

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres
grávidas submetidas ao ultra-som obstétrico

Caroline Geocze

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

Área de concentração: Saúde materno-infantil

Orientador: Prof. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

São Paulo

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres
grávidas submetidas ao ultra-som obstétrico**

Caroline Geocze

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.**

Área de concentração: Saúde materno-infantil

Orientador: Prof. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Às mulheres que me emprestaram suas histórias para que eu pudesse de alguma forma
recontá-las.
Ao João, meu companheiro querido e ao nosso amado bebê que, em breve, chegará.

AGRADECIMENTOS

Neste breve espaço, quero agradecer algumas pessoas e instituições que contribuíram para a realização deste trabalho.

Inicialmente, quero agradecer à professora Ana Cristina d'Andretta Tanaka pela oportunidade concedida, pela confiança no meu trabalho e pelo carinho na condução das orientações.

À Faculdade de Saúde Pública da USP pela enriquecedora experiência acadêmica e, sobretudo, pelo desenvolvimento pessoal.

Aos professores e funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP pelo suporte técnico e acadêmico.

A Lilian Krakowski Chazan pela leitura atenta do trabalho, pela disponibilidade e atenção constantes, sempre contribuindo com sugestões que se fizeram “boas para pensar”.

Aos professores Alberto Olavo Advincula Reis e Carmem Simone G. Diniz, pelas ricas sugestões e pelo incentivo dado ao longo do caminho.

À professora Mary Jane Paris Spink pelas contribuições fornecidas no exame de qualificação.

Às gestantes que colaboraram gentilmente na realização deste trabalho, dividindo comigo experiências únicas.

Ao CNPq pela bolsa de estudos que permitiu a realização deste trabalho.

À equipe do Centro de Saúde pelo auxílio no recrutamento e seleção de sujeitos de pesquisa, especialmente Rosângela e Piedade.

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública pelo atendimento sempre eficaz e atencioso.

A Yasmin Lilla V. Budjoso pela leitura atenta do trabalho, incentivo nos momentos de dificuldade e solidariedade na redação desta dissertação.

Ao meu querido companheiro João por sempre ter estado ao meu lado, torcendo por mim e crescendo comigo.

À minha família pelo apoio e compreensão.

Aos amigos que entenderam minhas ausências nesse período de trabalho e que, mesmo assim, dividiram seu carinho.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

RESUMO

Geocze C. Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres grávidas submetidas ao exame de ultrassom [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Introdução – O ultrassom obstétrico é um exame de diagnóstico do pré-natal e oferece resultados que podem alterar o desfecho da gravidez. Apesar da crescente atualização da tecnologia e de seu uso, os aspectos emocionais das futuras mães são pouco investigados. **Objetivo** – Investigar como as mulheres submetidas ao exame vivenciam o procedimento, a relação que estabelecem com os membros da equipe de saúde nesse contexto e os possíveis riscos associados à tecnologia. **Métodos** – Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, mediante aplicação de questionários e entrevistas semi-estruturadas com questões em aberto, iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido das entrevistadas. Os sujeitos são 20 mulheres primigestas pacientes de um centro de saúde da cidade de São Paulo. A interpretação do material coletado seguiu os ensinamentos da análise de conteúdo. **Resultados** – As entrevistadas atribuíram um caráter polissêmico a ultrassonografia, tema que foi influenciado por questões sociais, médicas, psicológicas, religiosas, éticas e morais. O procedimento foi descrito como algo prazeroso, mas que envolve possíveis riscos, desde a falácia tecnológica até a descoberta de malformações fetais. O relacionamento com a equipe de saúde, especialmente com o ultrassonografista, foi visto como fundamental para a qualidade do exame. Percebeu-se que o exame é capaz de gerar ansiedade nas mulheres, que precisam recorrer a novos procedimentos para se sentirem tranquilas. **Conclusão** – O exame de ultrassom é um divisor de águas na gravidez. As mulheres sabem sobre suas funções diagnósticas, precisando de novos escaneamentos para

verificar a saúde de seus bebês. Os efeitos do escaneamento podem ser nocivos às mulheres. A equipe de saúde precisa estar ciente desse fato, discutindo os objetivos e possibilidades da tecnologia com as gestantes.

Descritores: ultrassom, gravidez, psicologia, pré-natal e Saúde Pública.

ABSTRACT

Geocze C. Unveiling the secrets of a fetus: pregnant women's experiences related to ultrasound exams in prenatal care [Masters' dissertation]. São Paulo: Public Health School from the University of São Paulo; 2009.

Introduction – Obstetric ultrasound exams are part of prenatal care, and offer results that can change the outcome of pregnancy considerably. Despite the widespread use, and constant up-dating of this technology, emotional aspects of future mothers remain to a great extent yet to be researched. **Aim** – Investigate how pregnant women experience this exam, the relationship that they maintain with the health team in this medical context, and their opinions about possible risks associated to the procedure. **Methods** – Qualitative inspecting research, using questionnaires and semi-structured interviews with open questions. The data was collected only after the approval from the Ethical Committee, and following the women's informed consent. The subjects in the study are 20 first-time mothers under care at a health center in the city of São Paulo. The material was transcribed, and subsequently analyzed. **Results** – Ultrasound was described by the interviewees in a polysemic way, and was influenced by social, medical, psychological, religious, ethical, and moral factors. The procedure was described as pleasant, but the women felt it could also involve potential risks, such as technical failure, and the detection of malformations in the fetus. The relationship with the health team throughout the investigation, especially the ultrasonographer, was described as a fundamental element for the quality of the exam. It could be noted that this exam can cause anxiety in the expectant mothers, which, in turn, can lead them to submit themselves to other medical procedures in their search for reassurance. **Conclusion** – An ultrasound exam can change the pathway of pregnancy. The women investigated know about the diagnostic functions of the procedure, and often resort to new screening tests to verify

their baby's health conditions. The effects of such tests may be harmful for women. The health team needs to be aware of this potential damage in order to discuss the exam in realistic terms with the women and their family so they know what the exam can and cannot really achieve, that is, the functions and possibilities of this technological tool.

Key words: ultrasound, pregnancy, Psychology, prenatal care and Public Health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. CONTEXTO-HISTÓRICO DA INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA AO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL	19
1.1.1 Considerações Preliminares sobre a Assistência ao Ciclo Gravídico Puerperal	19
1.1.2 Medicalização da Gravidez: a Linguagem do Risco	28
1.1.3 Políticas Públicas de Pré-Natal no Contexto da Saúde da Mulher	32
1.2 SOBRE A TECNOLOGIA DE ULTRASSOM	40
1.2.1 Desenvolvimento e Difusão	40
1.2.2 Alcance do Ultrassom como Ferramenta Diagnóstica: Possibilidades e Limites	45
1.2.3 A Real Necessidade de Exames Versus a Criação de uma Demanda: o Ultrassom como bem de Consumo	55
1.2.4 Implicações Legais	59
1.3 EM BUSCA DO DIÁLOGO ENTRE TECNOLOGIA DE ULTRASSOM, PSIQUE FEMININA E SAÚDE DA MULHER	61
2. HIPÓTESE E OBJETIVOS	66
2.1 HIPÓTESE	66
2.2 OBJETIVOS	66
3. INDICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS EMPREGADOS NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	67
3.1 O PERCURSO METODOLÓGICO	67
3.1.1 Tipo de Estudo	67
3.1.2 Referencial Teórico	68
3.1.3 Instrumentos e Coleta de Dados	70
3.1.4 Tratamento dos Dados Coletados: O Método de Análise de Conteúdo	72
3.1.5 Considerações de Caráter Ético	76
3.2 UNIVERSO DA PESQUISA	79
3.2.1 O Local da Pesquisa	79
3.2.2 Entrada da Pesquisadora no Centro de Saúde	80
3.2.3 Coleta de Dados e Critérios de Inclusão e de Exclusão	83
3.3 ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS	84
3.3.1 Caracterização das Gestantes	84
3.3.2 Caracterização das Temáticas Resultantes da Análise de Conteúdo	89
4. PARA ALÉM DE UM PROCEDIMENTO CLÍNICO: SIGNIFICAÇÕES SOBRE A TECNOLOGIA DE ULTRASSOM	94
4.1 REPRESENTAÇÕES PRÉVIAS DE GESTANTES SOBRE O EXAME DE ULTRASSOM: INFLUÊNCIAS DE UMA CULTURA MEDICALIZADA	95

4.2 SOBRE A VISUALIZAÇÃO DE IMAGENS FETAIS: DECODIFICAÇÃO, PRODUÇÃO DE SENTIDOS E CONSUMO	103
4.2.1 Ver para Crer: a Confirmação da Gravidez e o Engajamento na Maternidade	108
4.2.2 Visualizando a Gravidez: Articulações Entre Saber e Poder.....	118
4.2.3 Visualidade e Cultura de Consumo	122
4.3 CONSTRUINDO UM NOVO SER POR MEIO DA TECNOLOGIA: REPRESENTAÇÕES ACERCA DO FETO	130
4.3.1 Etapas do Processo de Reconhecimento Fetal Proporcionado pela Ultrassonografia.....	130
4.3.2 Transformando o Feto em Bebê.....	134
4.4 – FORMULAÇÕES SOBRE O ULTRASSOM: INFLUÊNCIAS DA VIVÊNCIA DO EXAME NA GESTANTE E NO CASAL.....	147
4.4.1 Sensações Físicas e Psicológicas	148
4.4.2 A Importância do Acompanhante no Ultrassom.....	155
4.5 CONHECIMENTOS TÉCNICOS DA GESTANTE ACERCA DO ULTRASSOM	160
4.6 TECNOLOGIA DE ULTRASSOM: (RE)SIGNIFICANDO O CORPO E A GRAVIDEZ	165
5. O AMBIENTE MÉDICO QUE INTIMIDA: ACESSO A INFORMAÇÕES, DEMANDAS E EXPECTATIVAS DE MULHERES E O IDEÁRIO SOBRE O PAPEL DO MÉDICO.....	169
5.1 A NOÇÃO DE NORMALIDADE DO EXAME DE ULTRASSOM NO DISCURSO DO PODER MÉDICO	169
5.2 IMPRESSÕES SOBRE O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM O OBSTETRA E O ULTRASSONOGRAFISTA: CONCEPÇÕES DE DIFERENTES PAPÉIS NA GRAVIDEZ.....	177
5.3 POSSIBILIDADES DAS GESTANTES FRENTE AO PODER MÉDICO.....	190
6. SOBRE A QUESTÃO DO RISCO NO USO DO ULTRASSOM: PERIGOS VISÍVEIS E INVISÍVEIS	197
6.1 INVESTIGANDO O CONCEITO DE RISCO	197
6.2 SOBRE A SAÚDE DO FETO.....	205
6.3 REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO EXAME: USOS E ABUSOS DA TECNOLOGIA.....	210
6.4 POSSÍVEIS DILEMAS ÉTICOS E MORAIS: ERRO DE DIAGNÓSTICO, INTERRUPTÃO ELETIVA DA GESTAÇÃO E ABORTO.....	219
6.5 ENTRE PERIGOS E DESEJOS: MANEJANDO RISCOS	231
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	234
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	240
ANEXOS	250
Anexo 1 – Modelo de Ficha Médica (Parte Externa)	250
Anexo 2 – Modelo de Ficha Médica (Parte Interna)	251
Anexo 3 – Questionário	252

Anexo 4 – Roteiro da Entrevista Semi-Dirigida com os Principais Tópicos	
Investigados nas Mulheres Gestantes	253
Anexo 5 – Aprovação da Banca de Qualificação	255
Anexo 6 – Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da	
Universidade de São Paulo	256
Anexo 7 – Termo de anuência do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da	
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	257
Anexo 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	258
Anexo 9 – Termo de Responsabilidade do Pesquisador	260
Anexo 10 – Ficha médica das gestantes	261
Anexo 11 – Material de Análise de G1: resumo da entrevista e quadros de	
discursos	262
Anexo 12 – Mídia Digital Contendo o Material de Análise: resumos das entrevistas e	
quadros de discursos	267

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Caracterização das gestantes com base nos dados coletado na ficha de pré-natal: idade, estado civil, escolaridade, profissão, número de gravidezes anteriores, tempo gestacional na coleta de dados e bairro de habitação, CSGPS, São Paulo, 2008..... 87
- Tabela 2 – Caracterização das gestantes com base nos dados coletados via questionário: trabalho, número de horas semanais trabalhadas, religião, praticante, renda pessoal, renda familiar, número de pessoas que contribuem para renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda familiar, CSGPS, São Paulo, 2008.....88

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Construção das categorias e subcategorias do eixo temático “Discursos relacionados ao exame de ultrassom”, São Paulo, 2008..... 90
- Quadro 2 – Construção das categorias e subcategorias do eixo temático “Discursos sobre as vivências relacionadas ao ambiente médico no uso do ultrassom: rotinas, procedimentos técnicos e relacionamento interpessoal entre médico e gestante”, São Paulo, 2008..... 91
- Quadro 3 – Construção das categorias e subcategorias do eixo temático “Discursos sobre o risco ligado ao uso do ultrassom: avaliação da saúde do feto, falha tecnológica e os possíveis dilemas éticos e morais”, São Paulo, 2008..... 92

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
AD	Análise de Discurso

LISTA DE SIGLAS

2D	Duas dimensões
3D	Três dimensões
4D	Quatro dimensões
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
CSGPS	Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza
FSP	Faculdade de Saúde Pública
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
NIH	The National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

O ultrassom é uma tecnologia que advém da área militar, desenvolvida para auxiliar operações navais durante a I Guerra Mundial (KODAIRA, 1997; CHAZAN, 2000, 2005a; HARRIS et al. 2004)¹. Seu emprego na medicina se deu inicialmente no campo da Ginecologia, passando a ser utilizado pela Obstetrícia no final da década de 1950 (LEVI, 1997 *apud* HARRIS et al., 2004).

Ao longo do período de difusão, a tecnologia sofreu sensível melhoria na capacidade de captação de imagens do interior do corpo da mulher e do feto, sendo utilizada ao redor do mundo, inclusive no Brasil. Nos dias de hoje, este procedimento tem lugar estabelecido no período de cuidado de pré-natal (ISFER et al., 1993; PASTORE e CERRI, 1997, GETZ e KIRKENGEM, 2003; ENKIN et al, 2005, MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006).

Apesar desse lugar solidificado na assistência à mulher, o ultrassom não é uma tecnologia utilizada sem debate. Ao longo das décadas de 1970 e 1980, determinados setores da sociedade manifestaram preocupação com a segurança do procedimento (HARRIS et al., 2004). Mesmo com a inexistência de evidências científicas sólidas que comprovasse a sua inocuidade ou periculosidade (ENKIN et al., 2005), a tecnologia se disseminou de modo particular em cada país e cultura.

Na área médica, diversas pesquisas foram conduzidas, especialmente com o foco no desenvolvimento do aparato tecnológico, na validade do resultado produzido com o teste

¹ Esta dissertação foi elaborada de acordo com as normas disponíveis no Guia de Apresentações de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2006).

e na qualificação de profissionais para lidar com o maquinário. As pesquisas de caráter médico foram endereçadas as questões técnico-científicas, em detrimento das relações entre pessoas e o uso de tecnologias. Entretanto, com o ganho na qualidade das imagens, a capacidade de descobertas de adversidades maternas e fetais foi sendo aumentada radicalmente, levando a novos pontos de discussão que superam aspectos técnicos. No âmbito médico, tais preocupações contemplaram formas de comunicação de “más notícias” aos futuros pais e o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico com maior precisão.

Entretanto, estudos (BANTA, 2003; HARRIS et al., 2004) do campo da Saúde Pública, questionaram os benefícios dos avanços tecnológicos da tecnologia de ultrassom. Com o surgimento de pesquisas que abordavam a relação custo-efetividade do procedimento, não foram identificados elementos que justificassem o emprego da técnica em gestações normais, questionando sua utilização rotineira. Um dos argumentos levantados é a não melhoria de indicadores de mortalidade materna e fetal com o uso de escaneamentos (ENKIN et al., 2005). Outro argumento foi a falácia tecnológica, levando a resultados equivocados, de enorme potencial danoso (WATSON et al., 2002; GETZ e KIRKENGEN, 2003; HARRIS et al., 2004; WILLIAMS et al., 2005; ÖHMAN et al., 2006). Em adição, estudos retomaram ainda a discussão sobre a segurança no uso do procedimento (BEECH, 1999).

Na área das ciências sociais e dos estudos feministas, o escopo de investigação foi amplo. Pesquisas discutiram a facilidade e rapidez da disseminação da ultrassonografia no pré-natal (CHAZAN, 2000; HARRIS et al., 2004), o nível de informação das mulheres e dos casais sobre o procedimento (EKELIN et al., 2004) e a facilidade das mulheres em submeterem-se a exames e a manipulação do seu corpo, aderindo a novas tecnologias médicas (PRESS e BROWNER, 1997; NOVAES, 2000). Ainda foram encontrados trabalhos sobre os potenciais dilemas éticos e morais gerados por prognósticos negativos na gestação (NOVAES, 2000; HARRIS et al., 2004; WILLIAMS

et al., 2005; ÖHMAN et al., 2006) e a problemática do aborto (NOVAES, 2000). Nesse prisma, foram analisaram as questões religiosas sobre a decisão favorável ou contrária ao aborto pelas mulheres.

O estudo sobre as utilizações das imagens fetais na construção de bebês subjetivados (CHAZAN, 2005a, 2007a) e a relação entre médico e gestante no âmbito da ultrassonografia ainda foram verificados (WATSON et al., 2002; EKELIN et al., 2004). Uma temática de investigação consideravelmente estudada foi a questão do vínculo materno-fetal no uso da tecnologia. Trabalhos buscaram saber ou discorreram sobre se a ultrassonografia aproxima emocionalmente as mães de seus bebês (EKELIN et al., 2004; JI et al., 2005; FILHO et al., 2006), os pais de seus filhos (KOWALCEK et al., 2002; EKELIN et al., 2004), e se essa é capaz de proporcionar mudanças de hábitos da mulher, como tabagismo e consumo de álcool (SEDGMEN et al., 2006). Por fim, trabalhos buscaram verificar se as percepções maternas sobre os movimentos fetais eram compatíveis aos movimentos visualizados pela ultrassonografia (RUSTICO, 2005).

Com relação aos aspectos psicológicos das mulheres submetidas à tecnologia, outros setores foram alvo de estudo. Trabalhos investigaram o impacto emocional gerado pela ultrassonografia nos futuros pais em caso de normalidade fetal (GOMES E PICCININI, 2005, 2007), de anormalidade fetal (GOMES E PICCININI, 2005; MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006; GOMES E PICCININI, 2007; ÖHMAN et al., 2006) e as reações dos futuros pais frente à descoberta de uma malformação fetal (ALKAZALEH et al., 2004). Além desses, foram desenvolvidos ainda trabalhos sobre os efeitos psicológicos associados ao uso do procedimento, principalmente ansiedade, estresse e depressão (KOWALCEK et al., 2002; LEITHNER et al., 2004; ÖHMAN et al., 2004).

Aspectos éticos e questões de consumo associadas ao exame também foram alvo de debate na comunidade científica, entretanto, focados no embate entre profissionais médicos e não médicos sobre a habilidade de realizar ultrassonografias (WAX e

PINETTE, 2006). As opiniões das mulheres sobre o uso da tecnologia e os possíveis efeitos dessa prática ficaram em segundo plano.

A ultrassonografia foi retratada como tema complexo, influenciado por diversos campos teóricos e científicos: social, religioso, filosófico, psicológico e até mesmo mercadológico, como na propaganda e no consumo. A circulação de informações e saberes sobre essa tecnologia mostra o alcance das conseqüências dessa prática na vida das mulheres, famílias e da sociedade em si.

Diante da análise da literatura disponível, verificou-se que a vivência da mulher submetida à ultrassonografia obstétrica ainda não foi estudada em profundidade, principalmente no Brasil. Essa lacuna prejudica o entendimento dos efeitos trazidos pelo escaneamento na gestação e no psiquismo da mulher acerca de seus filhos. Com o uso constante da tecnologia nas gestações, o corpo da mulher deixou de ser algo opaco. Sua experiência gravídica, antes solitária e baseada em instintos corporais, passa a ser influenciada por mecanismos externos. O bebê que existia apenas no psiquismo feminino passa a ser visualizado, com suas características físicas desveladas, via ultrassonografia. Diante disso, faz-se necessário conhecer as possíveis conseqüências emocionais e sociais geradas pela tecnologia nas mulheres, especialmente em um país onde o aborto é proibido.

Na tentativa de responder a essa lacuna e com o objetivo de contribuir para o avanço do atendimento nas unidades de saúde que oferecem o pré-natal, a presente pesquisa buscou analisar o modo como as mulheres vivenciaram o ultrassom obstétrico, investigando potenciais efeitos psicológicos e sociais associados a essa prática, bem como a influência do ambiente médico nessa experiência. Procurou-se ainda analisar o discurso das mulheres sobre a problemática de possíveis riscos no uso do ultrassom e a prática do aborto. Acredita-se que esse estudo é importante para prover elementos científicos sobre

a visão das gestantes que se submetem a tecnologia de ultrassom e as implicações futuras vividas por elas após o escaneamento.

1.1. CONTEXTO-HISTÓRICO DA INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA AO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

1.1.1 Considerações Preliminares sobre a Assistência ao Ciclo Gravídico Puerperal

A gestação e o parto são eventos humanos que ganharam diferentes conotações ao longo do tempo. Com a gradativa constituição da medicina como ciência e a legitimação do saber médico frente aos corpos, novos rituais e práticas vêm sendo instituídos sobre a parturição das mulheres. O que era inicialmente um território feminino, exclusivo do sentir da mulher passa a ser controlado e significado pelo saber médico.

Como aponta TANAKA (1995), a prática milenar de prestar assistência a parturiente e ao recém nascido foi até o início do século XVIII exercida pelas mulheres e, em algumas comunidades indígenas, pelos maridos que ajudavam no trabalho. Essa assistência se dava em domicílio por obstetrias ou parteiras, mulheres que obtinham conhecimento e prática por meio das experiências de assistência ao parto. Elas eram mulheres de confiança da gestante e tinham uma expertise reconhecida pela população. Geralmente, essas contavam também com a ajuda de mulheres da família e da vizinhança da parturiente. Nesse período, o nascimento era percebido socialmente como um processo normal na vida das mulheres; era o desenlace de um ciclo natural da existência feminina.

A partir de meados do século XVIII diversas movimentações políticas, econômicas e sociais modificaram radicalmente as significações associadas ao momento do nascimento, transformando uma prática natural em um evento patológico. Ao longo do

tempo, a gravidez e o parto foram transformados em assuntos médicos (VIEIRA, 2002; CHAZAN, 2005a).

