua perspectiva denotava um movimento de se eximir de qualquer responsabilidade maior em relação ao seu desempenho como ultrassonografista. De modo paradoxal, ou mesmo irônico, nesse local, a tecnologia parecia invisível na hierarquia, embora fosse a justificativa da existência do setor. O paradoxo acentuava-se por ser a tecnologia o elemento capaz de fornecer os dados biométricos que produziriam uma estatística populacional de nascimentos

– a rigor, uma das poucas informações que aquela aparelhagem permitia obter. Pensando em uma escala hierárquica, no topo estariam os médicos; mulheres e tecnologia ficavam alocadas em posição igualmente inferiorizada.

### **Registro dos exames e laudos**

O registro dos exames diferia muito nos três universos. Nas clínicas, a aparelhagem emitia diretamente os dados numéricos e o registro visual. As gestantes levavam consigo um laudo interpretativo-descritivo e imagens, muito valorizadas pela clientela e referidas como “fotos do bebê” – acionando a espiral ascendente de consumo de exames. Entendemos que, a par da preocupação com a boa prática e a acurácia dos exames, laudos elaborados faziam parte da estratégia de manutenção da clientela de obstetras que encaminhavam gestantes. Em casos mais preocupantes, os ultrassonografistas telefonavam para os obstetras responsáveis.

Nas unidades públicas, as imagens impressas nunca eram disponibilizadas. No máximo, obtinha-se um laudo impresso. Na falta de imagens, nos dois ambientes o/a obstetra tinha que confiar de modo absoluto no que fora visualizado e afirmado pelo/a ultrassonografista. No hospital universitário, existia a possibilidade de impressão direta dos dados biométricos e também das imagens, mas esse recurso jamais era acionado, por motivos que nunca ficaram claros. Diante da quantidade de mediações no registro (anotações em qualquer papel, ditado para a secretária, o *software* precário), chamava atenção o fato de haver relativamente poucos erros nos laudos. Na maternidade X, o recurso de impressão direta da máquina inexistia, e as imagens na tela eram de qualidade sofrível. Acrescendo-se a esse aspecto a brevidade do exame, podemos crer que o máximo que as gestantes recebiam nesse registro consistia na datação de idade gestacional e, conseqüentemente, a data provável do parto. A mediação entre o exame e o laudo era menos confusa e tumultuada que no hospital universitário, embora tudo levasse à suposição de que aqueles laudos fossem de pouca ou nenhuma utilidade diante da existência de patologias fetais ou no processo gravídico. Tanto aí quanto no hospital universitário, as grávidas que já estivessem socializadas na “cultura do ultrassom” e que desejassem a “foto do bebê” tinham que recorrer – e frequentemente o faziam – a clínicas particulares.

### **Visualidade: apropriações das imagens**

Nas clínicas, além dos aspectos diagnósticos, as imagens fetais eram o eixo principal dos diálogos entre gestantes, acompanhantes e médicos. A apropriação das imagens podia passar-se tanto de um modo subjetivo – com as diversas e divertidas atribuições de sentido e subjetivação dos fetos – como de um modo material, levando consigo para casa as imagens fetais.

Nas unidades públicas, as gestantes não eram as destinatárias das imagens, pois a questão do consumo simplesmente não se colocava, e seu contato com as imagens dos fetos se restringia ao tempo dos exames. No hospital universitário, esse lugar era ocupado pelos estudantes, e os diálogos – quando não tratavam de temas absolutamente aleatórios entre os profissionais – eram focados exclusivamente nos aspectos médicos, “científicos” do exame. Dificilmente as grávidas eram incluídas na conversa, não havendo oportunidade para atribuição de sentido

ao que elas estavam vendo. Os médicos explicavam, eventualmente, as partes do corpo fetal visibilizadas, como pé, mão, imagens mais facilmente identificáveis. Por vezes, dependendo do (bom) humor do/a profissional, ele/a comentava: “Olha que bonitinho!”.

Esse aspecto se radicalizava na maternidade pública, pela precariedade das imagens, brevidade dos exames e atitudes dos profissionais, as imagens fetais não eram objeto de comentário algum das grávidas. Ainda que existissem fatores idiossincráticos no modo como os profissionais lidavam com as imagens e com as mulheres, era como se as gestantes ficassem despossuídas de seus fetos, pela perspectiva da produção de imagens. Viam sombras cinzentas e rápidas durante dois ou três minutos – quando viam – e eram sumariamente despachadas.

### **Construção de corpos e subjetividades**

Considerando os aspectos comparados até aqui, resumizamos a situação em três patamares, dependendo da classe social da gestante:

(1) Gestantes das clínicas interagem com as imagens e, fundindo a visualidade com suas sensações corporais, constituíam um determinado tipo de corpo grávido. A seus fetos eram atribuídas intencionalidades e idiossincrasias, tornando-os sujeitos subjetivados e nomeados desde antes do nascimento.