Um ponto chave para análise de brutal transformação reside na influência do interesse médico sobre o controle dos corpos. De acordo com FOUCAULT (2008a), o fortalecimento da medicina foi acompanhado de contextos sociais que possibilitaram aos governos o desenvolvimento de estratégias de controle dos povos. Na visão do autor, o surgimento de uma medicina social voltada aos indivíduos foi marco importante nesse processo. A medicina social foi desenvolvida a partir de experiências em países europeus, entre eles: Alemanha, com o aparecimento da primeira medicina de Estado, França, com a medicina urbana e a Inglaterra, com a medicina da força de trabalho.

Como resultado dessas diferentes experiências FOUCAULT (2008a) aponta mudanças na organização médica sobre a assistência à saúde e as relações estabelecidas com as ações do Estado. A necessidade era clara: esquadrihar e analisar pessoas, os corpos, os espaços em vistas à normalização. De fato, com a medicina social surge a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração estatal, o (re)desenho do espaço urbano e do trânsito de pessoas, novos métodos de vigilância, a aproximação entre medicina e as áreas da ciências, a (re)significação dos pobres e a criação de novos equipamentos de saúde.

A descoberta dos governos sobre a necessidade em se fazer um controle eficaz sobre o povo, analisada por FOUCAULT (2008b), esteve relacionada à criação do conceito de medicalização. A noção de população, baseada na demografia, foi fator importante, uma vez que remonta a idéia de controle dos indivíduos e de sua saúde, agindo como um dispositivo capaz de assegurar a sujeição dos corpos; considerada então à verdadeira riqueza do Estado. Sob essa nova concepção, os corpos passaram a receber enorme atenção, para que pudessem se tornar instrumentos capazes de serem modelados, manipulados, treinados e potencialmente utilizados em suas forças. Como destaca

FOUCAULT (2008c), o corpo analisável e manipulável é um corpo dócil, uma vez que pode ser transformado em prol de estratégias de poder. Para isso, desenvolvem-se métodos “que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, (...) o que podemos chamar as “disciplinas”” (FOUCAULT, 2008c, p.118).

Os objetivos do poder político estavam entranhados no tecido social. O bem estar físico da população, seu crescimento e formas de gestão passam a ser aspectos importantes no incremento econômico do país. O corpo precisa ser passível de análise e esquadrinhamento para posterior administração; ele torna-se alvo de novos mecanismos de poder (FOUCAULT, 2008c).

É importante frisar que FOUCAULT (2008b) entende que, somado as questões econômicas, as políticas públicas atendiam a um objetivo maior: gerir os efeitos econômico-político da acumulação de homens. Nesse cenário, o tema da natalidade merece destaque, uma vez que o controle social perpassa a sexualidade e a reprodução. Aparecem novas políticas dirigidas para o complexo familiar, onde a criança é o alvo da intervenção, uma vez que ela representa o futuro da sociedade. O corpo da mulher é o alvo dos cuidados medicalizantes, pois é ela quem será responsável pela criança (CHAZAN, 2000; VIEIRA, 2002). Assim, o primeiro ponto de atuação da medicalização da família são as mulheres e as crianças.

As mudanças colocadas aos papéis da mulher e da família a partir do século XVIII aparecem na interferência dos governos sobre a função de maternagem. Como ilustração, BADINTER (1985) aponta que após 1760 surgem inúmeras publicações médicas e estatais recomendando às mães o cuidado pessoal dos filhos e informando sobre a importância da amamentação.

Desde o século XVIII, vemos desenhar-se uma nova imagem da mãe, cujos traços não cessarão de se acentuar durante os dois séculos seguintes. A era das provas de

amor começou. O bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. A mulher aceita sacrificar-se para que seu filho viva, e viva melhor, junto dela (BADINTER, 1985, p.201).

Entretanto, como afirma FOUCAULT (2008b), não se deve colocar somente no aparelho do Estado a iniciativa para a criação de uma política de controle dos corpos. Diversas instituições, como igrejas e associações de beneficência, desempenhavam tal papel e praticavam formas de lidar com os assuntos de saúde que atingiam a população. Múltiplos membros do corpo social passaram a ver saúde e doença como um encargo coletivo, interferindo no desenvolvimento da medicina enquanto campo de saber.

A medicina desempenhou papel fundamental no processo de controle dos corpos e no gerenciamento da população, uma vez que coube a ela a função de produzir verdades, por meio de um conhecimento legitimado. De acordo com VIEIRA (2002), a medicina passa a ser considerada um saber científico, modelada em uma sociedade capitalista, que leva em seu bojo o projeto de medicalização dos corpos. A medicalização tem dois grandes eixos: a normatização das pessoas e a incorporação de serviços e tecnologias médicas no cotidiano da população. Dessa forma, modifica as práticas sociais e os significados dos sujeitos acerca do conhecimento científico, modelando novas formas de subjetividade.

A constituição da disciplina Obstetrícia aconteceu em convergência a esse contexto e sob a força de outro importante movimento social: o surgimento do iluminismo no século XVIII, que trouxe como ideário a valorização da ciência. A aproximação da medicina com áreas da ciência, entre elas a química e a física, representou, portanto, uma primeira ameaça ao trabalho das parteiras. Com o surgimento de cursos formais de medicina e da necessidade de um saber técnico, as parteiras foram substituídas pelos médicos, geralmente homens. O contexto histórico favoreceu esse movimento, uma vez que o campo das ciências era território genuinamente masculino. Entretanto, como aponta ARNEY citado por CHAZAN (2005a) tal entrada exigiu uma mudança na ordem

simbólica sobre o momento do parto e nos aspectos materiais da sociedade sobre o manejo dos corpos. Dessa forma, a medicalização foi definitiva para o estabelecimento de novas práticas passando, inicialmente, por um próprio esquadramento da formação e das diretrizes médicas. Como aponta FOUCAULT (2008a), o processo só pôde acontecer porque os médicos foram treinados, normalizados previamente. “A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico” (FOUCAULT, 2008a, p.83).

É importante destacar que a transformação da Obstetrícia enquanto ciência e sua influência nas formas de manejo do nascimento ocorreram de modo complexo e de forma assimétrica ao redor do mundo². De modo geral, a construção da Obstetrícia como profissão passou por momentos distintos, desde a cooperação entre parteiras e obstetras no trabalho, até o barramento total das parteiras e o domínio médico do parto. Nesse desenvolvimento, inicialmente havia uma divisão de tarefas entre médicos e parteiras. Os primeiros cuidavam dos casos mais graves, enquanto as parteiras ocupavam-se dos partos normais (VIEIRA, 2002).

Nesse momento aparece outro elemento crucial: a inserção de novas tecnologias na parturição sob o discurso da segurança no parto. Os obstetras, responsáveis pelos partos mais difíceis, aprimoraram e difundiram técnicas de intervenção, entre elas a cesárea e o fórceps. Entre as parteiras, tal conhecimento não era acessível e a comunidade passou a reconhecer as habilidades médicas com o sucesso de casos complicados. Começa a difusão do uso da tecnologia como forma de garantir a segurança do parto. O campo de atuação sobre a parturição ficou, dessa forma, restrito aos médicos que utilizavam essas novas tecnologias; ponto importante na entrada dos homens no ambiente do parto, com o uso legitimado de instrumentos de saber e de atuação, tendo como expoente máximo de sua hegemonia a introdução do fórceps (HARRIS et al., 2004).

² Para maiores esclarecimentos sobre o desenvolvimento da obstetrícia nos Estados Unidos e Inglaterra buscar Chazan (2005a).

Ao final do século XIX, a medicina consegue se legitimar no campo de saber sobre o corpo gravídico e as parteiras são retiradas de cena (VIEIRA, 2002). Porém, é importante destacar que isso não se deu sem batalhas³. De acordo com TANAKA (1995), entre os séculos XIX e XX a disputa entre médicos e parteiras era ferrenha. Entretanto, uma dificuldade considerável foi a não capacidade de organização das parteiras enquanto atividade profissional, uma vez que a articulação do grupo médico era importante (VIEIRA, 2002).

A inserção médica no ritual do parto, a entrada de profissionais homens na oferta de assistência à parturiente, a visão científica do funcionamento do corpo e o discurso da segurança no uso da tecnologia foram fatores importantes na transformação do parto em uma patologia médica a ser manejada. Com essa configuração, um parto considerado científico e seguro não poderia ser desempenhado por profissionais leigos, como as parteiras, pois essas não possuíam legitimidade e conhecimento técnico para assumir a tarefa (CHAZAN, 2005a). Com o passar do tempo as parteiras perdem seu conhecimento sobre a técnica do nascimento que, como aponta TANAKA (1995), “torna-se um domínio da ordem médica”. Dessa forma, a mulher passa de sujeito para objeto da ação, em uma sociedade onde as tecnologias e o saber legitimado da ciência têm valor determinante na construção de novas práticas de assistência.

³ Esse conflito permanece vivo até os dias atuais. No Brasil, a formação de parteiras passou por diversas regulamentações, entre a graduação e os cursos de especialização em enfermagem obstétrica. O trabalho de RIESCO (1999) aborda essas questões e discorre sobre o modelo de parteira possível para atuar na assistência. Outro ponto importante no embate é a criação, desde 2004, de um curso de graduação intitulado “Bacharelado em Obstetrícia” que forma obstetrizas para atuarem no ciclo gravídico puerperal. Esse é oferecido pela Universidade de São Paulo. Com a (re)inserção desses profissionais no mercado de trabalho, a briga pelo espaço profissional vem sendo retomada. Tais profissionais encontram dificuldade frente aos conselhos de enfermagem e de medicina, resultando em falta de oportunidades de trabalho. Para informações sobre o histórico desse curso consultar o sítio na internet – <http://www.uspleste.usp.br/cursos.php?pagina=obstetricia>

O novo olhar sobre os corpos, pautado em intervenções e no uso de recursos tecnológicos, supera o discurso disciplinador; o corpo se torna símbolo da apropriação médica, um objeto de saber. Essa história é marcada pelo conhecimento cirúrgico e tecnológico a respeito do parto, primeiro passo para a medicalização da gravidez. A constituição da disciplina Obstetrícia deu subsídios para a criação de outras disciplinas de manejo do corpo feminino, como Ginecologia, Embriologia e a Genética (VIEIRA, 2002).

Após a construção da Obstetrícia e a legitimação das práticas médicas, outro elemento importante na análise da assistência ao ciclo gravídico puerperal é o surgimento do parto hospitalar (VIEIRA, 2002). A (re)descoberta da instituição hospitalar ocupa lugar de destaque nas modificações sobre o parto. De acordo com FOUCAULT (2008d), até o século XVIII, o hospital era lugar de assistência a população pobre e doente e sua organização era baseada na caridade cristã. Esse grupo de pessoas, visto como fonte de transmissão de doenças, precisava ser evitado, combatido e disciplinado. O hospital ainda era conhecido como um lugar para se morrer. A instituição hospitalar, como instrumento terapêutico, surgiu apenas em 1780, oferecendo um espaço de instalação da disciplina e de transformação da prática médica (FOUCAULT, 2008d). O destaque é para uma nova concepção de medicina, que analisa minuciosamente o doente e o medicaliza, com vistas ao melhor aproveitamento do corpo, objeto e alvo de poder (FOUCAULT, 2008c).

No campo da parturição, diversas descobertas acontecem que modificam o âmbito hospitalar. Dentre as pesquisas para a reconstrução do *Hôtel-Dieu*, em Paris, FOUCAULT (2008d) cita a análise dos leitos de mulheres parturientes fundamentando a descoberta da influência espacial no prognóstico de saúde; parturientes não poderiam ser deixadas em andares acima daqueles onde haviam pessoas feridas. As melhorias obtidas na qualidade do parto domiciliar após a entrada dos médicos, a nova organização institucional com o objetivo terapêutico e os incrementos na Obstetrícia e Neonatologia

fizeram com que instituições nacionais e internacionais de saúde passassem a preconizar o parto hospitalar. Como destaca TANAKA (1995), estão entre elas a Organização Mundial (OMS) de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil.

O parto hospitalizado passou a ser referência depois do final da Segunda Guerra Mundial⁴. TANAKA (1995) aponta que a defesa pela maciça hospitalização do parto ocorreu em nome da redução da mortalidade infantil e materna⁵. Os riscos “naturais” socialmente associados ao parto passam a ser destacados e temidos.

A bandeira médica de novas tecnologias e os serviços de apoio ao parto criaram rapidamente na população o ideário do parto institucionalizado que foi incorporado com o auxílio de políticas públicas que clamavam pela segurança do hospital.

Entretanto, a partir de uma perspectiva foucaultiana, uma nova análise pode ser desenhada. A partir da institucionalização, o que ocorre é que o corpo gravídico passa a ser medicalizado, normalizado, escrutinado em prol de seu maior aproveitamento. Pode-se pensar que a própria idéia de neutralizar supostos “riscos” traz por detrás de si a possibilidade de validar um discurso com base na vigilância dos corpos. Como desfecho, o parto, antes natural e domiciliar, passa a ser institucionalizado e manejado; campo do saber médico do obstetra (TANAKA, 1995). Esse processo de delimitação de competências, que culmina na patologização da gravidez, pode ser entendido frente à necessidade de se constituir um campo profissional, uma área socialmente reconhecida do saber.

Atualmente, a gravidez é considerada um evento médico, onde são necessárias hospitalização e o uso de procedimentos tecnológicos. Nesse cenário, a presença do

⁴ Entretanto, a primeira maternidade pública de Londres data de 1749 (FOUCAULT, 2008d).

⁵ O estudo da mortalidade materna faz-se importante, pois constitui um indicador de saúde da mulher e reflete a qualidade do atendimento prestado no período de pré-natal, parto e puerpério (TANAKA, 1995).

obstetra torna-se indispensável, pois é ele quem dirige o parto e maneja as intervenções. Analisando esse novo lugar dado ao parto CHAZAN (2005a) aponta que

“Há uma estrutura geral de monitoramento e vigilância sempre presentes, englobando a gravidez, o parto e o pós-parto em um contínuo. A tecnologia disponível passa a incluir diversos dispositivos visuais e laboratoriais que visam um acompanhamento e vigilância minuciosos da gravidez e do parto. A tecnologia da parturição muda de “ganhar o controle sobre o parto” para “monitoramento e vigilância”” (CHAZAN, 2005a, p.92).

Como assinala BOLTANSKI (2004), a medicina se apropria de tecnologias para fazer valer o seu saber. Percebe-se que além da presença de um obstetra, novas práticas e rotinas médicas passam a ser imprescindíveis na gravidez contemporânea.

A institucionalização do parto ao redor do mundo, como diz TANAKA (1995), trouxe benefícios à saúde da mulher e da criança. Apesar de polêmicas questões, os adventos da obstetrícia moderna, como a antibioticoterapia, anestesia, assepsia e a hemoterapia, resultaram em melhores dados nos indicadores de saúde e solidificaram a idéia da segurança no parto hospitalar. O domínio das técnicas de intervenção sobre o andamento do parto e o conhecimento sobre a prática da cesárea são exemplos difundidos da evolução do conhecimento médico auxiliando na queda da mortalidade materna. Em adição, as descobertas sobre as condições fetais, gerando ganhos na sobrevivência fetal, contribuíram significativamente para a redução da mortalidade infantil.

Por outro lado, no Brasil, o declínio de mortes e agravos à saúde de mães e bebês no parto não foi total. O que se observou foi que a redução da mortalidade materna ocorreu, porém de forma mais tímida quando comparado aos países desenvolvidos. Sobre tal fenômeno, a hipótese levantada por TANAKA (1995) relaciona o excesso no uso de tecnologias com a queda na qualidade do atendimento clínico do obstetra. A autora defende que apesar dos avanços científicos, ainda existem casos que dependem do olhar e da expertise do médico. Assim, é importante garantir a qualidade da assistência à

saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. Para isso, é necessária uma mudança no paradigma abordado até esse momento: valorizar não só o momento do parto, mas a integração entre pré-natal, parto e puerpério.

Essa discussão perpassa obrigatoriamente a temática do aumento no emprego de tecnologias reprodutivas durante o ciclo gravídico-puerperal, sob a ótica dos benefícios oferecidos à dupla mãe-bebê.

1.1.2 Medicalização da Gravidez: a Linguagem do Risco

Ao longo da evolução do conhecimento no campo das ciências médicas e do aprimoramento de tecnologias, diversos avanços vêm contribuindo para a melhoria do cenário da saúde humana. As melhorias podem ser vistas na criação de vacinas, de remédios, do controle de epidemias e no aumento na expectativa de vida em diversos países. No Brasil, o sistema de saúde e as condições de vida melhoraram, como pode ser comprovado pelos índices sanitários e dados sobre mortalidade.

Entretanto, novas temáticas estão sendo discutidas na comunidade científica: como dosar a real necessidade do uso das tecnologias e dos procedimentos médicos? O que é importante em um bom tratamento? O que é realmente necessário para garantir qualidade de vida? O que é uma vida saudável?

Nesse cenário, SILVER (1999), afirma que há uma dicotomia entre duas correntes éticas e políticas no país e no mundo. A primeira corrente visa à qualidade e equidade no acesso e utilização dos serviços e condições de saúde, enquanto na segunda, a saúde é vista como algo de valor comercial, com alto potencial de valor mercantil. Quando se pensa a saúde englobando seu forte caráter de valor econômico se pode entender as altas taxas de medicalização e manipulação do corpo. A mídia da saúde vende a ilusão de saúde eterna e vida sem dor, o que justifica o enriquecimento crescente de toda indústria

de laboratórios farmacêuticos. Exatamente por esse poder, ILLICH (1975) afirma que a indústria médica é um dos setores econômicos de maior expansão, sendo que o aumento da produção de insumos em saúde passa a ser percebido pela população como melhoria nas condições de vida.

Como produto de grande valor mercadológico, as tecnologias vêm sendo utilizadas como formas de obtenção de um saber sobre o corpo humano que, por vezes, desconsidera a história pessoal e subjetiva das pessoas. Esse fenômeno está ligado aos sistemas de poder e de controle social, que inserem mecanismos de monitoração de corpos e mentes. Pode-se perceber que as atitudes das pessoas passam a ser modeladas não só pelos interesses de governos ou seus agentes, mas pelos comportamentos coletivos e pela mídia. Esse funcionamento pode ser entendido pelo conceito de poder apresentado por FOUCAULT (2007a); o poder é algo móvel, difuso, que não se encontra estático em uma ou mais instituição. Dessa forma, é impossível atribuir exclusivamente à medicina ou ao Estado uma estratégia de medicalização; essa ação parece advir de diversos campos de interesse.

A des subjetividade humana, em oposição ao interesse pela materialidade do corpo, ainda pode ser compreendida como resultado do que ILLICH (1975) chama de iatrogenia médica, que pode ser definida como uma doença que é produzida pelas condutas médicas. Esse conceito pode envolver três níveis: a iatrogênese clínica, social e estrutural. De modo geral, o autor defende a existência de doenças geradas pela prática e/ou tratamento médico, ou seja, médicos, medicamentos e hospitais funcionariam como agentes patogênicos. Em sua teoria, a medicina passa a ser criticada duramente; o autor questiona não só os efeitos secundários derivados das terapêuticas utilizadas, bem como o mito de que a medicina seria capaz de tudo curar e de prolongar a vida. Ao impor esses valores às pessoas, essas perdem a capacidade de significar o processo de dor, sofrimentos e morte. Dessa forma, o autor considera a iatrogenia uma epidemia

incurável, fenômeno crescente mundialmente, que impõe valores e interesses da empresa médica à sociedade.

Nesse sentido, a medicina, com seu olhar biológico externo ao sujeito, em sua função de estabelecer verdades, acaba definindo o que é o normal e o que é o patológico, o que necessita de intervenção e o que é incurável, gerando dilemas éticos, morais e sociais. De acordo com TANAKA e ALVARENGA (1999), o corpo passa a ser nessa ótica um puro invólucro para o avanço do saber. Frente a isso, surge no mundo um movimento de humanização da saúde, que engloba o ser humano como um todo integral, com a bandeira de devolver a subjetividade humana roubada pela iatrogenia médica.

No caso da saúde da mulher, o processo de manipulação corporal e formação de demandas têm agravo maior, uma vez que a assistência se reduz exclusivamente à capacidade de reprodução, gerando uma falsa fragmentação do corpo feminino (TANAKA e ALVARENGA, 1999). De acordo com VIEIRA (2002), a redução do corpo feminino à sua condição orgânica segue os pilares norteadores da medicalização do corpo feminino. Assim, ele poderá ser qualificado por meio de referenciais médicos. A associação entre sexo e condição orgânica leva à naturalização do corpo feminino, transformando a dimensão social em algo dado como natural.

Nas áreas da Ginecologia e Obstetrícia, a medicalização da mulher alcança seu apogeu. O ponto chave de operacionalização está na resignificação da gravidez: essa deixa de ser um fenômeno natural para um evento patológico, onde a linguagem do risco e das probabilidades predomina. Essa transformação é compreensível dentro de uma sociedade que promove uma cultura de risco, onde as adversidades devem ser prevenidas e o mal evitado por meio do manejo de comportamentos.

As gestantes parecem imersas nesse sistema, adotando inúmeras atitudes relacionadas a uma suposta obtenção de saúde e bem estar. O ideário feminino sobre um bom parto

passa a ser aquele que garante à ausência de dor e rapidez ao parir, diminuindo os riscos de lacerações físicas ou de incômodo à mulher. Com isso, o uso de cesáreas está sendo empregado de forma crescente. A realização dos exames de pré-natal está sendo aumentada na tentativa de excluir qualquer possibilidade de problemas na área da medicina fetal. Não obstante, empresas e consultórios ganham altos lucros com a venda de *souvenirs* e lembrancinhas do feto.

Observa-se que a importância das mulheres sobre a assistência à saúde no ciclo gravídico-puerperal acaba atendendo interesses particulares. Um exemplo está na mudança da prática do partejar, ato que vem se extinguindo em função do aumento de cesáreas desnecessárias, já que isso facilita a prática do médico que consegue adequar sua agenda com partos programados. Outro exemplo está na prescrição de exames invasivos no pré-natal, conduta que está se tornando rotina em casos de mulheres com idade mais avançada, sem se observar a história da paciente e seu risco real de ter um bebê com algum tipo de anomalia. A reprodução assistida também é uma nova tendência, fazendo da infertilidade algo a ser curado, através de uma dura rotina para engravidar ou dos filhos de laboratório.