(2) Gestantes do hospital universitário tinham seus corpos minuciosamente escrutinados pelo ultrassom “em prol do ensino”. A reboque dessa pedagogização de suas gestações, elas eram objeto de uma atenção médica de boa qualidade, ainda que sujeita à precariedade e às limitações impostas pela rede pública de saúde. Corpos gestantes e fetais tornavam-se valorizados na medida em que eram úteis. As grávidas pareciam ser invisíveis como indivíduos subjetivados.

(3) Gestantes da maternidade X e seus fetos (teoricamente) ultrassonografados eram igualmente invisíveis – “o que a gente faz mesmo é a biometria do feto, é o que dá tempo” –, parecendo estar ali apenas para preencher estatísticas: de produtividade dos profissionais, dos atendimentos da rede pública, das políticas reprodutivas, e estatísticas populacionais de nascimentos e mortes. À época da observação, a mídia já difundia o ultrassom, de modo que essas gestantes não estavam alheias ao que se poderia produzir no exame. Simplesmente não se colocava para elas a possibilidade de aquele ultrassom ter algum significado transformador no seu processo de gravidez.

### **Considerações finais**

É importante ressaltar que não estamos tomando o universo das clínicas como um padrão ideal a ser seguido, ou seja, não se trata de uma perspectiva “clínicocêntrica”. Na comparação entre as três etnografias, interessou-nos discutir a relação entre o acesso a atendimentos mais ou menos respeitosos com as gestantes, a lógica da comodificação e estratificação da saúde e a ultrassonografia como coprodutora de gestações, corpos grávidos e fetais. Por outro lado, os dados evidenciaram que as interações entre oferta de serviços de saúde e produção de conhecimento biomédico, no hospital universitário, também foram determinantes na configuração local da biopolítica dos corpos via ultrassom.

O campo da ultrassonografia parece ser constituído como uma colcha de retalhos composta de panoramas de biopolítica tradicional, medicalização e biomedicalização, dependendo do estrato social das gestantes atendidas e do modo como estão articulados produção de conhecimento, tecnologias, oferta de serviços e capital. Nesse sentido, *grosso modo*, podemos considerar que as clínicas privadas encontravam-se, já em 2003, em plena era da biomedicalização, enquanto no hospital universitário estaria em vigor a lógica da medicalização. Na maternidade pública, a estatística populacional parecia guiar toda a racionalidade da produção do setor observado. Poderíamos inferir, das três situações, a construção, respectivamente, de corpos transformados e (bio)medicalizados, de corpos úteis, pedagogizados e medicalizados e, finalmente, de corpos dóceis disciplinados.

Nossa análise evidenciou que, no entrelaçamento entre tecnologias e interações sociais, por meio do ultrassom eram construídos três diferentes objetos, concomitantes a subprodutos que, em um processo de realimentação constante, reforçavam a estratificação que subjazia à sua produção. Assim, no universo das clínicas, era produzido um feto-bebê-pessoa, com nome, fotos e vídeos que poderiam ser sintetizados na expressão “meio quilo de gente!”, potencializando o consumo de exames. No hospital universitário era construído um feto-paciente-modelo, transformado em conhecimento médico, em que a gestante como objeto de estudos era “a pista” para a obtenção desse conhecimento – e a própria razão de ser daquela unidade. Finalmente, na maternidade pública, mediante o “exame bento”, era produzido um feto-número, com diagnósticos sumários, alimentando estatísticas.

Vale sublinhar que há nuances nesse cenário, com superposições. A divisão que estabelecemos tem como objetivo enfatizar os padrões mais evidentes da estratificação e da construção simultânea de produção de conhecimento, oferta de serviços e tecnologias, sem perder de vista que esses processos são dinâmicos, ou seja, há medicalização na biomedicalização, há disciplinas e normatizações na pedagogização dos corpos, assim como se encontra implícita a medicalização na preocupação com a produção de estatísticas populacionais de gestações e nascimentos. Esses dados ajudam a compreender a configuração do biopoder contemporâneo. Se é inegável que há algo de novo despontando nas últimas décadas, na direção da biomedicalização e de uma epistemologia molecularizada (Rose, 2007), acrescentaríamos, a partir dos dados aqui discutidos, que esse quadro não é homogêneo nem depende exclusivamente do momento histórico. Ele é matizado e atravessado, no universo observado, predominantemente pela estratificação social e, em última instância, decorre diretamente do processo crescente da comodificação da saúde.

## NOTAS

<sup>1</sup> Nome fictício, como todos neste artigo. Doutora Lúcia atuava em uma das clínicas particulares etnografadas.