Percebe-se, portanto, que o parto não é mais o único momento alvo de intervenções médicas questionáveis. O período de pré-natal vem agregando novos recursos tecnológicos ao longo do tempo, com foco na monitoração e vigilância da gestante e do bebê, sendo a ultrassonografia elemento importante. Desse modo, o contexto mercadológico do procedimento deve ser levado em consideração em análises sobre seu uso. É importante refletir sobre a necessidade da utilização desse e de outros procedimentos no pré-natal, uma vez que interesses externos incentivam o uso da tecnologia.

Para regulamentar condutas, diretrizes e padrões de atendimento médico que regem o atendimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, são elaboradas políticas públicas

que merecem ser analisadas criticamente, visando a compreensão de seu teor e seus reflexos sobre a saúde da população. Destacam-se aqui as políticas voltadas ao pré-natal e ao emprego de tecnologias, uma vez que se acredita que a qualidade desse atendimento tem reflexos diretos no desfecho da gestação.

1.1.3 Políticas Públicas de Pré-Natal no Contexto da Saúde da Mulher

Na atualidade médico-científico a atenção pré-natal pode ser compreendida como um conjunto de diferentes consultas e procedimentos que a mulher recebe dos serviços de saúde durante o período do ciclo gravídico-puerperal. Tem por objetivo fornecer assistência integral à saúde da mulher e da criança, por meio do estabelecimento de ações de promoção e prevenção da saúde, diagnóstico e tratamento de doenças e intercorrências que apareçam ao longo da gestação e no puerpério. Pretende assegurar uma boa assistência para a dupla mãe e filho e estimular o elo entre gravidez e parto com experiências positivas nas mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

No cenário internacional, a OMS considera que a qualidade da atenção à saúde da mulher na gestação e no parto pode garantir melhores desfechos para a mãe e a criança. Referenda diversos estudos observacionais que demonstraram claramente que o pré-natal pode prevenir problemas para a mulher e a criança (OMS, 2004).

As políticas públicas de pré-natal sinalizam a postura de cada país com relação a esse momento da vida da mulher. O reconhecimento do período do pré-natal como momento de extrema importância para o desfecho da gestação e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade materno-fetal levaram o governo brasileiro a elaborar políticas de assistência específicas para as mulheres gestantes através da criação de leis, programas e diretrizes de orientação profissional para a assistência.

No ano de 1975, aconteceu a 5^a. Conferência Nacional de Saúde, onde foi promulgado o 1º. Programa de Assistência à Saúde Materno-Infantil, com foco na redução da mortalidade infantil. O pré-natal passou a configurar como política oficial para a saúde materna e da criança que estruturou três pilares de atuação: hierarquização, regionalização e a ampliação de cobertura. Nesse momento foi proposto o aumento de quatro para cinco consultas: quatro na gravidez e uma no puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1975).

Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que introduziu novos conceitos sobre a atenção à saúde feminina baseados nos princípios de integralidade e a autonomia corporal. O programa preconizava uma forma de assistência onde os profissionais pudessem perceber e se relacionar com as mulheres enquanto sujeitos e detentoras de direitos, na perspectiva da compreensão de suas demandas e necessidades, sem a fragmentação do atendimento à mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SERRUYA et al., 2004).

No ano de 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) divulgado na Portaria número 569/GM, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Sua estratégia era, mais uma vez, a ampliação do acesso ao pré-natal, o estabelecimento de ações para viabilizar o acompanhamento da mulher e a promoção de vínculo entre assistência ambulatorial e o momento do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

Essa iniciativa foi necessária uma vez que o Brasil ainda enfrentava graves problemas no que tange à saúde da mulher, especialmente, no ciclo gravídico-puerperal. Os indicadores sócio-demográficos e a realidade brasileira heterogênea continuam mostrando o tamanho do desafio a ser enfrentado na melhoria da assistência à saúde nos dias atuais. Como destaca TANAKA (1995) a mortalidade materna não foi reduzida drasticamente, mesmo com a inserção de novas tecnologias e com o aumento da

cobertura pré-natal. Percebe-se que apesar do aumento no escrutínio dos corpos das mulheres, melhores desfechos de saúde não foram alcançados.

Na agenda do PHPN está preconizada uma política de exames e condutas mínimas exigidas na realização do pré-natal das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Os procedimentos elencados estão assegurados as gestantes no território nacional. As diretrizes estão voltadas para a garantia do número mínimo de seis consultas, distribuídas ao longo da gestação da seguinte forma: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre, não existindo, em momento algum, a chamada “alta de pré-natal”. Em complemento, é recomendada a realização de uma consulta de puerpério para avaliação da saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a, 2000b; SERRUYA et al., 2004).

Com relação aos exames laboratoriais, o Ministério da Saúde, recomenda a realização de um grupo de exames mínimos que devem ser solicitados a todas as gestantes, com a finalidade de rastreamento e diagnóstico precoce de determinadas condições adversas na mãe e na criança. Estão incluídas: a dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht), grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, exame sumário de urina (Tipo I) e sorologia anti-HIV que deve estar associado ao consentimento da mulher, obtido após o aconselhamento pré-teste. Além dos descritos, alguns exames devem ser repetidos ao redor da trigésima semana de gestação para assegurar a condição de saúde da mulher e do feto: sorologia para hepatite B (HBsAg), toxoplasmose e sífilis, glicemia em jejum e urina (Tipo I). O foco dos exames é o rastreamento de um conjunto restrito de condições adversas à gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, 2006a; SERRUYA et al., 2004).

Com relação aos chamados exames complementares, como a ultrassonografia obstétrica e morfológica, esses não fazem parte da rotina de exames básicos referendada no PHPN. Tais exames compõem um arsenal de apoio diagnóstico para a prática médica

considerados, pelo Ministério da Saúde, dispensáveis em um pré-natal normal. São indicados para mulheres diagnosticadas como gestantes de alto risco⁶; risco esse que deve ser avaliado continuamente a cada consulta por um profissional de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

O conceito de risco gravídico a ser avaliado diz respeito a classificar ou fazer um prognóstico do curso gestacional. Entretanto, ele não garante uma confirmação, pois como aponta TANAKA (1995), nem todos os mecanismos fisiológicos da gestação são conhecidos, mesmo com os avanços tecnológicos, o que deixa uma incerteza quanto à evolução da gestação. Nessa óptica, não se pode prever sempre quais gestações terão complicações, da mesma forma que não se pode garantir a precocidade na detecção de anormalidades. Um desfecho negativo pode acontecer abruptamente, causando danos irreversíveis ou mesmo levando a morte da gestante e/ou do conceito. Frente à imprevisibilidade da gestação, a autora argumenta que o processo de avaliação do pré-natal deveria ser focado na realização de um plano para o momento de pré-parto e parto, disponibilizando a mulher todos os recursos humanos e tecnológicos necessários para a garantia de melhores resultados obstétricos e neonatais possíveis. É necessário apontar que o conceito de risco não é unanimidade entre os estudiosos do campo da saúde devido a suas implicações clínicas e ideológicas.

Na publicação “Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde”, lançada em 2006, o Ministério da Saúde propõe os parâmetros que devem subsidiar a programação de ações de saúde nos estados e municípios. Constam no documento recomendações técnicas, com o objetivo de indicar referências para orientar o trabalho de gestores do SUS, no planejamento, programação e priorização das ações de saúde. Com relação à ultrassonografia fica estabelecido como orientação, a realização de

⁶ Nesse documento, o conceito de ‘gestante de risco’ esteve ligado à existência de patologias prévias, como diabetes e epilepsia, ou gestacionais, que surgiram ou foram agravadas pela presença da gravidez. Também eram consideradas como gestações de risco, aquelas de mulheres com filhos portadores de defeitos congênitos e/ou genéticos, bem como outras condições.

um exame para 10% das gestantes normais e dois exames ao longo da gestação para todas as gestantes de alto risco⁷. Em adição a essa orientação, fica indicado que a oferta de qualquer ação de saúde poderá ser flexibilizada pelos gestores em função de dados epidemiológicos e orçamentários de cada região. Os estados e municípios devem garantir a realização dos exames complementares e estabelecer sistemas de referência e contrarreferência que assegurem a qualidade da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Como é preconizado pelo Ministério da Saúde (2006a), o uso da tecnologia de ultrassom na gestação tem indicação restrita a algumas condições, entre elas: confirmação de diagnóstico de idade gestacional, das condições de abortamento (em seus diferentes estágios e quadros clínicos), gravidez ectópica, mola hidatiforme, placenta prévia, gemelaridade e nas gestações prolongadas. Nesses casos, frente a suspeita diagnóstica, o profissional é orientado a encaminhar a mulher para hospital de referência para exame ultrassonográfico, definição e tratamento do problema de saúde. Orienta-se que o pré-natal deverá ser continuado em centro de referência para gestação de alto risco, caso necessário.

Existem outras indicações de ultrassonografia específicas para mulheres com doenças de base, como as que apresentam diabetes⁸ e epilepsia⁹. Para as mulheres com diabetes

⁷ O documento não discorre sobre como são escolhidas essas 10% de gestantes normais, bem como não aponta a classificação de referência utilizada como alto risco. Afirma apenas que 15% das gestantes brasileiras se encontram no grupo de alto risco.

⁸ Essa indicação é baseada em dados epidemiológicos que associam a presença de diabetes gestacional com desfechos negativos na mulher e no feto.

⁹ A epilepsia tem destaque porque é uma patologia afetada pelos hormônios sexuais, o que pode gerar complicações para a saúde reprodutiva da mulher, especialmente durante a gravidez. “Entre 17% e 37% das mulheres com epilepsia têm aumento da frequência das crises, em especial no terceiro trimestre. Isso se deve às alterações sistêmicas próprias da gravidez, como ganho de peso, alterações hormonais e aumento do volume plasmático, que levam a alterações na absorção das drogas, aumento do metabolismo e outras alterações fisiológicas que culminam com diminuição do seu nível sérico. Outro fator que comumente leva ao aumento da frequência de crises é a suspensão da droga pela própria gestante, por medo de efeitos deletérios ao feto” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p.122). Existem dados que associam complicações durante a gestação, o parto e o puerpério entre mulheres portadoras de epilepsia e uso de anticonvulsivantes. Outro dado importante indica que nas mulheres com epilepsia, o risco de

gestacional sugere-se a realização de dois exames: o primeiro no início da gravidez para a determinação da idade gestacional e o segundo entre dezesseis e vinte semanas para rastreamento de malformações fetais. No caso das mulheres portadoras de epilepsia, o acompanhamento pré-natal deve ser intensivo e o uso do ultrassom justifica-se, conforme o Ministério da Saúde, devido ao número elevado de complicações durante a gestação, o parto e o puerpério que “incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento nessas crianças, em taxas maiores que as da população geral” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Por meio das publicações do governo percebe-se como é evidente a indicação dos exames de ultrassonografia em situações específicas e sua associação com condições que oferecem riscos de agravamento à saúde materno-fetal. O Ministério da Saúde aponta que a ultrassonografia pode ser acrescida da rotina mínima de exames, entretanto reafirma que: **“A não realização de ultra-sonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal”**¹⁰ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p.29).

Entretanto, sabe-se que muitas mulheres têm desejado realizar o exame de ultrassom no pré-natal. Isso parece ser reconhecido pelo Ministério da Saúde, que se justifica quanto a não utilização maciça nos serviços. Essa problemática entre a busca de um exame diagnóstico e a sua oferta na rede pública de saúde é resultado de novas representações sociais acerca da tecnologia que merecem, aqui, ser discutidas.

malformações fetais dobra quando comparado à população geral. As malformações mais comuns são o lábio leporino e palato fendido. Devido a esses pontos, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006a) recomenda o exame de ultrassonografia para o rastreamento de possíveis malformações fetais. Orienta-se também o uso de ácido fólico prévio à concepção, visando à redução no risco de malformação fetal, porque a terapia medicamentosa aumenta o consumo de folato.

¹⁰ O destaque dado em negrito segue em equivalência a publicação original.

A partir de 1980, com o surgimento e rápida expansão da Medicina Fetal, uma especialidade da Obstetrícia, recursos de diagnóstico pré-natal vêm sendo popularizados no Brasil. O termo Medicina Fetal pode ser compreendido como:

(...) “um conjunto de ações de finalidades distintas, preventivas, diagnósticas ou terapêuticas no sentido de proteger, avaliar e assistir a Saúde do feto. Assim, o compromisso maior deste especialista é com a Saúde do feto. Considera o feto como um indivíduo, um paciente em todos os aspectos do Direito de um ser humano e de um cidadão. Para tanto, utiliza recursos clínicos, ultrasonográficos, bioquímicos, dopplerfluxométricos, imunológicos, hematológicos, bacteriológicos, medicamentosos e cirúrgicos” (ISFER et al., 1993).

Em centros urbanos é possível encontrar essa especialidade, principalmente no sudeste do país. Esta é disponibilizada tanto em hospitais universitários como em diversas clínicas privadas, fornecendo exames complementares ao acompanhamento e diagnóstico médico. Dentro das tecnologias de pré-natal, o procedimento mais difundido é a ultrassonografia e não raro pode-se encontrar maquinários em consultórios privados de obstetras, em algumas cidades do Brasil (ISFER et al., 1993). Esse procedimento ocupa lugar de destaque atualmente entre as tecnologias de acompanhamento pré-natal (CHAZAN, 2005a). NOVAES (2000) concorda que o ultrassom é a tecnologia de imagem que se encontra em maior expansão no país, mas ressalta que, de acordo com as agências governamentais e as sociedades de radiologia, a qualidade dos procedimentos é desconhecida.

Com o crescente desenvolvimento da Medicina Fetal surgem novos questionamentos à sociedade. O primeiro deles diz respeito à própria definição dessa disciplina médica, que coloca o feto no lugar de paciente a ser tratado. Essa transformação sobre a concepção do paciente a ser assistido promove uma reconfiguração sobre o corpo da mulher e a gravidez, sendo processo que já vem sendo reconhecido pelas gestantes (ERIKSON, 2007). O segundo ponto de análise é a suposta independência do feto ao corpo da mãe, levando a diversos dilemas éticos. Essa conjunção tem como pressuposto a sobreposição da vida do feto sobre a vida, saúde e vontade da mulher, que fica em segundo plano

diante da gravidez. A literatura (CHAZAN, 2005a; ERIKSON, 2007) analisa que tal transformação foi influenciada pela inserção da ultrassonografia no pré-natal, reforçando a construção social do feto como uma pessoa.

A inserção de tecnologias, como a ultrassonografia, pode modelar contextos sociais, levando a desdobramentos inimagináveis previamente a seu uso. Com relação aos possíveis aspectos emocionais relacionados a esse procedimento, o governo aponta para que o profissional de saúde: (...) “observe e respeite a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os médicos relacionam a ecografia com embriologia do feto, e os pais, com as características e a personalidade do filho. Eles necessitam ser guiados e esclarecidos, durante o exame, pelo especialista e pelo obstetra” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p.37).

O texto acima sugere a presença de algum componente psicológico relacionado ao exame de ultrassom, além de apontar a existência de significados divergentes entre pais e médicos. Nesse sentido, o governo reconhece que o uso mais popular desse procedimento está (re)modelando a sociedade. Apesar de pontuadas em uma publicação técnico-científica, as questões emocionais, sociais e éticas vinculadas à ultrassonografia têm pouca discussão. Não fica claro ao leitor o que deve ser dito aos pais e quais seriam os esclarecimentos que devem ser oferecidos pela equipe médica, ou seja, não se discorre acerca das representações sociais do recurso tecnológico. Acredita-se que essa omissão é reforçada pela escassez de evidências científicas sobre essa área.

Não obstante, é importante frisar que, ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde lança orientações que consideram a ultrassonografia como ferramenta dispensável em um pré-natal normal, tecnologia com utilização controlada, também se sabe que seu uso é crescente no país, não só no atendimento do setor público como na prática privada. Acredita-se que esse cenário pode ser compreendido por implicações trazidas pelas características dessa tecnologia. O principal foco do procedimento é a investigação de

anomalias fetais, muitas sem tratamento médico disponível. Em um país que proíbe o aborto terapêutico, programas de rastreamento de patologias fetais teriam, assim, aplicabilidade questionável, como será detalhado adiante.

1.2 SOBRE A TECNOLOGIA DE ULTRASSOM

1.2.1 Desenvolvimento e Difusão

A tecnologia do ultrassom tem suas origens na área militar, especialmente criado para operações navais; foi um aparato desenvolvido pelos franceses e utilizado na I Grande Guerra (KODAIRA, 1997; CHAZAN, 2000, 2005a; HARRIS et al. 2004).¹¹ Seu surgimento foi possibilitado ainda por investimentos de países como Alemanha, Estados Unidos, Japão e Inglaterra no estudo de ondas de alta frequência para a navegação submarina. Essas pesquisas militares formaram o estágio inicial para o uso do ultrassom na área médica (ERIKSON, 2007).

KODAIRA (1997) aponta que trabalhos pioneiros, utilizando o ultrassom como ferramenta diagnóstica, começaram com estudos dos irmãos Dussik na Áustria, nos anos 1930. O emprego do ultrassom, como aparato médico, ocorreu primeiramente no campo da ginecologia, com o foco no diagnóstico de tumores abdominais. Trabalhava-se, inicialmente, com a idéia de que diferentes classes de tumores abdominais produziam ecos diversos entre si (HARRIS et al., 2004). Com sua aplicação, a tecnologia mostrou-se mais eficaz para visualizar o interior dos corpos por meio de tecidos moles do que por ossos (ERIKSON, 2007). A parede abdominal foi local privilegiado para escaneamentos.

¹¹ O ultra-som tem seus princípios físicos baseados no Sound Navigation and Ranging, mais conhecido como sonar; um instrumento que possibilita a localização de objetos e submarinos inimigos submersos no oceano. A tecnologia utiliza ondas sonoras de alta frequência que não são captadas pelo ouvido, maior que 16kHz acima do limite audível humano. Essas, ao encontrarem um objeto em um meio de água, são capazes de produzir ecos. A distância entre o objeto e o emissor pode ser calculada pelo tempo de retorno da onda (KODAIRA, 1997; CHAZAN, 2000).

O uso dessa tecnologia foi disponibilizado para o campo da obstetrícia no final dos anos 1950 por Ian Donald (CHAZAN, 2000; LEVI, 1997 *apud* HARRIS et al., 2004), quando foi percebido que ecos poderiam ser obtidos a partir da estrutura da cabeça do feto (WILLOCK, 1996 *apud* HARRIS et al., 2004). Com o uso mais constante, foi descoberta a capacidade da ultrassonografia em conseguir ecos do feto e da placenta, constituindo esses os alvos iniciais do exame de ultrassom na gestação.

Os primeiros equipamentos de ultrassom eram pesados e produziam imagens de pouca qualidade, sem a habilidade de detectar movimentação interna. A partir de 1965, começou-se a produzir um maquinário capaz de mostrar determinados movimentos fetais, como os batimentos cardíacos e a respiração. Em 1968, Ian Donald, foi capaz de mostrar um saco gestacional no interior do útero (ERIKSON, 2007).

No princípio, o ultrassom teve seu uso vinculado ao cálculo da estimativa de idade gestacional, passando gradativamente a diagnosticar múltiplas gestações, localização de placenta até que ele foi usado para diagnosticar anormalidades no feto (CHAZAN, 2000; GETZ E KIRKENGEM, 2003). Na década de 1970, foi diagnosticada a primeira malformação fetal; uma anormalidade macroscópica de anencefalia (ENKIN et al. 2005). Estudos (CHAZAN, 2000; HARRIS et al., 2004; BUCHABQUI et al., 2006; MAGALHÃES et al., 2006) apontam que com sua contínua aplicação ele próprio passou a ser um instrumento de diagnóstico da gravidez em si. Para CHAZAN (2000), a influência do ultrassom é tamanha que esse pode ser considerado um recurso capaz de reconfigurar a percepção da gravidez, algo que antes só podia ser alcançada quando surgiam os primeiros movimentos fetais.

A difusão da tecnologia teve relação com um fator importante, como apontado em CHAZAN (2000): o impacto negativo gerado na opinião pública sobre a revelação dos agravos originados da radiação; após as explosões das bombas atômicas no Japão,

durante a Segunda Guerra Mundial. Nesse contexto, o uso da tecnologia de raios X passou a ser utilizado mais restritamente na gestação, favorecendo o uso do ultrassom. Esse procedimento ganhou espaço no ambiente hospitalar em países como Japão, Estados Unidos e na Europa, fazendo parte do pré-natal nas grandes cidades. Com a colaboração de engenheiros, médicos e de um público de investidores, a tecnologia passou a ser menor, portátil e capaz de produzir imagens de boa resolução (ERIKSON, 2007).

Nesse momento inicial, a tecnologia foi vista com reservas, uma vez que não havia elementos conhecidos sobre a segurança e efetividade do procedimento, especialmente na área da Obstetrícia. O ultrassom foi divulgado como uma tecnologia inócua, o que se tornou uma questão polêmica, devido à falta de estudos que comprovassem essa característica. Mesmo com o debate sobre os efeitos da tecnologia, a partir da década de 1960, ele passa a figurar no período do pré-natal¹² (CHAZAN, 2000, 2005a; HARRIS et al. 2004; ENKIN, 2005).

Durante seu processo de difusão, a partir da década de 70, alguns setores da sociedade, entre eles o movimento feminista, manifestaram preocupações sobre possíveis seqüelas e efeitos adversos oriundos da tecnologia. Esses reivindicavam a produção de pesquisas que comprovassem evidências científicas sobre a segurança do procedimento. De acordo com a literatura (BEECH, 1999; CHAZAN 2000), nos anos 80 foram divulgados experimentos apontando para a associação entre exposição ao ultrassom e retardo no crescimento e anormalidades em camundongos e macacos, o que reforçou os pedidos de cautela na aplicação do recurso diagnóstico, apesar do mesmo já ser comumente utilizado.

¹² Para maiores informações sobre a história do desenvolvimento do ultra-som no campo da Ginecologia e Obstetrícia consultar: <http://www.ob-ultrasound.net/history1.html>

Em seu trabalho, BEECH (1999) examina as funções do ultrassom e aponta a possibilidade de efeitos adversos no feto com o uso da tecnologia. Questiona a segurança do procedimento baseada na falta de estudos que comprovem a sua não periculosidade. A autora destaca ainda que, ao contrário das drogas e medicamentos, as novas variações do ultrassom não são acompanhadas de estudos cuidadosos, especialmente, os ensaios clínicos controlados.

Partilhando a mesma opinião, ENKIN et al. (2005) aponta para a fragilidade dos poucos estudos realizados sobre a segurança do ultrassom, e alerta sobre a existência de falhas na condução dos mesmos. Assim como BEECH (1999), o autor considera surpreendente a falta de pesquisas bem controladas e desenhadas no estudo dos efeitos da exposição ao ultrassom em fetos humanos, mas não discorre sobre as possíveis razões para tal.

Utilizando como base as revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane, ENKIN et al. (2005) afirmam que “os estudos randomizados e controlados realizados até hoje foram muito pequenos para que houvesse uma chance razoável de se identificar um efeito da exposição à ultra-sonografia sobre qualquer resultado adverso raro” (ENKIN et al., 2005, p.33). Não obstante, BEECH (1999) aponta a possibilidade de dislexia e problemas de aprendizagem em crianças que foram alvo do escaneamento. Afirma ainda que a cada exame, toda a criança passa a ser escaneada, levantando possíveis efeitos do acesso à radiação.

Nesse contexto, com escassez de evidências científicas, começaram a crescer as preocupações dos grupos relutantes sobre a utilização indiscriminada do exame e duvidosos quanto à sua inocuidade, existindo até os dias atuais (HARRIS et al., 2004). Em contrapartida, para grande parte da comunidade médica, a disseminação passou a ocorrer sem maiores reservas, levando os países e as agências reguladoras a adotar normas de utilização. Como resultado da falta de pesquisas sólidas, ambigüidades surgiram quanto à recomendação e uso da tecnologia ao redor do globo, levando a

aplicações variadas de acordo com diferenças regionais. Esse panorama existe até os dias de hoje.

Em nível mundial, alguns países optaram pelo emprego da tecnologia como rotina no pré-natal, prática realizada dentro de uma política de rastreamento para malformações fetais. De acordo com ERIKSON (2007), em 1979, a Alemanha foi a primeira nação a colocar a ultrassonografia em um programa oficial de pré-natal. Ao longo do tempo, Suécia, Estados Unidos e Inglaterra também passaram a utilizar o exame, cada local com sua particularidade.

De acordo com FILLY e CRANE (2002), em 1984, a agência governamental do departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (The National Institutes of Health – NIH), conduziu um painel para discutir evidências sobre a ultrassonografia. Os resultados demonstraram a ausência de evidências que comprovassem benefícios na morbidade ou mortalidade fetal. Nesse encontro, eles elaboraram uma lista com as indicações do procedimento e sugeriram novos estudos sobre a questão. Entretanto, nesse momento, os obstetras dos Estados Unidos já vinham utilizando a tecnologia, inclusive já tendo instituído programas de rastreamento ultrassonográfico. Para os autores, dois pontos foram fundamentais para a não adesão de médicos à postura de restrição de exames: primeiramente, esses profissionais já tinham um julgamento próprio acerca da eficácia da tecnologia e, em segundo lugar, consideravam que quanto mais exames melhor, uma vez que a prática tinha impacto financeiro. Desse modo, uma fiscalização externa seria difícil, dificultando que os médicos limitassem o uso do exame.

De modo geral, pode-se considerar que a tecnologia de ultrassom foi fácil e rapidamente disseminada. Apesar de alguns pontos de questionamento, era nítido o entusiasmo da comunidade médica no respaldo ao uso da tecnologia de ultrassom. Trabalhos (CHAZAN, 2000; LEVI, 1997 *apud* HARRIS et al., 2004) sugerem que isso foi

possibilitado exatamente pela baixa incidência de patologias fetais e o exame; para além de seu propósito diagnóstico, era capaz de mostrar um bebê saudável. Com isso, a riqueza da ultrassonografia obstétrica residiu na larga variedade e constante mudança das estruturas visíveis o que possibilitou monitorar o desenvolvimento do feto e confirmar sua saúde e vitalidade (CHAZAN, 2000; HARRIS et al., 2004, MAGALAHÃES e MAGALHÃES, 2006). Percebe-se que outros objetivos são somados ao escaneamento: a monitoração do feto e o acesso visual à criança. O ultrassom passa a apresentar diferentes possibilidades, mostrando o interesse médico e de instituições de poder na vigilância dos corpos. Tal cenário, aliado as questões de consumo e a crescente medicalização das populações, pode explicar os altos investimentos na qualidade do maquinário.

Dessa forma, a tecnologia sofreu uma impressionante evolução, com a melhora na resolução e captação de imagens e na capacidade diagnóstica, podendo hoje detectar até mesmo malformações sutis, tendo seu lugar estabelecido na rotina de pré-natal (ISFER et al., 1993; PASTORE e CERRI, 1997, GETZ e KIRKENGEN, 2003; ENKIN et al., 2005, WILLIAMS et al., 2005; MAGALAHÃES e MAGALHÃES, 2006). Sem provas contundentes sobre a segurança do procedimento, a discussão recaiu na relação custo-efetividade, necessidade do procedimento em gestações normais e seus benefícios no campo da Saúde Pública, como será apresentado adiante (BANTA, 2003; HARRIS et al., 2004).

1.2.2 Alcance do Ultrassom como Ferramenta Diagnóstica: Possibilidades e Limites

Devido à expansão no uso do ultrassom como ferramenta diagnóstica no período pré-natal, a comunidade científica passou a investir recursos em treinamento profissional e aprimoramento tecnológico, o que pode ser comprovado pela apresentação das novas

tecnologias de imagem, como o ultrassom 3D e 4D¹³ (FILHO et al.,2006). A qualidade das imagens do ultrassom melhora a cada dia, sendo hoje nítidas (NICOL, 2007). Contudo, esse desenvolvimento técnico-científico só foi possível pela aceitação das mulheres sobre o recurso, passando, por vezes, a demandá-lo ativamente. Como afirmam FILLY e CRANE (2002), as gestantes não perguntam aos médicos se a ultrassonografia é indicada, mas sim quando essa será agendada. Percebe-se um processo de retroalimentação contínua, uma vez que a aplicação de uma tecnologia é capaz de moldar contextos culturais (ERIKSON, 2007).

Para BARRIOS (2006) a ultrassonografia tornou viável à humanidade o acesso ao desenvolvimento embrionário, através da visualização de estruturas fetais, da observação dos movimentos, gestos e posições do feto sendo possível explorar o mundo intocável do bebê. Na opinião de MAGALHÃES et al. (2006), o recurso possibilita ao clínico fazer uma análise minuciosa da anatomia fetal, identificar a respiração, deglutição, os movimentos motores do feto e a atividade cardíaca intra-uterina.

Diversos trabalhos afirmam que o procedimento possibilitou a visualização de um mundo desconhecido e secreto; o interior do útero, onde o feto passou a ser visto, controlado e monitorado, muitas vezes também julgado em suas características e viabilidades (PRESS e BROWNER, 1997; GETZ e KIRKENGEN, 2003; CHAZAN, 2000, 2005a). Com isso, mesmo os fetos em desenvolvimento passam a ser qualificados em função de suas capacidades físicas em um julgamento externo sobre o que é considerado saudável ou não. Esse novo panorama mostra os níveis atuais de manipulação dos corpos, capaz de retratar que “a invasão da medicina não reconhece limites” (ILLICH, 1975, p.9).

¹³ Inicialmente eram utilizadas técnicas de captação de imagens em duas dimensões, conhecida como ultrassom 2D. Atualmente, surgiram as versões em três (3D) e quatro (4D) dimensões, que utilizam os cortes ultrassonográficos fornecidos pelo ultrassom 2D, adicionando à tecnologia recursos de recomposição de imagens por meio da computação gráfica (CHAZAN, 2007a).

Com relação à sua aplicabilidade, esse tem sido considerado apto a avaliar os seguintes quesitos: idade gestacional (PASTORE e CERRI, 1997; ENKIN et al, 2005; MAGALHÃES et al.,2006), número de conceptos ou gemelaridade (PASTORE e CERRI, 1997; ENKIN et al, 2005; MAGALHÃES et al.,2006), desenvolvimento e apresentação fetal (PASTORE e CERRI, 1997; ENKIN et al, 2005; MAGALHÃES et al.,2006), líquido amniótico (ISFER et al., 1993; PASTORE e CERRI, 1997; ENKIN et al, 2005; MAGALHÃES et al.,2006), placenta (ISFER et al., 1993; PASTORE e CERRI, 1997; ENKIN et al, 2005; MAGALHÃES et al.,2006) e cordão umbilical (ISFER et al., 1993; PASTORE e CERRI, 1997; MAGALHÃES et al.,2006). Outra finalidade reconhecida do procedimento é auxiliar na técnica de cerclagem cervical¹⁴ (ENKIN et al, 2005).

A ultrassonografia ainda pode detectar marcadores de problemas no feto, através de medidas computadorizadas e da visualização das estruturas fetais, entre eles as medidas de translucência nucal e do osso nasal.

A Translucência Nucal é um teste de rastreamento precoce para avaliação do risco gestacional para anomalias cromossômicas, defeitos cardíacos e outras malformações e síndromes genéticas (NICOLAIDES et al., 2007). Para garantir sua validade diagnóstica, ela precisa ser aferida entre onze e treze semanas e seis dias de gestação e seu objetivo é a aferição da medida subcutânea da nuca do feto (GETZ e KIRKENGEN, 2003; NICOLAIDES et al., 2007). A medida pode ser obtida com os mesmos resultados utilizando as vias de acesso abdominal ou transvaginal (NICOLAIDES et al., 2007). Autores (HARRIS et al., 2004; MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006; THE FETAL MEDICINE FOUNDATION, 2007; NICOLAIDES et al., 2007) justificam sua aplicação com base em estudos que apontam para correlação entre a espessura nucal aumentada e a presença das doenças referidas. Baseado em uma medida padronizada, o exame foi

¹⁴ “Cerclagem significa sutura em bolsa e foi idealizada como maneira de manter o colo [do útero] fechado, impossibilitando anatomicamente sua dilatação antes do final da gravidez, evitando, assim, a prematuridade” (MATTAR, 2006, p.139).

lançado em vários países. Por meio de um programa de computador, o resultado oferece um risco individualizado para algumas doenças, entre elas, Síndrome de Down e as trissomias do 13 e do 18. O resultado obtido deve ser compreendido como uma probabilidade; em seus cálculos existe a combinação da idade materna, histórico familiar, as medidas do feto e da própria Translucência Nucal (GETZ e KIRKENGEN, 2003). A literatura (THE FETAL MEDICINE FOUNDATION, 2007; NICOLAIDES et al., 2007) aponta que a Translucência Nucal, como método de rastreamento precoce para Síndrome de Down, é capaz de diagnosticar 80% dos fetos afetados pela doença cromossômica, com uma taxa de falso positivo¹⁵ de 5%¹⁶.

Quando algum marcador ultrassonográfico é descoberto o médico pode prescrever a realização de procedimentos mais invasivos e específicos, uma vez que essas medidas isoladamente não são capazes de fornecer um diagnóstico confiável. Desse modo, a ultrassonografia pode ser hábil apenas para sinalizar algo, não sendo o instrumento que fornecerá um diagnóstico final (MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006). Entre os procedimentos mais utilizados na investigação de doenças fetais estão a amniocentese¹⁷ e a biópsia de vilosidades coriônicas¹⁸. Ambos envolvem punções, com a introdução de agulhas para retirada de material para análise laboratorial, essas são guiadas pelo exame de ultrassom (ISFER et al., 1993; ENKIN et al, 2005; MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006).

¹⁵ Considera-se um resultado falso positivo aquele em que o indivíduo recebe um diagnóstico positivo no exame realizado, mas o mesmo não possui a condição investigada (GORDIS, 2000).

¹⁶ Para maiores informações sobre o exame de Translucência Nucal acessar: <http://www.fetalmedicine.com/pdf/11-14/portuguese/FMF-portuguese.pdf>

¹⁷ A amniocentese é um procedimento invasivo, no qual uma agulha é introduzida no abdômen da mulher para a coleta de líquido amniótico. Esse teste tem por objetivo a pesquisa de anomalias genéticas, desordens metabólicas, infecções congênitas, estudo de DNA para patologias específicas, bem como para investigação de maturidade fetal. Deve ser realizado preferencialmente entre 15 a 20 semanas de gestação (ISFER et al., 1993).

¹⁸ Esse exame é feito por meio de uma punção da região trofoblástica para investigação de anomalias genéticas, desordens metabólicas e estudo de DNA. Seu período ideal de realização é entre 11 e 13 semanas de gravidez (ISFER et al., 1993).

A Ecocardiografia fetal também pode ser considerada um exame mais específico, sendo realizada desde 1970 (BARRIOS, 2006). Tem por objetivo avaliar a formação cardíaca do feto e investigar a presença de possíveis malformações nesse órgão, no período entre a 18 e a 20 semanas de gestação. Os avanços da ecocardiografia levaram ao aumento da capacidade diagnóstica da ultrassonografia; entretanto, existem malformações que ainda são de difícil diagnóstico intra-útero, como as anomalias cardíacas congênitas (BARRIOS, 2006). ISFER et al. (1993) destaca que defeitos nos grandes vasos da base do coração podem passar despercebidos se não houver análise minuciosa durante o exame. Essa constatação introduz um significativo problema em relação à confiabilidade do diagnóstico ultrassonográfico: a subjetividade do operador na interpretação das imagens.

A literatura (NOVAES, 2000; FILLY e CRANE, 2002; ENKIN et al. 2005; FILHO, 2006) considera que a validade do resultado da ultrassonografia depende de uma tríade entre qualidade técnica do equipamento, como sua resolução, do tempo despendido no exame e da experiência do operador. O trabalho de FILLY e CRANE (2002) discute que as taxas de detecção de anomalias fetais são maiores quando o procedimento é realizado por um operador experiente. Nesse elemento talvez resida o maior problema, pois além da experiência clínica, a subjetividade do técnico é inerente ao procedimento e, portanto, ao diagnóstico. Torna-se difícil garantir a mesma interpretação, já que cada profissional tem seu olhar próprio.

Há de se destacar que nesse contexto a literatura (MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006) aponta que a ultrassonografia permite diagnosticar, no máximo, 70 a 80% das malformações estruturais ou anatômicas do feto. Outro ponto de limitação é a dificuldade no diagnóstico de malformações associadas, o que pode comprometer a confiabilidade de um prognóstico, já que cada malformação leva a uma conduta clínica diferente (FILLY e CRANE, 2002). Esse dado abre diversas discussões na comunidade científica, entre elas o número de escaneamentos necessários durante uma gestação, a

rotinização do exame, as implicações de um rastreamento de patologias fetais e os benefícios gerados com o procedimento.

Com relação ao número de exames de ultrassom no pré-natal não há um posicionamento uniforme da comunidade científica; não existe consenso sobre o número máximo e mínimo, mas defende-se a realização de pelo menos um escaneamento ao longo da gravidez (MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006).

Para MAGALHÃES et al. (2006), a ultrassonografia deve ser indicada a todas as gestantes em, no mínimo, dois momentos: o primeiro entre a décima primeira e décima terceira semana, para a obtenção da idade gestacional, o estudo da anatomia, a medida da translucência nucal, avaliar o número de conceptos, determinar os aspectos da corionicidade; e o segundo entre a vigésima segunda e vigésima quarta semana, para uma avaliação morfológica do feto, medição do colo uterino, para elaborar um prognóstico sobre o risco de parto prematuro e a dopplervelocimetria das artérias uterinas, que permite a avaliação precoce para pré-eclâmpsia e crescimento intra-uterino restrito. Em sua opinião, todos esses elementos podem ser rastreados nesse único momento, recomendando o uso do exame.

Na tentativa de conciliar as informações da área médica, com vistas à padronização de condutas na tomada de decisão dos médicos, a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina criaram o Projeto Diretrizes (2006). Assinado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO), o documento recomenda o uso da ultrassonografia para todas as mulheres grávidas, com dois objetivos: o diagnóstico precoce da gravidez e o rastreamento universal de patologias no segundo trimestre. Sugere-se que o clínico ofereça à paciente o exame logo na primeira consulta do pré-natal a fim de detectar a idade gestacional, uma vez que bases de dados afirmam que cerca de 11 a 42% das datas da última menstruação são incorretas. De acordo com o documento, o mesmo deve ser realizado preferencialmente

entre 10 e 13 semanas de gestação, período que assegura a confiabilidade do resultado da idade gestacional, bem como da translucência nucal. O grau de recomendação dessa postura é classificado como A: legenda que representa as condutas que já foram acompanhadas por estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência, ou seja, que tem maior força de evidência.

Com relação à propedêutica fetal, pode-se dizer com nível A que a ultrassonografia de rotina do primeiro trimestre gestacional é capaz de detectar precocemente gestações múltiplas e reduzir a taxa de indução ao parto nas gestações pós-termo (FEBRASGO, 2006).

O motivo do escaneamento é uma questão importante na literatura e está ainda associado à discussão sobre o número de exames. Alguns autores (MAGALHÃES et al., 2006) defendem a utilização da ultrassonografia sem restrição no número de exames e de modo universal, enquanto outros (EWIGMAN et al., 1993) argumentam seu uso com indicações específicas e em alguns momentos da gravidez. A divergência recai novamente na falta de pesquisas científicas sólidas sobre as habilidades dessa tecnologia, bem como é permeada pelo contexto de legalidade do aborto.

O uso rotineiro do ultrassom é defendido principalmente pela comunidade médica, sob o argumento de que o aparato é capaz de melhorar alguns desfechos perinatais, reduzindo a mortalidade neonatal (FILLY e CRANE, 2002). Contudo, a grande crítica que essa corrente recebe é a de que essa redução está associada à interrupção eletiva de fetos malformados, ou seja, essas crianças saem das estatísticas, gerando um aparente benefício que não condiz com os dados reais (EWIGMAN et al., 1993).

Além de EWIGMAN et al. (1993), outros autores (GETZ e KIRKENGEN, 2003; ENKIN et al., 2005; FEBRASGO, 2006) reforçam a teoria de que as evidências científicas atuais ainda não são suficientes para recomendar o uso de rotina do ultrassom

nas mulheres, sob o argumento de que a técnica não teve impacto na redução da mortalidade materna e neonatal. Para a FEBRASGO (2006), o ultrassom de segundo trimestre de gestação em mulheres de baixo risco não trouxe benefícios nem para a mulher nem para o recém-nascido. Além disso, a ultrassonografia não esteve associada à diminuição da taxa de indução do parto, nem da taxa de cesariana, não reduziu prematuridade, a mortalidade perinatal, ou a natimortalidade.

A não eficácia do ultrassom em mulheres de baixo risco ainda foi encontrada no estudo RADIUS, conduzido por EWIGMAN et al. (1993). Essa pesquisa é importante, pois contou com a participação de 15.151 gestantes, maior amostra populacional em estudos sobre o procedimento até aquela época. Tinha por objetivo determinar se o exame de ultrassom diminuía a frequência de desfechos perinatais adversos, definidos como morte fetal e morte ou morbidade neonatal. As mulheres foram divididas de forma randomizada em dois grupos: o grupo de intervenção ou de baixo risco, que recebeu dois escaneamentos na gestação e o grupo controle, que recebeu exames somente após indicação médica. Os resultados mostraram que o ultrassom não diminuiu as taxas de resultados perinatais negativos em mulheres de baixo risco, bem como não modificou as taxas de parto prematuro ou de peso dos bebês entre os grupos. Apontou ainda que a detecção de anomalias congênitas não melhorou o desfecho perinatal, concluindo que o exame de ultrassonografia não apresenta benefícios sobre os desfechos perinatais de mulheres de baixo risco.

ENKIN et al. (2005) também não recomenda o uso indiscriminado do procedimento, baseado na falta de evidências que comprovem sua eficácia e na existência de controvérsias sobre a questão do risco, ainda não esclarecidas a contento.

A OMS (2004) contribui para a discussão apontando para questões importantes: a) o fato de que até um passado recente pouco era conhecido sobre a validade dos elementos que compunham o pré-natal; b) pesquisas mostrando que eram realizadas intervenções

desnecessárias e sem benefício comprovado e c) os componentes do pré-natal continuam sendo introduzidos continuamente sem a avaliação científica prévia. Com relação à rotinização no uso do ultrassom nos diferentes trimestres, é declarado que: “Routine third-trimester ultrasound examination of the fetus is not recommended. There is insufficient evidence to recommend for or against routine ultrasound examination in the second trimester in low-risk pregnant women (...) The Cochrane Review agrees that no benefit to mother or baby has been demonstrated” (OMS, 2004).

Os estudos de custo-benefício têm contribuído ativamente para esse debate, uma vez que a eficácia de procedimentos é de suma importância na alocação de recursos em saúde. Em orientação à comunidade europeia, BANTA (2003) reitera que o uso excessivo de exames de ultrassom não demonstra benefícios sobre desfechos adversos, devendo ser prática largamente abandonada, poupando recursos para procedimentos mais efetivos¹⁹.

Essa questão vem sendo bastante discutida na área da Saúde Pública e ganhou força com o movimento da medicina baseada em evidências. Diversas organizações científicas vêm trabalhando para a divulgação de evidências em saúde, entre elas, a Colaboração Cochrane, o Instituto Joanna Briggs e a Colaboração Campbell. Os dados produzidos são adotados por muitos países e agências governamentais, caso do Ministério da Saúde do Brasil.

“A **ultra-sonografia de rotina durante a gestação**²⁰, embora seja procedimento bastante corriqueiro, permanece controversa. Não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da

¹⁹ A preocupação com a alocação de recursos pode ser pensadas em relação a outros procedimentos de diagnóstico fetal. O trabalho de MAGALHÃES e MAGALHÃES (2006) analisou dados do serviço de Medicina Fetal do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, sobre obtenção do cariótipo fetal durante o período de 1989 a 2003. Foram realizados 2.020 exames, entre amniocentese, biópsia de vilosidades coriônicas, cordocentese e outros. Os resultados apontaram doença cromossômica em 4,22% dos casos e exames normais em 95,78% dos pacientes. Essas taxas de detecção são maiores que as encontradas com o uso da ultrassonografia no estudo RADIUS, com a prevalência de 2,3% de patologias graves (EWIGMAN et al.,1993). Entretanto, em populações numerosas o uso rotineiro de técnicas de rastreamento é um procedimento caro, devendo ser analisado antes de seu emprego aleatório.

²⁰ Grifo em concordância com o destaque dado no documento original.

morbidade e da mortalidade perinatal ou materna (...) Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p.29).

Como visto anteriormente, nesse país, o uso do ultrassom nunca figurou como algo universal na política de saúde da mulher gestante. Acredita-se que o contexto da ilegalidade do aborto marca essa diretriz política, uma vez que a gestante não pode interromper a gestação nos casos de malformação fetal.