<sup>2</sup> Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-Uerj) em outubro de 2002, no curso da pesquisa para a elaboração da tese de doutorado em Saúde Coletiva de Lilian Krakowski Chazan.

<sup>3</sup> Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do hospital (protocolo de pesquisa 10/2008, CAAE: 0006.0.361.259-08, CEP/ME-UFRJ).

<sup>4</sup> Nesta e nas demais citações de textos em inglês, a tradução é livre.

<sup>5</sup> O aborto é considerado crime no Brasil, exceto em casos de estupro ou ameaça à vida da gestante, e ainda assim é problemático porque os médicos podem alegar “questões de consciência” para se negar a realizar o procedimento em hospitais públicos.

<sup>6</sup> Uma vez que reanalisamos o material de campo dos distintos universos e privilegiamos abordar nesta análise em especial dados observacionais que nunca foram publicados, utilizamos largamente as notas de campo digitalizadas e arquivadas por Lilian Krakowski Chazan ao longo de suas diversas etnografias.

<sup>7</sup> Trabalharemos o material etnográfico referindo-nos a “clínicas (A, B e C)”, “maternidade pública X” e “hospital público universitário”, preservando o anonimato dos informantes. As observações das clínicas e da maternidade X foram realizadas visando à tese de doutorado (Chazan, 2005), mas a observação na maternidade não foi analisada na ocasião. A opção de observar um hospital público paralelamente à etnografia da tese (Chazan, 2005) visava obter algum parâmetro de comparação com as clínicas. Este material é, portanto, inédito. A tese originou um livro (Chazan, 2007). A pesquisa no hospital universitário, feita no pós-doutorado, originou relatório (Chazan, 2009) atualmente na biblioteca do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (não disponível ao público por questões de sigilo) e um artigo (Chazan, 2011).

<sup>8</sup> Essa classificação foi baseada na observação dos seus trajés, acessórios e da sua linguagem, assim como na localização das clínicas. Não foi pesquisado diretamente o perfil socioeconômico das gestantes.

<sup>9</sup> Sobre esse tema, ver os números especiais de *Physis* (2010) e dos *Cadernos de Saúde Pública* (2013).

<sup>10</sup> Utilizamos o termo “visibilizar” por ser um termo êmico: significa “tornar visível” algo de outro modo inacessível ao olhar. Reservamos “visualizar” para situações de percepção direta, tais como “visualizar imagens na tela do monitor”. Tratamos desse tema em outros textos (Chazan 2005, 2007, 2008, 2009, 2011).

<sup>11</sup> Há várias possibilidades de exames de ultrassom: o simples, com as conhecidas imagens cinzentas em 2D, o *Doppler*, para avaliar a circulação sanguínea, e o exame 3D. Aparelhos mais sofisticados realizavam os três exames; os mais antigos, apenas exames simples.

<sup>12</sup> Em 2003, época da observação, TV “de luxo”.

<sup>13</sup> “Antigos”, nesse universo.

<sup>14</sup> Em 2003, já existia no exterior a cirurgia fetal (Chazan, 2005, p.176-177). Em 2009, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo passou a realizar essas intervenções (Nova..., 20 fev. 2009).

<sup>15</sup> Designamos os residentes por R1, R2 e R3, de acordo com seu nível.

<sup>16</sup> Pouco líquido amniótico.

<sup>17</sup> Ver nota 1.

<sup>18</sup> Diâmetro biparietal (DBP), fêmur e perímetro abdominal (PA) são parâmetros usados para avaliação da idade gestacional.

<sup>19</sup> Translucência nucal (TN): medida de uma prega de pele na região da nuca do feto, parâmetro utilizado para avaliação da taxa de risco de anomalias cromossômicas do feto e, conseqüentemente, para indicação de exames mais invasivos (como amniocentese). Recomenda-se sua realização entre 11 e 13 semanas gestacionais.

<sup>20</sup> Exame que avalia a anatomia fetal.

<sup>21</sup> Ainda assim, cabe a consideração de que essa visibilidade dizia respeito principalmente às “imagens” produzidas para o ensino, a partir dos corpos grávidos, não se traduzindo, necessariamente, em serem essas mulheres percebidas como sujeitos subjetivados.

## REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, David.  
The invention of infant mortality. *Sociology of Health & Illness*, v.8, n.3, p.211-232. 1986.

BOLTANSKI, Luc.  
*As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra. 2004.

CADERNOS...  
*Cadernos de Saúde Pública*, v.29, n.10. 2013.

CHAZAN, Lilian K.  
“O aparelho é como um automóvel, a pista é a paciente”: para além do ensino de tecnologia no pré-natal. *Physis*, v.21, n.2, p.601-627. 2011.