Apesar das controvérsias sobre o uso rotineiro da tecnologia, se faz evidente a adesão dos pais aos mais diversos procedimentos, independentemente de suas limitações diagnósticas. Contudo, essa massificação de escaneamentos pode gerar diversos efeitos na vida da mulher e da família examinada, uma vez que a ultrassonografia pode detectar anormalidades fetais. Essas questões não aparecem no discurso médico. A título de ilustração, a fala de BARRIOS (2006) pode ser exemplificada: “a ultra-sonografia permite superar barreiras e realizar um ‘exame físico’ quase completo no feto, sem danos para ele ou para a mãe” (BARRIOS, 2006, p.208). Outros autores (FILHO et al., 2006) apontam o método como algo prático, rápido, de baixo custo e com uma peculiar inocuidade, modelando na sociedade uma concepção sobre a suposta inocuidade da tecnologia.

Percebe-se nesses discursos médicos que elementos subjetivos, como o que pode ser considerado dano e o que pode ser chamado peculiaridade, não são esmiuçados. Pode-se considerar que a descoberta de uma malformação pode ser extremamente danosa em casos onde o aborto terapêutico não é uma opção viável, tema não considerado pelos referido autores.

Abordando esse mote, o Projeto Diretrizes afirma com recomendação nível A que, com relação ao uso da ultrassonografia no segundo trimestre da gestação, (...) “não existem dados com relação aos potenciais efeitos psicológicos do exame rotineiro nessa fase da

gravidez, nem nos resultados neonatais a curto e longos prazos” (FEBRASGO, 2006, p.11). Ainda sobre essa temática, MAGALHÃES et al. (2006) afirmam que qualquer gravidez é geradora de ansiedade e que mulheres com algum tipo de diagnóstico fetal adverso podem sofrer abalos psíquicos, ressaltando a influência de fatores psicológicos.

Nessa dissertação, pensa-se que a suposta inocuidade física pode mascarar o possível perigo causado por um diagnóstico adverso na saúde mental dos futuros pais; os resultados psicológicos são desconhecidos. Enquanto o uso do ultrassom é cada vez maior, os possíveis efeitos associados a ele não são debatidos na comunidade médica.

1.2.3 A Real Necessidade de Exames Versus a Criação de uma Demanda: o Ultrassom como bem de Consumo

A oferta dos exames de ultrassonografia nos sistemas de saúde varia de país a país, mas esse é freqüentemente realizado em todo o mundo. Na Inglaterra são oferecidos dois exames de ultrassom por gestação (NICOL, 2007), enquanto na Alemanha são três escaneamentos, todos feitos por obstetras em mulheres com 10, 20 e 30 semanas de gravidez (PETERSEN e JAHN, 2008). Na Islândia e na Noruega é oferecido um exame por gestação, no Canadá são dois e na Grécia um a cada consulta (HARRIS et al., 2004). Nos Estados Unidos, apesar da declaração do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) argumentando contra o ultrassom de rotina, a própria ACOG estima que entre 60 e 70% das mulheres grávidas se submetem ao ultrassom de rotina (ACOG, 1997). No Brasil, não existe uma diretriz oficial universalizando o exame e nem dados disponíveis sobre seu emprego. As características das políticas nacionais sobre o pré-natal e o contexto sócio-econômico interferem no número de exames realizados e no destino de verbas públicas para essa atividade.

Além do setor público, a medicina privada também oferece exames de diagnóstico, sendo uma alternativa para mulheres que querem um número maior de exames em sua gestação. No caso brasileiro, muitos exames disponibilizados no setor privado não figuram nas diretrizes públicas, tanto por motivos de custo, como pela não eficácia dos procedimentos, como, por exemplo, o ultrassom 3D.

O acesso das mulheres aos serviços de saúde no Brasil é extremamente desigual, principalmente com relação às tecnologias reprodutivas. Enquanto as mulheres de classes mais ricas movimentam quantidades enormes de dinheiro na atividade privada, as mulheres de baixa renda, mesmo com indicação médica, têm dificuldade de realizar exames (TANAKA, 1995), entre eles a ultrassonografia. As diferenças regionais no interior do país agravam ainda mais esse panorama, o que faz com pessoas mais pobres apresentem problemas de saúde mais graves.

Atualmente o acesso à saúde não é somente considerado com relação aos serviços, mas também aos procedimentos tecnológicos. Em alguns países, como aponta HARRIS et al. (2004), o ultrassom foi considerado um direito da mulher grávida e esse passou a integrar a política oficial de pré-natal, entre eles: Alemanha e Áustria. Para isso, houve mobilização das mulheres em prol do exame.

No Brasil, essa mobilização das mulheres não aconteceu de modo organizado, mas aparece em relatos pontuais. Em recente congresso da ABRASCO, em uma apresentação sobre as narrativas de saúde e doença nas mulheres indígenas da comunidade suruí, MARRERO (2007), apontou que algumas índias gestantes foram submetidas ao ultrassom. Nessa comunidade, o recurso ficou conhecido como um aparato que permite ver o feto e garantir sua saúde, sendo apelidado de “olho mágico”. A representação social atribuída à tecnologia é de que essa traz uma proteção ao filho, prevenindo problemas em seus bebês. Dessa forma, a comunidade vem exigindo dos órgãos de

saúde locais o uso do ultrassom em todas as gestações como um direito da assistência à mulher.

De certo modo, as mulheres passam a reivindicar a inserção da ultrassonografia em uma política oficial. Quando o Ministério da Saúde do Brasil lança um documento apontando que a não realização do ultrassom no pré-natal não compromete a qualidade do acompanhamento, percebe-se que a agência está ciente desse fenômeno social. Na visão de John McKinlay citado por PRESS e BROWNER (1997), a inserção de uma tecnologia em uma política pública garante seu uso contínuo, uma vez que passa a existir um reconhecimento compartilhado de seu valor, estimulando as pessoas a desejarem receber o procedimento em uma postura de consumo.

A literatura (FILLY e CRANE, 2002; CHAZAN, 2005a, 2007a) aponta como as imagens estranhas da ultrassonografia se transformaram em objeto de culto e desejo na sociedade moderna. A ultrassonografia se expandiu, juntamente com seus sentidos, que parecem ir além de sua utilização diagnóstica inicial. Tal fato influencia as atitudes das mulheres, que passam a buscar escaneamentos desnecessários, incluindo os chamados ultrassons de entretenimento. Esse novo comportamento pode ser entendido a partir de vários ângulos, como resultado de diversas articulações de poder entre medicina, tecnociência e sociedade. Além disso, pode-se considerar esse hábito de monitoramento como um reflexo de práticas iatrogênicas, exemplificado na construção da necessidade de consumo de procedimentos médicos.

Pode-se pensar que o progresso da ciência, que trouxe enormes benefícios à qualidade de assistência, também gerou uma grande dependência aos recursos tecnológicos, mesmo sobre procedimentos desnecessários. No campo da Obstetrícia, essa dependência se baseia ainda no controle de supostos riscos à saúde da mulher e do bebê. Na opinião de JORDAN (1987), “Modern obstetrics has a male-dominated hierarchical power structure, its introduction is supported by the ideology of modernization and progress.

Unfortunately, it often serves the economic and social interests of elites rather than those of the great majority of women in need of basic care” (JORDAN, 1987, p.318)

É fato notório que as práticas médicas modelam sentidos, atitudes e necessidades dos indivíduos, carregando ideologias e conflitos em seus pilares. Com relação à gravidez, pode-se pensar que existe uma construção social ativa e permanente, alimentada por médicos e gestantes, em prol da comprovação da normalidade da gestação e do bebê a todo tempo. A ultrassonografia é uma excelente ferramenta para tal finalidade. Apesar de ser um procedimento sem eficiência comprovada em gestações normais, o uso crescente se justifica por vários motivos: no consumo de produtos da empresa médica, na medicalização da gravidez, na comprovação da viabilidade fetal, pelo desejo das gestantes de realizarem o exame, entre outros.

Esse último argumento, inclusive, vem sendo utilizado por autores (FILLY e CRANE, 2002; GARCIA et al., 2002; GUDEX et al., 2006) que rebatem os estudos de custo-efetividade. Segundo esses trabalhos, as opiniões positivas das mulheres sobre o escaneamento deveriam ser levadas em consideração como uma variável na avaliação da tecnologia, para além dos desfechos clínicos. Os estudos que não adotam essa conduta seriam negligentes, não representando corretamente as visões das gestantes. De acordo com GUDEX et al. (2006), se os desejos e percepções femininas fossem incluídas nessas investigações, poderiam alterar as conclusões sobre o baixo custo-efetividade da ultrassonografia, uma vez que o bem-estar emocional promovido com o escaneamento poderia ser considerado como uma variável benéfica.

Acredita-se que esses argumentos podem conter diferentes interesses em seu bojo. Por um lado as mulheres contam com prazer sobre o momento do exame e podem sentir-se beneficiadas com ele. Em outro ângulo, o discurso sobre os aspectos emocionais das mulheres poderia se tornar apenas outra justificativa para a indicação e realização da ultrassonografia de modo mais maleável pela comunidade científica.

1.2.4 Implicações Legais

O código penal brasileiro foi redigido em 1940, contendo em seu texto as punições designadas para as infrações criminais cometidas no país (BENUTE, 2005; MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006). Tal legislação, apesar de antiga, encontra-se em vigor no Brasil, sendo limitadamente revista pelos parlamentares.

Como consta no código, a legislação sobre o aborto está descrita no Título I ‘dos crimes contra a pessoa’ dentro do Capítulo I intitulado ‘dos crimes contra a vida’, abordada nos artigos 124 até 128. Pela leitura desse documento depreende-se que o aborto é crime no Brasil, passível de um até dez anos de punição, podendo está ser estendida, quando não há consentimento da mulher sobre o procedimento (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2007).

De acordo com o Artigo 128, existem somente duas situações em que o aborto é permitido: nos casos onde a gravidez foi resultado de estupro ou em situações em que há risco de vida para a mulher gestante (BENUTE, 2005; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2007).

Quando o código penal brasileiro foi formulado ainda não havia sido inventada a tecnologia de ultrassom; essa só começou a ser utilizada a partir de 1950, permitindo o acesso a modernos diagnósticos, o que conseqüentemente abre discussão sobre a viabilidade fetal. Hoje, com o avanço tecnológico dos exames pré-natais e com o diagnóstico precoce de malformações fetais, reascendeu na sociedade a discussão sobre o aborto. Como um efeito da tecnologia, ao desvelar os segredos do feto, encontra-se aqueles com graves doenças, muitas delas incompatíveis com a vida. Essa possibilidade diagnóstica criou uma nova situação jurídica, não prevista pelo Código Penal Brasileiro

de 1940: a possibilidade de interrupção legal da gravidez ou o aborto seletivo. Esse só pode acontecer por meio de uma autorização concedida pelo Sistema Judiciário e, muitas vezes, o pedido é indeferido.

Desde o início da década de 1990, centenas de decisões judiciais autorizaram a interrupção da gravidez em razão de grave anomalia fetal, principalmente nos casos de anencefalia (BENUTE, 2005). Segundo MAGALHÃES e MAGALHÃES (2006), até o ano de 2003 foram concedidos cerca de 2000 alvarás para interrupção legal da gestação, devido a malformações fetais. Contudo, essas autorizações estavam relacionadas a deformidades onde o feto apresentava uma condição incompatível com a vida extra-uterina, principalmente a anencefalia. As anomalias menores, mas de grande impacto físico, não encontram o mesmo respaldo jurídico.

Nos dias de hoje, o Supremo Tribunal Federal (STF) está discutindo a possibilidade de interrupção da gestação em casos de anencefalia, enfrentando apoio e críticas de vários setores sociais²¹. A Igreja pode ser considerada o principal setor de oposição. A moral católica é forte no Brasil, tendo influenciado consideravelmente a própria redação do código penal no que tange ao aborto. Ela ainda impõe resistência a qualquer discussão sobre a liberação do aborto no país, contribuindo para que as leis não sejam revistas, o que diminui a discussão social.

De qualquer modo, a liberação do aborto em casos de anencefalia resolveria apenas uma parte da problemática, visto que os casais com malformações fetais não letais continuariam legalmente descobertos. Desse modo, pode-se pensar nos dilemas enfrentados por casais que recebem um diagnóstico adverso e os benefícios gerados pelo escaneamento no Brasil.

²¹ Até a finalização desta dissertação o STF não havia chegado a um veredicto sobre a questão em tramitação.

Ao realizar um processo de rastreamento, utilizando tanto a ultrassonografia como outros exames, deve-se levar em consideração a ausência de terapêutica disponível para a maioria das patologias detectáveis. O desejo dos pais de interromper a gestação pode não ser respeitado, uma vez que o procedimento depende de uma autorização judicial e não tem respaldo legal universal²². A decisão de conceder ou não o ‘direito’ ao aborto pode passar por julgamentos morais e individuais do juiz e dificultar que a vontade do casal seja respeitada. Essa problemática precisa ser discutida pela equipe de saúde e pela sociedade, já que o uso de ferramentas de diagnóstico fetal é crescente no Brasil.

1.3 EM BUSCA DO DIÁLOGO ENTRE TECNOLOGIA DE ULTRASSOM, PSIQUE FEMININA E SAÚDE DA MULHER

Diante do aumento no uso e na busca de mulheres pelos exames de ultrassom, percebe-se um novo comportamento tecnológico sobre a gravidez. Dentre as diversas problemáticas geradas por essa prática, focam-se aqui os estudos que abordam as percepções, atitudes, valores e visões dos sujeitos envolvidos no ambiente ultrassonográfico.

Durante a revisão bibliográfica do presente trabalho, foram encontrados artigos internacionais (KOWALCEK et al., 2002; WATSON et al., 2002; GETZ e KIRKENGEM, 2003; SJÖSTRÖM et al., 2003; EKELIN et al., 2004; HARRIS et al., 2004; LEITHNER et al., 2004; ÖHMAN et al., 2004; WILLIAMS et al., 2005) referentes a pesquisas realizadas em países da Europa, Austrália e Estados Unidos, onde o ultrassom obstétrico faz parte de uma política nacional de cuidados com a saúde da gestante.

²² Entretanto, estudos (FONSECA et al., 1996) vêm destacando que no país o acesso ao aborto é determinado pelas condições sócio-econômicas das famílias, aspecto que deve ser considerado nessa discussão. Tanto os locais como os modos de realização do procedimento variam de acordo as variáveis referidas.

No Brasil, o tema da ultrassonografia obstétrica relacionada às ciências humanas e sociais ainda é um campo a ser explorado. Foram encontrados alguns trabalhos importantes, entre eles os estudos de CHAZAN (2000, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2007a, 2007b), NOVAES (2000) e GOMES E PICCININI (2005, 2007).

O conteúdo do material encontrado pôde ser dividido em abordagens temáticas: o estudo de níveis de ansiedade, depressão e estresse relacionado ao procedimento, a utilização das imagens fetais, o vínculo materno-fetal relacionado à tecnologia, os dilemas gerados em consequência do diagnóstico adverso, as formas de comunicação de prognósticos negativos, a disseminação da ultrassonografia no pré-natal, o nível de informação das mulheres e dos casais sobre o procedimento, dilemas derivados de diagnósticos errados e a problemática do aborto.

Com relação aos estudos de variáveis psicrométricas, investigando sinais e sintomas psicológicos, a análise mostrou que o ultrassom é um exame que gera estresse e ansiedade aguda nos pais antes e após sua realização (LEITHNER et al., 2004; ÖHMAN et al., 2004). A principal variável associada ao aumento nos níveis de ansiedade e estresse foi à detecção de sinais leves ou marcadores de problemas fetais, mesmo nos casos onde a suspeita de malformação não foi confirmada (FILLY e CRANE, 2002). Nos casos onde foi dito que o bebê estava bem houve redução do estresse após o exame.

Quando o feto esteve saudável, o exame foi descrito pelas gestantes como um modo prazeroso de entrar em contato com o bebê. O prazer de ver as imagens foi abordado no trabalho de CHAZAN (2005a, 2007a). Na visão de GOMES e PICCININI (2007), a ultrassonografia pode se constituir em um momento de emoções bastante intensas e importantes para a gestante e para a relação com o bebê.

Quando comparado ao procedimento da amniocentese, o ultrassom é apontado como gerador de ansiedade mesmo não sendo um procedimento invasivo, o que descartou a

hipótese levantada no estudo de KOWALCEK et al. (2002) sobre a relação entre o nível de invasão corpórea do exame e o grau de ansiedade gerada pelo mesmo. Nesse trabalho, que teve como sujeitos de pesquisa futuros pais e mães, a análise dos dados levou os autores a sugerir uma nova hipótese: o ultrassom poderia funcionar como um recurso para os homens visualizarem o bebê, facilitando a interação entre eles e o feto. Tal questionamento foi apontado porque a partir da visualização do feto os companheiros poderiam sentir-se incluídos no processo de gestação das mulheres, estabelecendo novas relações.

Em referência ao uso da tecnologia e a temática do diagnóstico, os estudos se debruçaram sobre o surgimento de dilemas éticos e morais relacionados com diagnósticos adversos (NOVAES, 2000; HARRIS et al., 2004; WILLIAMS et al., 2005). Autores como EKELIN et al. (2004), investigaram o nível de informação que os casais possuíam sobre o objetivo do exame e suas possíveis consequências antes de realizá-lo. Dados apontaram que em países onde o ultrassom faz parte da política oficial de cuidados da gestante, sua aceitação é quase unânime, como na Suécia que chega a 97%. Entretanto, poucos casais afirmaram se lembrar qual era o real objetivo do procedimento e alguns disseram não terem sido informados sobre essa questão nos serviços de saúde (EKELIN et al., 2004).

Dentro desse foco, existem estudos que abordaram como tema central à questão da facilidade das mulheres em submeterem-se a exames e a manipulação do seu corpo, além de sua facilidade em aderir a novas tecnologias médicas (PRESS e BROWNER, 1997; NOVAES, 2000). Um dos fatores facilitadores encontrados é o fato, no caso do ultrassom, do mesmo ter sido visto como benigno e inofensivo à saúde do bebê (HARRIS et al., 2004; EKELIN et al., 2004). O recurso foi apontado pelos pesquisadores, pais e comunidade médica como um canal de contato entre os pais e o bebê, já que esse pôde ser visualizado, facilitando sua personificação (EKELIN et al., 2004).

Visto que o ultrassom é um procedimento considerado socialmente uma forma segura, benigna e geradora de prazer, quando uma malformação é desvelada, diversos sentimentos vêm à tona nos pais como: solidão, ansiedade, depressão, estresse, choque e desespero (ALKAZALEH et al., 2004; WOJCIECHOWSKI, 2004; BENUTE, 2005; MAGALHÃES e MAGALHÃES, 2006; ÖHMAN et al., 2006). Os casais se depararam com questões como a limitação na terapêutica das malformações, a (im)possibilidade de realização do aborto e suas implicações e a angústia defronte a possibilidade de gerar e conviver com uma criança com limitações. Dessa maneira, os exames e principalmente os respectivos resultados podem, radicalmente, alterar o curso de uma gravidez (WATSON et al., 2002).

Em aparente minimização do impacto gerado com o resultado dos exames, existe um discurso corrente de que o ultrassom auxilia no estabelecimento do vínculo materno-fetal (EKELIN, 2004). Autores (JI et al., 2005; FILHO et al., 2006) consideram que um dos maiores avanços na técnica de ultrassom 3D e 4D reside na sua capacidade de melhorar o vínculo materno-fetal, pois a gestante consegue entender a imagem do filho no monitor. Entretanto, esse olhar é decodificado e instrumentalizado pelos saberes e dizeres médicos. Para CHAZAN (2005a, 2007a), as gestantes são ensinadas a olhar o monitor e a enxergar o que o médico espera que ela veja; o olhar informado passa a ser um *constructo* social. Desse modo, o bebê é produzido na interação entre médicos e gestantes sobre uma imagem.

Uma conclusão importante trazida pelos estudos foi o dado de que a ansiedade gerada nos pais pelo exame pode ser subestimada pela equipe de saúde, que deveria ser instrumentalizada para lidar com isso e realizar encaminhamentos aos serviços de atendimento psicológico quando necessário (LEITHNER et al., 2004), evitando agravos à saúde mental dos pais. WOJCIECHOWSKI (2004) declara que “o stress faz parte do processo gestacional e do Diagnóstico Pré-Natal” (2004, p.160), o que mostra a

importância do profissional de saúde de enxergar o momento delicado e as implicações desse processo na vida dos futuros pais.

A ansiedade levantada pelo exame deve ser reconhecida pela equipe de saúde e discutida com os pais antes de sua realização e durante a discussão dos resultados e potenciais prognósticos (ÖHMAN et al., 2006). A descoberta de uma malformação fetal leva o casal a enfrentar momentos de abalo psicológico, também pouco estudados (ALKAZALEH et al., 2004). Devido à visualização cada vez mais nítida do feto, diagnósticos são feitos de modo mais precoce. Surge a necessidade de discutir o tema de forma ampla, uma vez que o exame pode ser um divisor de águas no curso da gestação.

Em resumo, caminhando ao lado dos aspectos emocionais, a velocidade da tecnologia, com a introdução de técnicas de 3D e 4D, faz emergir novas funções e lugares sociais para o ultrassom no pré-natal. A tecnologia, capaz de moldar contextos sociais, atua nas subjetividades. O corpo da gestante deixa de ser algo opaco, para se tornar um instrumento a ser explorado. Essa nova gravidez tecnologizada re(configura) as percepções femininas e deve ser estudada. Considera-se que toda a vivência gravídica da mulher passa a ser transformada, incluindo suas sensações e relações com o bebê.

Na tentativa de responder a essa lacuna no conhecimento científico e com o objetivo de contribuir para a melhoria do atendimento nas unidades de saúde que oferecem o pré-natal, a presente pesquisa se faz necessária para compreender o desejo das mulheres na busca pelo ultrassom obstétrico, conhecer os potenciais efeitos psicológicos oriundos dessa prática e identificar questões subjetivas levantadas durante o período de investigação diagnóstica.

2. HIPÓTESE E OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESE

Partindo-se do pressuposto de que, hoje em dia, o pré-natal é considerado indispensável na gestação, e, onde o exame de ultrassom aparece de modo importante sob o discurso de auxiliar no estabelecimento do vínculo materno-fetal, formula-se a seguinte hipótese: As gestantes, alheias a questões como riscos do exame e a confiabilidade do resultado, submetem-se aos mesmos sem saber ao certo qual a sua função e eficácia, minimizando a possibilidade de resultados desfavoráveis, uma vez que o foco do exame é deslocado do diagnóstico fetal para o prazer em ver o bebê.

2.2 OBJETIVOS

Tendo em vista o propósito de analisar os discursos de mulheres grávidas submetidas à técnica de ultrassom obstétrico, o presente trabalho busca:

1. Identificar como a gestante vivencia o exame de ultrassom no pré-natal, verificando ainda a abrangência de seu conhecimento técnico acerca dessa tecnologia.
2. Desvelar o discurso de mulheres grávidas sobre a relação estabelecida entre elas e a equipe médica, bem como vínculos afetivos e representações sobre o bebê.
3. Identificar como a questão do risco no uso do ultrassom se apresenta no discurso de mulheres grávidas e possíveis dilemas éticos e morais oriundos do escaneamento.

3. INDICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS EMPREGADOS NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

3.1 O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de Estudo

O presente estudo teve como objetivo analisar o discurso de mulheres grávidas submetidas ao exame de ultrassonografia obstétrica. Consideraram-se como elementos importantes na compreensão do objeto de estudo: identificar o papel das imagens e da visualização do feto na gestação; o discurso de mulheres grávidas sobre a relação estabelecida entre elas e seus médicos e seus vínculos afetivos, assim como a identificação das formas como a questão do risco e os dilemas éticos e morais se apresentaram. O conceito de risco foi abordado de maneira geral e desfocada de um sentido preestabelecido, para que as gestantes pudessem discorrer livremente acerca do mesmo.

Para responder as especificidades dos objetivos propostos, foi conduzido um estudo exploratório de natureza qualitativa. O delineamento qualitativo foi escolhido, pois tem sua orientação voltada para o estudo dos fenômenos e para os sentidos que eles adquirem na vida das pessoas. Nesse prisma, o enfoque do pesquisador reside nas interpretações subjetivas do fenômeno vivido, nas experiências de cada sujeito. Esse modelo vislumbra a esfera social, histórica e cultural dos sujeitos, além de conseguir apreender a singularidade de cada manifestação humana; sendo utilizado amplamente nas ciências sociais e humanas (MINAYO, 1989, 2004; BLEGER, 1991; GEOCZE e GORODSCY, 2002; GEOCZE et al., 2004).

Conforme MINAYO (1989, 2004), a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações humanas e às estruturas sociais. Dessa forma, essa abordagem consegue atingir níveis profundos das relações sociais, como o estudo do sistema de crenças, valores, tradições culturais, dimensões políticas e do próprio imaginário social.

Para CHIZZOTTI (2001), a pesquisa qualitativa retrata o fenômeno, expondo sua complexidade e evidenciando significados ignorados da vida social que podem ser incorporados na investigação. Por essa característica, se diferencia da pesquisa quantitativa em relação ao método e a forma de apreensão de conteúdos.

Há de se destacar que a abordagem qualitativa parte do pressuposto de que “há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 2001, p.79).

A partir desse ponto de argumentação percebe-se uma mudança no sentido atribuído ao conhecimento e ao pesquisador, eliminando a pretensa idéia de neutralidade na investigação. Dessa forma, o pesquisador é considerado parte fundamental na pesquisa qualitativa, pois está em uma relação viva com o sujeito, que se faz condição indispensável para se apreender os vínculos entre pessoas e objetos e os significados construídos por eles (CHIZZOTTI, 2001).

3.1.2 Referencial Teórico

De acordo com LUNA (1994) é necessário que o pesquisador defina um contexto teórico-metodológico em suas práticas de pesquisa, pois isso retrata os pressupostos epistemológicos envolvidos na investigação.

“A partir de conhecimentos parciais obtidos pela limitação do homem, a teoria surge como uma possibilidade de integrá-los e, neste sentido, é sempre um recorte, um retrato parcial e imperfeito da realidade. (...) O referencial teórico de um pesquisador é um filtro pelo qual ele enxerga a realidade, sugerindo perguntas e indicando possibilidades”. (LUNA, 1994, p31-32)

Para IÑIGUEZ (2005), a linguagem desempenhou papel de protagonista nas ciências sociais nos últimos anos. Seu papel, antes auxiliar, era dar apoio metodológico e oferecer ferramentas e instrumentos de análise para auxiliar nas investigações de processos sociais. Ao longo do tempo, a importância dada à linguagem foi aumentando até que essa chegou a se configurar em perspectivas específicas presentes em correntes sociológicas e psicossociais, onde se dava destaque ao lingüístico. Com essa transformação conceitual, a linguagem deixou de ser usada como ferramenta metodológica. A ênfase na linguagem acabou conectando diversos métodos que paulatinamente acabaram por se converter em novas perspectivas teóricas em si mesmas, entre elas a Análise de Conteúdo e a Análise de Discurso.

Tomando a linguagem e o discurso como fonte de entendimento do sujeito, de suas experiências e de seu entorno, o presente estudo adotou um referencial teórico na perspectiva de Michel Foucault, uma vez que sua obra permite compreender a conexão entre práticas discursivas e a forma como a sociedade é construída e mantida. Para FOUCAULT (2007a)

“Os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força; podem existir discursos diferentes e mesmo contraditórios dentro de uma mesma estratégia; podem, ao contrário, circular sem mudar de forma entre estratégias opostas. Não se trata de perguntar aos discursos (...) de que teoria implícita derivam, ou que divisões morais introduzem, ou que ideologia – dominante ou dominada – representam; mas, ao contrário, cumpre interrogá-los nos dois níveis, o de sua

produtividade tática (que efeitos recíprocos de poder e saber proporcionam) e o de sua interrogação estratégica (que conjuntura e que correlação de forças torna necessária sua utilização em tal ou qual episódio dos diversos confrontos produzidos)” (FOUCAULT, 2007a, p.112-113).

Este referencial foi escolhido, pois o autor procura detectar o sistema das correlações funcionais do discurso, suas transformações e suas relações com a instituição sempre dentro de um contexto social.

“Em todo caso, uma coisa ao menos deve ser sublinhada: a análise do discurso, assim entendida, não desvenda a universalidade de um sentido; ela mostra à luz do dia o jogo da rarefação imposta, com um poder fundamental de afirmação. Rarefação e afirmação, rarefação, enfim, da afirmação e não generosidade contínua do sentido, e não monarquia do significante” (FOUCAULT, 2007b, p.70).

3.1.3 Instrumentos e Coleta de Dados

Os instrumentos escolhidos para a coleta tiveram por objetivo captar os dados sociais de mulheres grávidas submetidas ao exame de ultrassom obstétrico e seus discursos sobre essa experimentação. Foram aplicados três instrumentos de coleta de dados: consulta às fichas médicas, para verificar dados sócio-demográficos, a aplicação de um questionário, responsável para coletar variáveis não contempladas nas fichas, e uma entrevista semi-estruturada, com a função de apreender os discursos das mulheres que realizam exames de ultrassonografia na gestação.

O primeiro passo da coleta de dados consistiu na consulta de fichas médicas (Anexos 1 e 2) das participantes para captação dos chamados “dados objetivos”. As variáveis coletadas foram: idade, estado civil, escolaridade, profissão, número de gravidezes anteriores, tempo gestacional da gravidez atual e o local da habitação. Esses dados eram referentes a variáveis sócio-demográficas e foram complementados pelos dados obtidos com o questionário.

O segundo passo consistiu na aplicação de um questionário com oito perguntas (Anexo 3) que avaliaram condições sócio-econômicas das participantes. Esse instrumento teve como finalidade permitir o desenho de um quadro sócio-econômico que registrasse a realidade objetiva das condições de vida dos sujeitos (Tabelas 1 e 2 – item 3.3.1). As perguntas foram realizadas na mesma ordem e da mesma maneira para as participantes. Em alguns casos, para facilitar a compreensão das questões, a pesquisadora teve mobilidade de alterá-las em sua ordem e formulação.

O terceiro passo foi a realização da entrevista semi-estruturada. A entrevista foi escolhida por ser um instrumento capaz de acessar dados que se referem diretamente ao entrevistado como valores, atitudes e opiniões, denominados pelos cientistas sociais como “dados subjetivos” (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2004). De acordo com MINAYO (2004), a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo, pois ela é capaz de apreender o sentido mais amplo da comunicação verbal, sendo hábil na captação de informações sobre temas científicos. O diferencial da entrevista diante de outras metodologias e, motivo primordial de sua escolha como técnica de coleta de dados, foi sua posição de eficiência na captação de discursos.

A entrevista pode ser definida como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1997, p.86). IÑIGUEZ (2005) complementa essa definição lembrando que na entrevista pesquisador e pesquisado estruturam o espaço-tempo de um modo que um possa discorrer sobre as perguntas do outro.

No presente estudo foi utilizada a técnica de entrevista semi-dirigida, também conhecida como entrevista semi-estruturada, pautada nos fundamentos propostos por TRIVIÑOS (1987) e MINAYO (2004). Cada entrevista contou com um roteiro de investigação; um sistema de referência previamente elaborado que contemplava as questões que o

pesquisador queria investigar em campo. Esses tópicos norteadores tiveram relação com as hipóteses e pressupostos da pesquisa, definidos a partir do objeto de investigação. Nesse sentido, SPINK (2004) aponta que a entrevista é uma conversa intencionada, guiada pelo roteiro de pesquisa, material esse importante em uma investigação científica.

Em face dessa discussão, as questões que foram eleitas para fazer parte do roteiro da entrevista (Anexo 4), visaram coletar dados que contemplassem os objetivos propostos. Vale ressaltar que o roteiro serviu como balizador para o entrevistador e não como um instrumento de cerceamento da fala do entrevistado (MINAYO, 1989, 2004; BLEGER, 1991). Nesse sentido, a modalidade escolhida é caracterizada por um grau de direcionamento do investigador em relação aos conteúdos pesquisados, uma vez que existe um tema específico, com perguntas e áreas de investigações previamente traçadas pelo pesquisador.

Há que se informar que antes do início da coleta de dados, foi realizada uma entrevista piloto, onde os instrumentos escolhidos foram aplicados em uma gestante que preenchia os critérios de inclusão do estudo, descritos no item 3.6 – universo da pesquisa. Esse procedimento teve como objetivo a verificação dos acertos e falhas na aplicação dos instrumentos e dos métodos de registro, para posterior aperfeiçoamento e correção de erros. A execução do projeto só aconteceu após os instrumentos terem comprovado sua aplicabilidade. O tempo previsto para cada coleta de dados foi estimado em aproximadamente uma hora.

3.1.4 Tratamento dos Dados Coletados: O Método de Análise de Conteúdo

Frente a esses objetivos e as técnicas empregadas, o tratamento dos dados coletados foi realizado de forma conjunta nos diferentes instrumentos. As respostas dadas no questionário e os dados coletados nas fichas médicas foram tabulados e, por meio

dessas, foram traçados quadros que refletem um perfil sócio-econômico que permitiu conhecer algumas condições de vida das participantes. Esses dados estão apresentados no item 3.7 – Perfil socioeconômico de caracterização das gestantes.

Quando o objeto de análise de uma investigação é o discurso, caso do presente estudo, existe um forte embate entre correntes teórico-metodológicas, a respeito de pressupostos epistemológicos, entre elas: a Análise de Conteúdo (AC) e a Análise de Discurso (AD). Existem críticas de ambos os lados a respeito dos métodos de análise empregados e a filosofia por trás dos lugares de objeto e pesquisador.

Frente à AD, a AC oferece potenciais vantagens. Esse é um método que aceita o trabalho com o discurso verbal, válido para análise de entrevista e como resultado, fornece uma categorização global dos temas abordados (CAYRES, 2007). Em uma pesquisa acadêmica de caráter exploratório, onde o tempo é um recurso limitado, é vantajoso mapear o fenômeno e apontar suas manifestações para posteriores aprofundamentos em estudos experimentais ou descritivos. Apesar das críticas que vinculam a AC à premissa de neutralidade, defende-se que isso não vai ao encontro dos pressupostos seguidos na metodologia qualitativa adotada no estudo.

As respostas dadas nas entrevistas semi-estruturadas foram categorizadas a partir da técnica de Análise de Conteúdo descrita por Laurence Bardin (1979). De acordo com a autora, a AC pode ser definida como: “(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979, p.42).

Em sua visão, a análise do material recolhido deve atingir três objetivos centrais. O primeiro deles é a ultrapassagem da incerteza, onde o pesquisador deve ser fiel ao

conteúdo do material, verificando se ele pode ser considerado válido e generalizável para determinada situação e população. O segundo é o enriquecimento da leitura para que se possa ultrapassar o sentido do olhar imediato e atingir conteúdos e estruturas latentes. O terceiro é a integração das descobertas formando um quadro de referência da totalidade social. Nesse ponto, as mensagens obtidas se inserem em um contexto para o entendimento do fenômeno (BARDIN, 1979).

MINAYO (2004) aponta que a Análise de Conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano, composto pelos conteúdos manifestos para chegar a níveis mais profundos, onde se torna possível acessar aspectos latentes. Para atingir essa finalidade, a técnica relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula o texto com as condições que determinam suas características como variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Como já mencionado, TRIVIÑOS (1987) aponta que a AC fornece a possibilidade de se trabalhar com questões ideológicas presentes na sociedade e que influenciam os discursos.

Dentre as diferentes modalidades de Análise de Conteúdo, adotou-se como forma de tratamento dos dados desta pesquisa a técnica da Análise Temática por ser, como considera MINAYO (2004), de melhor adaptabilidade à investigação qualitativa do material em Saúde.

A técnica da Análise Temática trabalha com a análise de temas²³, definido como uma unidade de significação. Cada tema pode ser identificado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia ao pesquisador na tarefa de condução da pesquisa. Dessa forma, o analista deve buscar identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja frequência ou presença signifiquem alguma coisa para o objetivo do estudo. O tema

²³ A teoria concebe o termo 'tema' como algo que está ligado a alguma afirmação sobre algum assunto. Ele comporta uma gama de relações e pode ser representado, graficamente, por uma palavra, frase ou resumo.

pode ser trabalhado de duas formas: quantitativa – por meio da contagem de frequência das unidades de significação – ou qualitativa – mostrando que a presença de determinados temas se relacionam com valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso.

O trabalho operacional da análise é dividido em pré-análise, tratamento dos dados e construção dos resultados. O início da pesquisa é chamado de Pré-Análise, momento no qual o analista escolhe os documentos a serem analisados, constitui o *Corpus*²⁴, em coerência com os objetivos iniciais da pesquisa e das hipóteses. Essas são necessárias uma vez que a realidade não é dada, entretanto, elas devem ser flexíveis para que possam surgir novas ao longo do trabalho.

Frente ao material coletado, começa o processo de elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. Essa tarefa é composta pelas etapas: a) Leitura Flutuante onde o pesquisador deve tomar contato exaustivo com o material para que possa deixar-se impregnar pelo conteúdo. As hipóteses iniciais e as emergentes do trabalho de campo, juntamente com as teorias de base guiarão à leitura; b) Seleção de unidades de registro²⁵ (palavras-chave), de unidade de contexto (delimitação do contexto para a compreensão da unidade de registro), os recortes, como será feita a categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que guiarão a análise; c) Operação de codificação, onde os dados brutos serão transformados para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Após essa etapa o analista deverá escolher as regras de contagem para construir índices passíveis de quantificação²⁶ e de qualificação; d) Classificação e agregação dos dados, escolhendo categorias empíricas ou teóricas que darão a especificação dos temas.

²⁴ O conceito de *Corpus* significa o processo de delimitação dos materiais a serem utilizados na investigação como: documentos, jornais, número de sujeitos etc. Para constituir o *Corpus* o pesquisador deve levar em conta a questão central e objetiva do estudo (MINAYO, 2004).

²⁵ Pode ser uma frase, palavra, um acontecimento.

²⁶ De acordo com BARDIN (1979), os resultados podem ser submetidos a operações estatísticas simples, como percentagens, até as complexas como a análise fatorial.

Com os dados em mãos, o analista começa a etapa de proposição de inferências, por meio de deduções lógicas, e realiza interpretações; essas guiadas pelas dimensões de seu quadro teórico (MINAYO, 2004). Através dos novos olhares gerados pela leitura do material, o analista é capaz de inferir sobre o que conduziu tal enunciado, suas causas ou antecedentes e quais são as conseqüências, ou seja, seus possíveis efeitos. No final do processo de tratamento dos dados, os resultados obtidos serão construídos por meio do trabalho de interpretação, que empresta significação às categorias quantitativas sob a luz do referencial teórico do pesquisador.

Apesar de essa análise ser um procedimento mais formal e ter fundamentos na crença da significação da regularidade, o analista pode atuar de modo mais flexível operando também com os significados, ao invés de utilizar somente as inferências estatísticas. No presente estudo adotou-se uma postura de caráter interpretativo, considerando o entendimento do discurso, sua forma de produção e a ideologia por detrás dos fenômenos abordados.

3.1.5 Considerações de Caráter Ético

Antes do início do projeto, o presente trabalho foi submetido à uma banca de qualificação que julgou os aspectos teóricos e metodológicos do projeto e o considerou adequado (Anexo 5). Simultaneamente, cópia do projeto foi encaminhada à apreciação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) para análise e julgamento, onde foi aprovado (Anexo 6). Foi solicitada autorização para o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CSGPS/FSP/USP). A diretoria da instituição autorizou a realização da presente pesquisa após a avaliação favorável do referido Comitê de Ética (Anexo 7).

O desenvolvimento da metodologia e dos procedimentos empregados no projeto foram formulados em respeito às normas e diretrizes que compõem a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, órgão que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. No texto desse documento estão presentes os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e seu objetivo é garantir os direitos e deveres com relação à comunidade científica, aos sujeitos participantes da pesquisa e ao Estado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Após a participante ter preenchido os critérios de inclusão do estudo elas foram convidadas a participar do mesmo, sendo a elas explicado detalhadamente o cunho da investigação, seus objetivos e propósitos, a utilização dos resultados oriundos de sua participação, como publicações e congressos científicos, a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, mesmo depois da coleta de dados, e a liberdade de recusa, sem qualquer ônus por parte da instituição onde ela está vinculada.

É importante frisar que foi explicitado e garantido o anonimato da participante, preservando sua intimidade. O anonimato do participante e a confidencialidade dos dados foi resguardada em respeito ao princípio da privacidade, defendido em diversos códigos internacionais de direitos humanos, evitando constrangimento e danos à sua imagem (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

É importante destacar que todo o processo de coleta de dados e análise do material foi realizado pela pesquisadora responsável. As entrevistas foram gravadas utilizando dois pequenos aparelhos de MP3²⁷. Todas as gestantes foram informadas que suas falas seriam gravadas para posterior análise, antes do início da coleta de dados. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora, com o cuidado de retirar quaisquer palavras que

²⁷ Inicialmente foi utilizado apenas um aparelho de MP3. Após uma falha técnica do equipamento e a consequente eliminação de um protocolo de pesquisa, optou-se por utilizar dois aparelhos.

possam identificar os sujeitos. Aproveita-se para informar que nas transcrições das entrevistas, todos os nomes de pessoas e lugares foram trocados e são fictícios.

Após a explicação completa e pormenorizada sobre a natureza do estudo, os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 8), que registrou sua participação voluntária no estudo. Nesse documento constam os benefícios previstos com o trabalho e os potenciais riscos gerados pela participação. Foram assinadas duas vias do documento acima descrito, uma delas ficava em posse do pesquisador e outra em posse do sujeito de pesquisa.

Logo após a coleta de dados, cada participante recebeu um número de identificação e sua identidade foi conhecida apenas pelo pesquisador responsável. Conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, qualquer pesquisa que envolva seres humanos contempla riscos que podem ser eventuais, imediatos ou tardios. Nesse sentido, apesar do risco desta pesquisa ser mínimo, a pesquisadora se comprometeu a disponibilizar tratamento psicológico adequado caso algum componente do estudo mobilizasse conteúdos emocionais adversos nos sujeitos de pesquisa (Anexo 9). Caso tivesse sido observado qualquer tipo de dano à saúde do pesquisado a pesquisa seria interrompida. Tal evento não ocorreu.

Os dados originados no estudo, questionários, entrevistas transcritas e arquivos de MP3, foram armazenados sob guarda da pesquisadora e ela os manterá consigo por cinco anos, juntamente com todos os documentos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

3.2 UNIVERSO DA PESQUISA

3.2.1 O Local da Pesquisa

O presente estudo foi realizado no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CSGPS/FSP/USP). Essa instituição foi o primeiro Centro de Saúde do Brasil e oferece atenção primária e secundária em saúde, com enfoque multiprofissional. As atividades oferecidas compreendem as áreas de nutrição, dermatologia sanitária, tisiologia, hanseníase, saúde materna, saúde da criança, saúde ocular, odontologia sanitária, saúde mental, vacinação, hebiatria, fonoaudiologia, saúde da mulher no climatério, geriatria, homeopatia, acupuntura e o Programa de Atenção à Violência Sexual (Pavas). Além disso, o Centro de Saúde é campo de pesquisa, estágio e treinamento de profissionais de saúde nas áreas de nutrição, medicina, enfermagem, fonoaudiologia e psicologia.

Com relação à área de saúde da mulher, o Centro de Saúde oferece as gestantes cuidados de pré-natal em nível clínico e ambulatorial, onde são realizadas consultas médicas e consultas de orientação com a equipe de enfermagem. As usuárias também podem participar do grupo de orientação psicoprofilática na gravidez, coordenado por uma enfermeira do serviço.

O Centro de Saúde, entretanto, não fornece exames de diagnóstico de imagem, como a ultrassonografia obstétrica e morfológica. Todas as mulheres gestantes que realizam o pré-natal nessa unidade de saúde recebem encaminhamento médico para realizar o exame de ultrassonografia em outras unidades de saúde pública, que atendam a essa demanda. Após a realização dos exames, elas retornam ao Centro de Saúde, munidas do

laudo médico referente ao procedimento, para darem continuidade ao pré-natal. Geralmente são preconizados dois exames de ultrassom para cada mulher sem complicações médicas durante a gravidez. Devido à localização geográfica, as enfermeiras orientam as gestantes que realizassem seus exames de ultrassonografia em uma unidade de saúde de atenção terciária próxima à unidade de origem.

Para segurança das gestantes, quando essas se dirigem a outras unidades de saúde elas recebem uma ficha médica (Anexo 10) com as principais informações sobre o curso da gestação. Essa ficha é um dos documentos necessários para a admissão no hospital de referência que realiza o parto. Existe uma instituição conveniada ao Centro de Saúde que recebe todas as pacientes gestantes encaminhadas por lá. Apesar disso, algumas mulheres utilizam outros hospitais da rede de saúde, por diversas razões; a mais freqüente é a localização do domicílio da mulher em relação ao local de parto.