CHAZAN, Lilian K.  
“O aparelho é como um automóvel, a pista é a paciente”: para além do ensino de tecnologia no pré-natal. Relatório de pesquisa de Pós-doutorado. Protocolo de pesquisa no CEP/ME-UFRJ 10/2008

CAAE 0006.0.361.258-08. Instituto de Medicina Social da Uerj, Manuscrito. 2009.

CHAZAN, Lilian K.

"É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!" A construção de "verdades" na ultrassonografia obstétrica. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v.15, n.1, p.99-116. 2008.

CHAZAN, Lilian K.

"Meio quilo de gente": um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.

CHAZAN, Lilian K.

"Meio quilo de gente!" Produção do prazer de ver e construção da Pessoa fetal mediada pela ultrassonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2005.

CHAZAN, Lilian K.

*Fetos, máquinas e subjetividade*: um estudo sobre a construção social do feto como Pessoa através da tecnologia de imagem. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

CLARKE, Adele.

Epilogue. In: Clarke, Adele et al. (Ed.). *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US*. Durham; London: Duke University Press. p.380-405. 2010a.

CLARKE, Adele.

From the rise of medicine to biomedicalization: U.S. healthscapes and iconography, circa 1890-present. In: Clarke, Adele et al. (Ed.). *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US*. Durham; London: Duke University Press. 104-146. 2010b.

CLARKE, Adele et al.

Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine. In: Clarke, Adele et al. (Ed.). *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US*. Durham; London: Duke University Press. p.47-87. 2010a.

CLARKE, Adele et al.

Introduction. In: Clarke, Adele et al. (Ed.). *Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US*. Durham; London: Duke University Press. p.1-44. 2010b.

CLARKE, Adele et al.

Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine. *American Sociological Review*, v.68, p.161-194. 2003.

CLARKE, Adele; SHIM, Janet.

Medicalization and biomedicalization revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine. In: Pescosolido, Bernice A. et al. (Ed.). *Handbook of the sociology of health, illness, and healing: a Blueprint for the 21st Century*. New York; Dordrecht; Heidelberg; London: Springer. p.173-199. 2011.

CONRAD, Peter.

*The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2007.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W.

*Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press. 1992.

DRAPER, Jan.

"It was a real good show": the ultrasound scan, fathers, and the power of visual knowledge. *Sociology of Health and Illness*, v.24, n.6, p.771-795. 2002.

DUARTE, Luiz F.D.

*Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar. 1986.

EHRENREICH, Barbara; EHRENREICH, John.

Medicine as social control. In: Ehrenreich, John. (Ed.). *The cultural crisis of modern medicine*. New York: Monthly Review. p.39-79. 1978.

FOUCAULT, Michel.

A governamentalidade. In: Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. p.277-293. 1998.

FOUCAULT, Michel.

*Omnès et singulatim*: por uma crítica da "razão política". *Novos Estudos Cebrap*, v.26, p.77-99. 1990.

FOUCAULT, Michel.

A vontade de saber. In: Foucault, Michel. *História da sexualidade*. v.1. Rio de Janeiro: Graal. 1984.

HEILBORN, Maria L. et al.

Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.7, p.1699-1708. 2012.

LO BIANCO, Anna Carolina.

A psicologização do feto. In: Figueira, Sérvulo (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense. p.94-115. 1985.

NOVA...

Nova cirurgia corrige problema de feto ainda na barriga da mãe. *G1. Ciência e Saúde/ Medicina*. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1009922-5603,00->

NOVA+CIRURGIA+CORRIGE+ PROBLEMA+DE  
+FETO+AINDA+NA+BARRIGA+DA+MAE.html.  
Acesso em: 16 jun. 2014. 20 fev. 2009.

PHYSIS.

*Physis*, v.20, n.1. 2010.

RISKA, Elianne.

Gender and medicalization and  
biomedicalization theories. In: Clarke, Adele et  
al. (Ed.). *Biomedicalization: technoscience, health  
and illness in the US*. Durham; London: Duke  
University Press. p.147-170. 2010.

ROSE, Nikolas.

*The politics of life itself: biomedicine, power,  
and subjectivity in the Twenty-First Century*.  
Princeton; Oxford: Princeton University Press.  
2007.

SANABRIA, Emilia.

From sub- to super-citizenship: sex hormones  
and the body politic in Brazil. *Ethnos*, v.75, n.4,  
p.377-401. 2010.

STULTS, Cheryl; CONRAD, Peter.

Medicalization and risk scares: the case of  
menopause and HRT. In: Light, Donald (Ed.). *The  
risks of prescription drugs*. New York: Columbia  
University Press. p.120-142. 2010.

ZOLA, Irving.

Medicine as an institution of social control.  
*Sociological Review*, v.20, n.4, p.487-504. 1972.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA,  
Francisco; BEZERRA Jr., Benilton.

Um panorama sobre as variações em torno do  
conceito de medicalização entre 1950-2010.  
*Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.6, p.1859-1868.  
2014.