3.2.2 Entrada da Pesquisadora no Centro de Saúde

O setor de saúde da mulher era responsável pelo atendimento de gestantes durante todo o pré-natal e esse era composto por três auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e dois médicos obstetras. Antes do início da coleta, a pesquisadora foi apresentada por sua orientadora de pesquisa, que ainda desempenhava o papel de diretora da instituição, à equipe de enfermagem e, posteriormente, aos médicos. Todos eram designados ao cuidado com as gestantes.

A entrada e permanência da pesquisadora no serviço de saúde foram marcadas por alguns pontos que devem ser discutidos. O primeiro deles, e talvez o de maior potencial problemático, foi à questão da diretora do Centro de Saúde ser a orientadora da pesquisa,

fato comentado brevemente acima. Nesse sentido, as relações de poder presentes em qualquer instituição permearam a investigação e coleta de dados, por meio de entraves e dificuldades da equipe. Inicialmente, os funcionários do serviço olharam com desconfiança para a pesquisadora, que foi percebida como uma ameaça, como alguém que poderia relatar às rotinas e o funcionamento dos atendimentos para sua superiora. Apenas após um período de tempo a pesquisadora começou a ser aceita por parte dos membros, mas claramente não por todos, especialmente a enfermeira. Isso era percebido pelas brincadeiras que tanto a incluíam como a excluíam do grupo.

A rotina de atendimento as gestantes era a seguinte: a paciente recém chegada na unidade passava por uma consulta com a auxiliar de enfermagem e após isso era encaminhada ao médico. Após a consulta médica, ela tinha um encontro com a enfermeira para receber orientações psicoprofiláticas sobre a gestação. Dessa forma, a primeira consulta da gestante demandava, por vezes, todo um período do dia, manhã ou tarde.

Ao longo do trabalho de campo, percebeu-se que não foi fato incomum as mulheres já chegarem ao serviço de saúde com um resultado do primeiro exame de ultrassom. Assim, uma possível data para a coleta seria nesse primeiro dia da mulher no serviço. Isso porque as gestantes comumente solicitavam que a data de coleta fosse realizada em um dia em que elas já estivessem no Centro de Saúde, pois não precisariam se deslocar novamente. Isso acabou se tornando de difícil manejo, pois os dias de consulta das gestantes, especialmente o primeiro dia, eram concorridíssimos.

Nesse sentido, surgiu o segundo ponto problemático, que só foi percebido pela pesquisadora apenas após um período de tempo da coleta: a movimentada rotina da gestante na instituição. O principal contato da pesquisadora era com a auxiliar de enfermagem da manhã, que foi muito solícita na captação de potenciais sujeitos de pesquisa. Era ela quem avisava a pesquisadora sobre a presença de gestantes no serviço

e, geralmente, era quem fazia a apresentação de ambas. Após um período coletando dados, a pesquisadora se deu conta de que as mulheres preferiam participar da pesquisa somente depois da consulta médica, pois essas manifestavam receios de que o médico não as esperaria, caso a coleta demorasse. Esse receio, na opinião da pesquisadora, não era de todo fantasioso. Assim, ficava combinado que após a saída da mulher do consultório médico a coleta aconteceria. Entretanto, as consultas com a enfermeira, que geralmente aconteciam após a consulta médica, coincidiram com o horário da coleta de dados, o que criou situações embaraçosas. Em uma situação, durante uma entrevista, a enfermeira bateu na porta e informou a pesquisadora que ela precisaria atender aquela gestante, naquele exato momento, pois ela não poderia esperar. Após a interrupção da entrevista, a enfermeira se dirigiu a outra sala e deixou a gestante esperando no corredor por mais de trinta minutos.

O terceiro ponto problemático dizia questão ao espaço físico do Centro de Saúde. Como esse local é campo de diversas pesquisas, existiam diferentes pesquisadores convivendo com os profissionais que ali atendiam. Percebeu-se que os profissionais se sentiam no direito de utilizar diferentes salas, mesmo que essas tivessem sido reservadas para a pesquisa e que não fossem de uso deles. Isso aconteceu inclusive com profissionais que chegavam atrasados no horário do serviço e queriam ‘tirar o atraso’ utilizando diversas salas de atendimento. Dessa maneira, três entrevistas foram interrompidas bruscamente e a troca de sala precisou ocorrer. Por duas vezes houve a interrupção, mas sem a necessidade de deixar o recinto. As gestantes e a pesquisadora acabavam demonstrando claramente o incômodo, mesmo que isso não fosse intencional. Com isso, algumas entrevistas tiveram cortes externos e foi necessário uma retomada dos temas que estavam sendo discutidos²⁸.

²⁸ Para maiores referências sobre a entrada de pesquisadores em um ambiente médico e seus entraves ver: CHAZAN (2005b)

3.2.3 Coleta de Dados e Critérios de Inclusão e de Exclusão

A presente pesquisa contou com a participação de vinte mulheres gestantes submetidas ao exame de ultrassom obstétrico que faziam acompanhamento de pré-natal na instituição referida. Esse número foi escolhido face aos objetivos da pesquisa e na tentativa de encontrar diferentes perfis de gestantes, com variações nos quesitos: características demográficas, condições sócio-econômicas e idade gestacional. Acredita-se que esse número de sujeitos foi adequado.

O número de sujeitos da pesquisa foi definido observando a característica da pesquisa qualitativa que se baseia na premissa de que a qualidade da análise desempenhada na fase de tratamento dos dados substitui a necessidade de grandes quantidades de material coletado (MINAYO, 2004).

Os critérios de inclusão do estudo foram:

1. Ter disponibilidade e consentir em participar da pesquisa;
2. Não ter filhos;
3. Ter realizado o primeiro ultrassom obstétrico da gestação.

Os critérios de exclusão foram:

1. Gestante com o exame de ultrassom com anomalia fetal confirmada;
2. Gestante que apresentasse sinais e sintomas de transtornos mentais e psiquiátricos;
3. Gestante moradora de rua.

Ao retornar à instituição para a consulta de pré-natal, após terem realizado o exame de ultrassonografia obstétrica e essa não ter diagnosticado nenhuma anormalidade fetal, as gestantes que preenchiam os critérios de inclusão foram convidadas para participar da

pesquisa. Foi solicitado à equipe de saúde que informasse à pesquisadora sobre mulheres que preenchessem esse perfil. A pesquisadora permaneceu na instituição durante o período de oferta das consultas de pré-natal e foi auxiliada por funcionários do serviço na triagem de possíveis sujeitos de pesquisa. O tempo de coleta de dados demorou cinco meses, acontecendo de junho a novembro de 2008.

Ao final da coleta de dados, a pesquisadora obteve vinte e quatro protocolos prontos, entretanto quatro deles foram excluídos pelas seguintes razões: duas gestantes tinham mais de um exame de ultrassom, uma delas tinha um resultado do exame que alegava suspeita de malformação estomacal no feto e uma devido a problemas técnicos no aparelho de gravação da entrevista.

É importante ressaltar que antes do início de qualquer coleta, a pesquisadora consultou as gestantes sobre o número de exames de ultrassom realizados e todas afirmaram só terem feito um. No caso da gestante com um feto com suspeita de anomalia, a equipe de enfermagem não percebeu o fato e a encaminhou para a pesquisa. Mesmo assim, todas as coletas foram concluídas, pois notou-se claramente o desejo dessas mulheres em conversar sobre a vivência da gravidez e da ultrassonografia.

3.3 ORGANIZAÇÃO DOS RESULTADOS

3.3.1 Caracterização das Gestantes

A partir dos dados obtidos nas fichas médicas e nos questionários foi possível obter algumas características socioeconômicas das participantes.

A média de idade das participantes do estudo foi de 25,5 anos. Na variável estado civil as gestantes se distribuíram da seguinte forma: 40% solteiras, 35% casadas e 25% vivendo em união estável²⁹.

No quesito escolaridade, 35% tinham ensino médio incompleto, 50% ensino médio completo, 5% superior incompleto e 10% superior completo. Noventa por cento das gestantes era moradora ou trabalhava na região do Centro de Saúde. Esse número faz sentido uma vez que esse é um pré-requisito para o recebimento de atendimento daquela instituição. Apesar disso, 10% das freqüentadoras do local vinham de outras regiões da cidade, por vezes, muito afastadas.

Na variável religião, a percentagem foi de 65% das mulheres católicas, 20% evangélica, 5% judias, 5% espíritas e 5% sem religião. Das mulheres que afirmaram possuir religião, 57,8% declararam-se como praticantes e 42,2% como não praticantes.

Com relação ao trabalho, 60% das mulheres estão no mercado de trabalho e dessas a média de horas trabalhadas é de 39,7 horas por semana. Apareceram diversas profissões, entre elas do lar, recepcionista, doméstica, diarista, auxiliar de professora, auxiliar de cozinha, manicure, cabeleireira, estoquista, vendedora, professora e advogada. Em uma das fichas o dado constava como desempregada.

No que diz respeito à questão da renda, das mulheres que tinham uma renda pessoal própria, no caso do estudo foram somente aquelas que trabalhavam, a média salarial de renda pessoal foi R\$ 618,3 reais ou de 1,4 salários mínimos³⁰. Com relação à renda

²⁹ Considerou-se como união estável a presença de vida conjugal marital não reconhecida nos termos da lei. As respostas nesse quesito foram obtidas via ficha médica e nela constavam: amaziada, união estável, tem companheiro, entre outras.

³⁰ Para esse cálculo foi considerado o valor do salário mínimo vigente no segundo semestre de 2008 que era de R\$420,00.

familiar foi calculado a mediana, já que havia um valor muito desviante da média³¹. A mediana de renda familiar foi de R\$1450,00 ou 3,4 salários mínimos.

No tocante ao número de pessoas que contribuem para a renda familiar a média ficou em 1,75 pessoa por família. O número de pessoas que vivem com a renda familiar foi de 2,63 pessoas por família.

Nos aspectos obstétricos, 85% das mulheres estão na sua primeira gravidez, enquanto 15% vivenciam a segunda gestação, a primeira tendo resultado em aborto. Na época da coleta de dados, 50 % das mulheres estavam em um período gestacional entre 8 e 13 semanas, 40% entre 14 e 19 e 10% com 20 semanas de gravidez.

A seguir estão expostas as tabelas com a descrição das variáveis e os dados correspondentes.

³¹ Ver G1 – R\$15.000,00.

Tabela 1. Caracterização das gestantes com base nos dados coletado na ficha de pré-natal: idade, estado civil, escolaridade, profissão, número de gravidezes anteriores, tempo gestacional na coleta de dados e bairro de habitação, CSGPS, São Paulo, 2008.

Identificação	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão	NGA*	TG**	Bairro
G1	28	União Estável	Superior	Advogada	1	20	Jd. Paulista
G2	25	Solteira	Ensino Médio	Recepcionista	0	16	Jd. América
G3	24	Casada	Superior	Professora	0	19	Pinheiros
G4	27	Solteira	Ensino Médio	Doméstica	0	10	C. César
G5	29	União Estável	Ensino Médio	Manicure	1	19	V. Madalena
G6	24	União Estável	Ensino Médio (Inc.)	Cabeleireira	0	14	Jd. América
G7	30	Casada	Ensino Médio (Inc.)	Doméstica	0	11	Jd. das Bandeiras
G8	29	Casada	Ensino Médio (Inc.)	Doméstica	0	11	Pinheiros
G9	20	Solteira	Superior (Inc.)	Aux. de Professora	0	12	C. César
G10	23	Casada	Ensino Médio (Inc.)	Diarista	0	11	C. César
G11	20	União Estável	Ensino Médio	Doméstica	0	16	Jd. América
G12	32	Solteira	Ensino Médio	Doméstica	0	11	Pinheiros
G13	30	Casada	Ensino Médio (Inc.)	Doméstica	0	12	Jd. América
G14	14	Solteira	Ensino Médio (Inc.)	Do lar	0	17	Pinheiros
G15	21	Casada	Ensino Médio (Inc.)	Aux. de Cozinha	0	8	Jardins
G16	35	Solteira	Ensino Médio	Doméstica	1	13	C. César
G17	22	Solteira	Ensino Médio	Desempregada	0	20	C. César
G18	33	Solteira	Ensino Médio	Vendedora	0	13	Jd. América
G19	27	União Estável	Ensino Médio	Do lar	0	17	Jd. das Bandeiras
G20	18	Casada	Ensino Médio	Estoquista	0	17	Pinheiros

* Número de gestações anteriores

** Tempo gestacional na coleta de dados – em semanas

Tabela 2. Caracterização das gestantes com base nos dados coletados via questionário: trabalho, número de horas semanais trabalhadas, religião, praticante, renda pessoal, renda familiar, número de pessoas que contribuem para renda familiar, número de pessoas que vivem com a renda familiar, CSGPS, São Paulo, 2008.

Identificação	Trabalha	No. de horas	Religião	Praticante	RP*	RF**	PC***	PV****
G1	Não	---	Judia	Não	---	15.000,00	1	5
G2	Sim	35	Espírita	Sim	700,00	2.500,00	3	3
G3	Não	---	Evangélica	Sim	----	3.000,00	1	2
G4	Sim	45	Católica	Sim	420,00	1.020,00	2	2
G5	Sim	2	Católica	Não	200,00	2.000,00	2	2
G6	Não	---	Evangélica	Sim	---	4.000,00	1	2
G7	Sim	40	Evangélica	Sim	550,00	1.450,00	2	2
G8	Sim	40	Católica	Não	500,00	Não sabe	3	3
G9	Sim	42,5	Católica	Não	500,00	2.000,00	3	4
G10	Sim	17	Católica	Não	700,00	1.200,00	2	2
G11	Sim	45	Católica	Sim	500,00	1.500,00	3	5
G12	Sim	44	Católica	Sim	700,00	700,00	1	1
G13	Sim	60	Católica	Sim	600,00	1.700,00	2	2
G14	Não	---	Não	---	---	500,00	1	2
G15	Não	---	Católica	Não	---	750,00	1	2
G16	Sim	45	Católica	Sim	1.200,00	1.200,00	1	1
G17	Não	---	Católica	Não	---	1.200,00	2	5
G18	Sim	61	Católica	Sim	850,00	850,00	1	1
G19	Não	---	Católica	Não	----	1.000,00	2	3
G20	Não	---	Evangélica	Sim	----	2.000,00	1	2

* Renda pessoal

** Renda familiar

*** Pessoas que contribuem para a renda familiar

**** Pessoas que vivem com a renda familiar

3.3.2 Caracterização das Temáticas Resultantes da Análise de Conteúdo

Após a análise das vinte entrevistas foram criados três eixos temáticos de discussão assim denominados: “discursos relacionados ao exame de ultrassom”, “discursos sobre as vivências relacionadas ao ambiente médico no uso do ultrassom: rotinas, procedimentos técnicos e relacionamento interpessoal entre médico e gestante” e “discursos sobre o risco ligado ao uso do ultrassom: avaliação da saúde do feto, falha tecnológica e os possíveis dilemas éticos e morais”.

Cada eixo temático foi construído a partir da análise de categorias que, por sua vez, foram formadas por meio de subcategorias que agrupavam conteúdos temáticos similares. Cada categoria contou assim com unidade de análise que se dirigiam a temáticas próximas e, por isso, puderam ser agrupadas. As formações das categorias orientaram o processo de análise, pois esse trabalho faz parte do processo de interpretação do pesquisador (SPINK, 2004).

É importante destacar que além do material aqui analisado, foram obtidos diversos dados nas entrevistas semi-estruturadas concernentes a contextualização da gravidez, as modificações psicossociais na vida das mulheres trazidas pela gestação, aspectos psicológicos envolvidos nas relações pessoais e familiares, entre muitos outros. Tais elementos surgiram porque o roteiro de entrevistas os abordou e outros porque algumas mulheres discorreram sobre questões que as afligiam. A conduta de ampliar o conteúdo a ser perguntado a gestante foi tomada porque acredita-se que assim o discurso das mulheres sobre a ultrassonografia poderia ser situado dentro de um contexto.

Para a formação das categorias de análise do presente estudo, foram levados em consideração os objetivos da pesquisa e o referencial teórico adotado na investigação, o que explica os recortes colocados aos dados coletados nas entrevistas. A seguir são

apresentados os quadros de caracterização de cada eixo temático do discurso e sua forma de construção.

Eixo temático 1 – “Discursos relacionados ao exame de ultrassom”

Quadro 1 – Construção das categorias e subcategorias do eixo temático “Discursos relacionados ao exame de ultrassom”, São Paulo, 2008.

Categorias	Subcategorias
Representações sobre o exame antes de fazê-lo	1 – Imaginário acerca do exame 2 – Contextos da ultrassonografia 3 – Motivos que levam a mulher a fazer o exame
Representações sobre o exame após fazê-lo	1 – A vivência do exame 2 – O ultrassom como um gerador de dúvidas e certezas nas mulheres
Conhecimentos sobre o exame	1 – Influências da Mídia 2 – Sobre a finalidade do exame 3 – Ultrassom como evento social
Conflito corpo vs. emoção vs. tecnologia	1 – Conflito corpo versus emoção 2 – Conflito corpo versus tecnologia
Sobre a visualidade	1 – O reconhecimento das imagens 2 – Ver o bebê e ouvir os batimentos comprovam a sua existência 3 – A importância do registro da imagem no papel
Construções sobre o feto	1 – O bebê é uma pessoa 2 – O sexo do bebê
Questões relacionadas ao companheiro e ao exame	1 – Participação dos companheiros no exame 2 – Reações dos companheiros ao exame 3 – Expectativas das gestantes com os companheiros no exame

Eixo temático 2 – “Discursos sobre as vivências relacionadas ao ambiente médico no uso do ultrassom: rotinas, procedimentos técnicos e relacionamento interpessoal entre médico e gestante”

Quadro 2 – Construção das categorias e subcategorias do eixo temático “Discursos sobre as vivências relacionadas ao ambiente médico no uso do ultrassom: rotinas, procedimentos técnicos e relacionamento interpessoal entre médico e gestante”, São Paulo, 2008.

Categorias	Subcategorias
Experiências anteriores relacionadas a gravidez e ao exame de ultrassom	1 – Gestações prévias 2 – Doenças preexistentes 3 – O encaminhamento da gestante para o exame de ultrassom
Expectativas colocadas aos médicos	1 – A postura médica desejada 2 – Os recursos médicos de cura 3 – O atendimento esperado
Impressões das gestantes sobre a relação com os médicos	1 – Relação com o obstetra 2 – Relação com o ultrassonografista
Reações das gestantes frente à postura médica	1 – Aspectos emocionais e sociais 2 – Dúvidas
Expectativas sobre o dito de informações médicas	1 – Sobre os exames de ultrassonografia 2 – Informações adicionais sobre o exame de ultrassom

Eixo temático 3 – “Discursos sobre risco ligado ao uso do ultrassom: avaliação da saúde do feto, falha tecnológica e os possíveis dilemas éticos e morais”

Quadro 3 – Construção das categorias e subcategorias do eixo temático “Discursos sobre o risco ligado ao uso do ultrassom: avaliação da saúde do feto, falha tecnológica e os possíveis dilemas éticos e morais”, São Paulo, 2008.

Categorias	Subcategorias
A questão do risco	1 – O que é considerado risco pelas gestantes 2 – Formas de lidar com o risco
Sobre a saúde do feto	1 – Apresentação da saúde do feto 2 – Aspectos relacionados à saúde do feto 3 – Reação das gestantes sobre a saúde do feto
Repercussões psicossociais do exame	1 – Repercussões psicológicas do exame de ultrassom 2 – Utilização de imagens fetais 3 – Reações frente aos próximos exames de ultrassom
Possíveis dilemas éticos e morais	1 – A relação com o diagnóstico e suas implicações 2 – Reações frente a um diagnóstico desfavorável 3 – Falsos positivos e os falsos negativos 4 – O aborto

Encontra-se, ao final do trabalho, o material utilizado na elaboração da análise. Na versão impressa (Anexo 11), está apresentado o material de análise da primeira gestante, a título de ilustração. Na versão em mídia digital (Anexo 12) estão disponíveis os resumos das entrevistas com todas as gestantes, bem como os quadros de discursos contendo as falas subdivididas nas respectivas categorias temáticas. Utilizou-se o seguinte critério de codificação: a) o discurso de cada gestante está gravado pela sigla G acompanhada de seu número de identificação (por exemplo, G1); b) a sigla P significa pesquisadora; c) para facilitar a compreensão dos discursos, os trechos entre colchetes marcam inserções feitas pela pesquisadora que fornecem sentido e contexto a fala da gestante; d) em alguns momentos estão retratados a interação da entrevista, pois se acredita que, desse modo, o intercâmbio de dados entre gestante e pesquisadora e a construção de sentidos ficam nítidas. É importante informar que os discursos transcritos estão apresentados na íntegra, sem qualquer correção ortográfica do pesquisador.

4. PARA ALÉM DE UM PROCEDIMENTO CLÍNICO: SIGNIFICAÇÕES SOBRE A TECNOLOGIA DE ULTRASSOM

Neste capítulo, serão discutidos os sentidos atribuídos pelas gestantes ao exame de ultrassom e a forma com que eles foram construídos. Apesar do caráter médico e dos aspectos técnicos relacionados, percebe-se que o procedimento é mais do que um exame e que adquiriu, ao longo do tempo, uma polissemia de representações. Em adição serão apresentados os conhecimentos e pontos importantes na experiência do exame, o papel da visualização de imagens fetais e a compreensão das mulheres sobre essa vivência.

O exame de ultrassom ganhou destaque ao longo dos anos dentro do acompanhamento de pré-natal, sendo em alguns países, principalmente nos desenvolvidos, indispensável na avaliação da gestante (GARCIA et al., 2002; HARRIS et al., 2004; ÖHMAN et al., 2006). Apesar do debate sobre a eficiência e custo-benefício (WAGNER, 1999; ENKIN, 2005), o procedimento vem sendo realizado sem maiores questionamentos por grande parte da comunidade médica, inclusive no Brasil.

Como argumentado na introdução, os efeitos psicológicos relacionados ao uso da tecnologia ainda não são totalmente reconhecidos. Alguns fatores podem contribuir para a dificuldade no acesso e avaliação de potenciais efeitos não só psicológicos, mas sociais, que influenciam a vida das mulheres e de suas famílias. A primeira questão a ser discutida é a multiplicidade de representações associadas ao uso dessa tecnologia diagnóstica.

4.1 REPRESENTAÇÕES PRÉVIAS DE GESTANTES SOBRE O EXAME DE ULTRASSOM: INFLUÊNCIAS DE UMA CULTURA MEDICALIZADA

A aplicação da ultrassonografia e a difusão das imagens fetais em larga escala contribuem para o desenvolvimento, na sociedade, de representações associadas ao exame. A ultrassonografia desperta diversas expectativas nas mulheres, mesmo antes de sua realização, o que poderia indicar um impacto emocional gerado pelo exame no psiquismo das gestantes (GOMES E PICCININI, 2007). Esse fenômeno está relacionado ao local de destaque dado ao exame no contexto da gravidez.

Na atualidade, a ultrassonografia pode exercer conotações variadas, indo desde o caráter técnico-científico até o clamor de um instrumento facilitador na aproximação materno-fetal. É importante apontar que, antes de qualquer conotação subjetiva dada ao exame, parece que existe um pensamento comum no discurso das mulheres pesquisadas: a existência de um **imaginário sobre o exame de ultrassom**, associando-o a algo comum, um item de normalidade da gravidez.

Ah, [eu imaginava que o exame de ultrassom era] normal porque eu sempre via na TV (risos).
 (...) Eu sempre assisto documentário então, como eu sempre assis...olha...via bastante documentário e tal. (...) Não foi nenhuma surpresa. É... **Foi um exame normal.**³²
 (G1)

A **noção de normalidade** a respeito do exame de ultrassom aparente no discurso das gestantes é um ponto nodal para se entender a forma como esta tecnologia ganhou espaço na gravidez contemporânea.

Nesse sentido, a mídia desempenha um papel importante. Ao mostrar o funcionamento da tecnologia, seu cenário e ambiência, as imagens são disponibilizadas em larga escala, naturalizando o olhar da mulher sobre a realização de um procedimento técnico. A

³² Todos os destaques em negrito no discurso das gestantes são ênfases atribuídas pela pesquisadora.

construção de uma vinculação entre gravidez e a presença do ultrassom fica evidente, sendo retratada como algo associado

Frente a isso, pode-se notar que quando o assunto é gravidez, o espaço dado ao exame de ultrassom vem sendo aumentado. Filmes, minisséries, novelas, passaram a retratar imagens da tela do ultrassom e a reação das mulheres frente a elas. Mais recentemente, as reações da equipe médica e as interações entre médico e paciente foram igualmente ilustradas. Com o passar do tempo, o ramo do entretenimento televisivo faz uso maior dessa tecnologia, não somente no campo da ficção. Documentários de “caráter científico” sobre a vida intra-útero, retratando o desenvolvimento fetal em tempo real, e programas com foco na saúde da gestante vêm sendo produzidos por meio da tecnologia de ultrassom. Até mesmo em programas de auditório exames são transmitidos ao vivo sob diferentes pretextos: mostrar o sexo do feto, “apresentar o bebê aos pais”, mostrar a inocuidade do procedimento tecnológico, entre outros. Em muitos quadros, as transmissões de imagens fetais e de informações médicas são feitas de forma acrítica, beirando a irresponsabilidade³³.

Não obstante, mesmo veículos midiáticos de renome e confiabilidade, como jornais televisivos e impressos, passaram a fazer uso de imagens ultrassonográficas. Em fevereiro de 2009, um telejornal, que vai ao ar em horário nobre, retratou a ultrassonografia no contexto da vigilância e monitoramento da gravidez. Falou dos benefícios do escaneamento, mas também abordou os potenciais problemas de um diagnóstico. Apesar desse progresso, a mensagem transmitida é de que haveria cura médica para os problemas ao apresentar uma bem sucedida operação intra-útero³⁴. Caso

³³ Outros autores, como CHAZAN (2007b) e GEORGES (1997), também discutem os reflexos da difusão midiática do exame de ultrassom no Brasil e na Grécia, respectivamente.

³⁴ Durante o IV Congresso Latino-Americano de Medicina Fetal e VII Encontro Internacional de Especialistas em Medicina Fetal, realizado em 2005 na cidade de São Paulo, foram apresentados alguns poucos casos de cirurgia intra-útero em fetos com malformações de coluna e rim. Houve um caloroso debate a respeito da eficácia de cirurgias intra-útero frente ao baixíssimo índice de sucesso em diversos países, inclusive no Brasil. Entre os profissionais da área não houve consenso sobre sua recomendação.

muito raro, o que não foi dito. Também falou sobre o procedimento de “redução de fetos”, mas não questionou a inconformidade com as leis de aborto vigentes no país.

Além da televisão e do jornal impresso, ferramentas como a internet e livros são fontes de obtenção de conhecimento e de potencial medicalização. Ao passo que as imagens se tornam de domínio público, elas contextualizam a gravidez. As mulheres parecem **ritualizar o exame**, mesmo antes de fazê-lo elas já sabem o que irão vivenciar. Dessa forma, elas já estão normalizadas, inseridas no jogo de poder.

Eu acho que [o que eu imaginava sobre o ultrassom] não foi nada assim muito diferente do que eu vi. Né? Que a gente vê sempre na televisão, alguma coisa. Até, o da minha amiga eu tinha visto o dela, sabe? Então cê tem mais ou menos uma idéia de como é, né?
(G2)

Como eu imaginava [o exame de ultrassom antes de fazê-lo]? (...) Já tinha lido, já tinha visto, né? Sabia que passava um gel e depois aquela maquininha. (...) E que você ia ver a imagem.
(G5)

Outro elemento importante na circulação de conhecimentos sobre o exame pareceu ser o contato de mulheres, grávidas ou não, com gestantes, perpassando experiências com o ultrassom. A tecnologia aparece imbricada no discurso da gravidez e circula com naturalidade para além do ambiente médico.

As... as pessoas que já fizeram [o exame de ultrassom] já, já mostraram pra mim. Assim, levaram é... pra casa e passaram na televisão.
(G7)

Não, eu já sabia [sobre o ultrassom] porque as minhas amigas... Ah, eu sou curiosa. Eu sempre pergunto pelas coisas. Como que é, como que não é. E a minha amiga já tinha me falado.
(G19)

Pela fala das gestantes, vê-se que as imagens perpassam um cenário familiar. Amigos e parentes costumam mostrar os exames de ultrassom tornando-o compartilhado em um **evento social**. Assim, a família se reúne em torno da televisão para acompanhar o exame

e “conhecer o bebê”. Esse achado é no mínimo curioso, uma vez que não é um fenômeno que acontece com outros exames de imagem diagnóstica, também encontrado e discutido por FILLY e CRANE (2002). A influência da cultura vigente é importante no entendimento desse cenário. GEORGES (1997) discute o uso da ultrassonografia na Grécia, nação europeia onde as pessoas assistem a mais horas de televisão. Nesse país, as gestantes se referem ao exame de ultrassonografia como “pôr o bebê na TV”, mostrando a associação entre o procedimento e um programa de lazer midiático. O mesmo dado foi encontrado e trabalhado por ERIKSON (2007).

Nesse prisma, outro ponto importante para a socialização é a possibilidade dada a terceiros em acompanhar gestantes durante o exame. Algumas entrevistadas contaram que já tinham acompanhado o escaneamento de outras grávidas, justificando a sua participação nesses momentos com um discurso sobre a importância em se estar amparada emocionalmente.

Assim... eu já imaginava como é que era porque eu já tinha acompanhado a minha prima quando ela tava grávida. Já até entrei com ela na, na sala de, do ultrassom, né? Eu já assisti tudo com ela. Então eu já ima, já sabia como é que era. Já tinha visto. Então... (...) Assim, ela já tava acho que era no sete... meses. (...) Normalzinho o bebê. Dava pra ver... bem. (...) E dava pra ver a imagem bem... bem visível mesmo, entendeu? Então já... já sabia porque eu acompanhei a minha prima.
Já num, não fiquei surpresa tanto como... (risos).
 (G8)

A importância dada ao papel da circulação de informações médicas na família, como aponta FOUCAULT (2008b), teve início no século XVIII com a criação da nova política de saúde. Essas falas conseguem retratar os efeitos da família medicalizada-medicalizante, onde o controle dos corpos e a medicalização passam a fazer parte da gama de comportamentos e preocupações familiares, tendo o conceito de auto-cuidado de si como clímax. Faz-se necessário salientar que nesse processo o primeiro foco de atenção foi o gerenciamento da saúde dos bebês, o que se mantém, de certa forma, até os dias atuais.

Sob uma leitura da medicalização, a representação prévia do exame também foi influenciada pela realização de outros exames ultrassonográficos na vida da mulher. O conhecimento anterior sobre a tecnologia transmitiu segurança e, novamente, **naturalidade**.

Então, acho que por conhecer exames de ultrassom que eu já fazia, né? Eu num, num pensava que fosse assim. Pra mim já era uma coisa normal. Um exame normal que eu ia repetir, né? Só que agora com algo dentro de mim, né (risos). Que tá crescendo e tal. Mas pra mim como eu já conhecia, **eu agia com naturalidade**.
(G12)

A naturalidade pode indicar o alto grau de docilização dessas mulheres frente a situações médicas e a manipulação corporal. As representações anteriores ao exame estão extremamente vinculadas a essas experiências e podem funcionar como uma prévia do que acontecerá na hora do escaneamento. Das vinte gestantes entrevistadas, apenas uma afirmou não ter imaginado como seria esse momento.

(...) eu não imaginava, né? De ver. Mas eu não imaginava muita coisa assim não [sobre o ultrassom].
(G17)

Contudo, após um período de questionamento e com o desenrolar da entrevista, ela continua

(...) eu num imaginei muita coisa porque a gente vê bastante em televisão, revista. E eu já tava procurando saber antes. Então você via e fala assim: pô, deve ser igual, né?
(G17)

Nessa fala é interessante como G17 imagina que sua experiência será igual ao conteúdo mostrado pela mídia. Pode-se pensar que essa ferramenta tem o poder de moldar as fantasias das gestantes sobre o exame e generalizar uma forma única de vivenciar o procedimento.

Entre todas as falas sobre o ideário que circula o exame, é importante destacar a de G15, pois é a única a marcar um desconhecimento total sobre o conteúdo do procedimento.

[Quando me falaram que eu ia fazer o exame de ultrassom] Eu pensava que eu ia chegar no médico... Ele ia perguntar... por quê eu engr, por quê que eu quis engravidar. Aí eu ia explicar e só. E ia pra casa. (...) Isso pra mim era o ultrassom. Aí eu fiquei pensando nisso.
(G15)

Esse depoimento difere dos relatos das entrevistadas. Um fator que pode ter influenciado o desconhecimento é a sua condição social que, apesar de semelhante a de outras gestantes investigadas, pode mostrar a carência de recursos financeiros e intelectuais. Além disso, essa gestante praticamente não trabalha e não reside próxima da família, indicando a possibilidade de ela viver em um mundo muito restrito, isolada socialmente. Outro elemento importante é que ela estava apenas no início do pré-natal; na data do exame a gravidez datava de cinco semanas. Tais pontos talvez tenham contribuído para a exclusão dessa gestante ao acesso de informações, aos saberes que rodeiam a tecnologia de ultrassom.

Sobre a relação entre a visão do exame de ultrassonografia e os aspectos socioeconômicos das gestantes não existe uniformidade na literatura. Para GUDEx et al. (2006) o entendimento sobre os significados do exame e os sentidos para se submeter a ele podem variar de acordo com variáveis sócio-demográficas, história obstétrica e posições das gestantes sobre a temática do aborto. Entretanto, para GEORGES (1997), as variáveis sócio-demográficas e econômicas não interferiram nas atitudes de mulheres frente ao ultrassom.

O conhecimento do cenário que rodeia o exame de ultrassom e o interesse das gestantes em obter algum tipo de informação sobre o procedimento são elementos que corroboram o conceito de **“cultura do ultra-som”** cunhado por CHAZAN (2007a). Esse pode ser definido como

“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 constituiu também como espetáculo” (CHAZAN, 2007a, p. 85-86).

Esse conceito modifica a experiência gestacional e está baseado na idéia de uma cultura visual ocidental que privilegia a visão em detrimento dos outros sentidos corporais³⁵. A cultura do ultrassom, como um *constructo* social, age na formulação de um ideário não só sobre os aspectos práticos do exame, bem como sobre a capacidade de visualização e o nível de informações passíveis de serem descobertas.

Na presente investigação, como foi visto, as mulheres já tinham algumas informações, corretas ou não, sobre como seria o exame, o que poderia ou não ser visualizado, descoberto e suas potenciais limitações. Esse dado corrobora os achados da literatura (CHAZAN, 2007a; GOMES E PICCININI, 2007), que apontam o conhecimento prévio de mulheres sobre o potencial tecnológico do exame. É interessante perceber esse conhecimento como reflexo da difusão do discurso científico na sociedade. Como aponta BOLTANSKI (2004), o discurso médico e a ciência teórica se difundem pelo ensino, pela conversação e pela mídia, fornecendo elementos para a formação de representações médicas nas classes populares, tecendo um saber, mesmo que deslegitimado, sobre uma condição do corpo.

Pode-se entender a **noção de normalidade** e **naturalidade** como um balizador fortemente ligado à expansão do exame e do controle do corpo gravídico. Pesquisadores (CHAZAN, 2005a, 2007a; ERIKSON, 2007) se debruçaram no estudo de como um exame médico conseguiu ser transformado em um ato de lazer naturalizado. ERIKSON (2007) contextualiza o uso do ultrassom na Alemanha, país onde a Saúde Pública

³⁵ Para maiores referências sobre a construção do olhar e do observador na contemporaneidade ver: CHAZAN (2005a, 2007)

desempenha alta vigilância sobre a população. Em sua opinião, a tecnologia se inseriu em etapas até sua normalização. As imagens passaram a ser significadas devido aos meios tecnológicos de olhar o corpo e a familiaridade com o conteúdo do interior dos corpos, ambos os processos desenvolvidos ao longo do tempo. O desenvolvimento da anatomia modelou “corpos transparentes”, vistos a muitos anos em figuras e desenhos do interior dos corpos. Com a sofisticação da tecnologia ela pode ser disponibilizada a todos, tornando-se rotina médica.

Acredita-se que a **noção de normalidade** associada ao ultrassom é uma construção social, de fundo medicalizante, que faz sentido dentro de uma estratégia de poder e de saber médico. Funciona como um mecanismo de poder, com vistas ao controle de uma população baseada em seus corpos. Para FOUCAULT (2007a), na sociedade existem diversos aparelhos de poder, com rituais invisíveis e com instrumentos seguros, funcionando de forma sutil, o que mascara parcialmente seus mecanismos. A partir do século XVIII o poder toma a vida do homem na qualidade de corpo vivo, o que muda radicalmente as estratégias de controle. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (FOUCAULT, 2008a, p.80).

A visão do corpo visto como estratégia bio-política tem reflexos no modelo de assistência em vigor e na forma de manejo dos corpos. A medicina é entendida assim como um dispositivo de controle social (FOUCAULT, 2008b). Considerando o corpo como foco de estratégia e a natalidade como tema crucial nas políticas de controle e vigilância, pode-se pensar nos reflexos desse fenômeno em novas configurações: o aumento no número de serviços privados de medicina fetal e no uso de procedimentos dessa natureza em serviços públicos. Para atingir tais fins, a gravidez foi transformada em uma patologia de interesse médico que necessita de medicalização e controle.

4.2 SOBRE A VISUALIZAÇÃO DE IMAGENS FETAIS: DECODIFICAÇÃO, PRODUÇÃO DE SENTIDOS E CONSUMO

Imersas em informações de origem midiática, médica ou mesmo social, as gestantes parecem prever etapas que consideram cruciais, e até mesmo indispensáveis, na realização da ultrassonografia. A influência dessa cultura do ultrassom favorece a construção de fantasias sobre a visualização de imagens fetais e **redimensiona a experiência do sujeito**, incitando demandas e temores.

Frente à corrente circulação de imagens e a rápida capacidade de codificação apresentada pelo público leigo³⁶, a dificuldade de compreensão do exame foi não só levantada como também esperada pelas mulheres. Elas temem não entender o que está sendo mostrado no monitor e assim não compreender o exame, achado equivalente aos resultados da pesquisa de GOMES E PICCININI (2007).

Como que eu imaginava [a ultrassonografia]? Que eu não ia conseguir identificar... o que era o que (risos). Que eu ia ficar com uma cara de boba, né? Não, num tô vendo. Eu acho que é isso.
(G9)

Ah... por... por ter sido o primeiro ultrassom, eu imaginava que eu não ia conseguir identificar como às vezes a gente vê em televisão, em filme, essas coisas, mas...
(G6)

Em diversos casos as gestantes não conseguiram captar as imagens e isso é destacado nas falas.

É assim... entende... é... eu... é eu olhava bem assim na imagem. Via... dava pra ver é... uma coisinha lá mexendo assim... **Mas não dava pra ver bem assim... visível.** Dava pra ver... mais ou menos. Entendeu? Num... num... não dava... pra vê bem.
Não dava pra ver ele [o feto]. Não tinha aquele... sabe? Não dá... (fala bem baixinho)

³⁶ Na etnografia de CHAZAN (2005a), feita em clínicas da cidade do Rio de Janeiro, a autora destaca a rápida capacidade de leigos, e até mesmo crianças, em entenderem o que estava sendo mostrado durante as sessões de ultrassonografia.

(G8)

Consegui [ver o monitor] Eu não entendia nada. (...) Então eu não sabia se eu imaginava uma coisa que não era. Imaginava, por exemplo, o pé e era a barriga (risos). Um negócio assim então... Então assim não via muita coisa. O máximo que eu consegui ver foi a cabeça assim. (...) E media o pé. E aqui é a cabeça. E media a cabeça. E aqui é a barriga. Sabe? **Pensei: Moço. (risos) Então tá... Você tá vendo aí e eu não tô. Tipo assim. (...) Não conseguia ver o que eles viam, né?** Eles mediam e tudo mais. Eu não conseguia... Como que eles faziam aquilo, né? Então, mas... é... eu achava engraçado eles falavam uma coisa (risos) e eu imaginava outra. Porque assim... eu imaginava uma coisa, eles mediam e depois falavam: aqui tá o resultado da cabeça. Eu falava: nossa, era a barriga aqui, assim (risos). (...) É engraçado.
(G20)

Frente a não compreensão, percebe-se que as gestantes tentam contornar sua dificuldade de várias formas, entre elas, dizendo que o feto era pequeno, falando em um tom de voz baixo, dando uma conotação engraçada a situação e reforçando que havia alguma parte do corpo visível. Parece que não conseguir acompanhar o que estava sendo mostrado funcionava nas gestantes como um gerador de angústias e refletia uma incapacidade de não ver o que os médicos viam.

No discurso das gestantes, a visualidade e a compreensão das imagens fetais apareceu freqüentemente, com um teor de conquista, um reflexo de seus esforços.

Eu vi pezinho. Perfeito. As mãozinhas, os braços do nenê que é enorme (risos). Cabeça... Nossa! Ela mexendo os bracinhos, as mãozinhas, tudo perfeito. Dava pra ver assim perfeito as mãos dela. Foi o que eu vi, ele me mostrou tu... O corpinho que ele mostra, né? Inteiro. Aí depois mostra as, a perninha, as coxinha dela. O pé, os braços, as mãozinhas... Foi isso que eu vi.
(G16)

A influência dos médicos na construção desse olhar foi fundamental para determinadas gestantes.

E aí depois passa o gel e vai passando a maquininha. E aí ele [o ultrassonografista] vai... Ele acha, tenta achar, vê o bebezinho direito e vai te mostrando. E a sensação é que você fica muito bem, muito feliz que você tá vendo o seu bebê e ele explicando a parte do corpo do bebê. Aí cê começa a entender porque na hora que você vê cê não entende nada, no primeiro olhar. Aí depois ele vai explicar e cê começa a encaixar as peças.

(G4)

O médico fica em uma posição privilegiada perante as mulheres, pois é ele quem decodifica as imagens e guia o olhar delas na construção de um feto. Esse papel de destaque foi reconhecido, mas considerado dispensável para determinadas gestantes, uma vez que os avanços na tecnologia tornam as imagens inteligíveis.

Vi [a imagem do feto no ultrassom]. Aí com... já comecei a chorar (risos). Depois ela [a médica] mostrou. Aí já vi a colu... Ele tava de perfil. (...) Aí eu vi o... o pezinho, vi a coluna... vertebral. Muito lindo. **Bem pequenininho, mas eu já consegui ver (risos).** (...) Ela me mostrava e eu... eu via. (...) Ia, ia apontando. Mas mesmo assim se ela não apontasse eu, eu tava conseguindo identificar o que era o quê.

(G9)

Além das informações médicas, a presença de um acompanhante também influenciou a relação da gestante com as imagens. De certa forma, as informações são públicas, constituindo não só uma cultura, mas um olhar onde o médico pode não ter papel preponderante; as imagens são compreendidas independentemente de sua atuação no processo de decodificação

Deu pra entender legal [as imagens fetais]. (...) Tanto que eu estava com a minha cunhada. E antes dela [a médica]... apontar e falar o que quê era, a minha cunhada já tava falando. (risos)

Ah, ele, ele tá mexendo com a mãozinha, né? E ela: é. Então, já deu pra ver bem nítido.

(G6)

O desenvolvimento tecnológico e a atual divulgação das imagens fetais contrastam com uma época em que as mulheres reconhecidas abertamente que pouco compreendiam sobre o exame e onde os médicos tinham local central.

Porque hoje acho que a tecnologia é muito avançada também, né? Não é igual... aqueles ultrasons de antigamente que... acho que a imagem era né... distorcida. Você não conseguia entender direito. **O médico ficava falando: ali é o pezinho, mas você: cadê? (risos) Ele tá... (risos) ele tá mostrando, mas eu não tô vendo (risos). Você falava: ah, tá bom. (...) É. Então tá.** É um pé ali, mas tá tudo bem. Mas não. Eu consegui ver.

(G9)

De forma interessante G9 aponta essa questão, demonstrando a necessidade de mostrar ao médico uma concordância com seu dizer. Se ele afirma que um elemento visual é, por exemplo, o pé, então será o pé. Nesse sentido, a resposta da gestante é uma falsa compreensão do exame. Contudo, mesmo atualmente as mulheres diante de suas dificuldades em entender as imagens, por vezes, fingem que entenderam o que estava sendo mostrado.

Ele [o médico] falou: aqui é o bebê. Aqui é o coração do bebê. E aqui esses fiozinhos... que o fio também era da cor do feto assim. Diferente (risos). (...). Aí [o médico] falou: aqui é o cordão umbilical que tá se formando. **Então, eu fingi que entendi, mas eu não entendi**, mas a única coisa que ele teve que me explica.
(G10)

CHAZAN (2005a, 2007) discute as negociações em torno das imagens fetais e discorre sobre a produção de verdades médicas no contexto da ultrassonografia. A autora aponta que a ultrassonografia está baseada em um ‘mito da objetividade da imagem técnica’, fruto de uma construção sócio-histórica que baliza todo o processo de construções de ‘verdades’. O detentor privilegiado de saberes para a decodificação é o médico e os pais ocupam um lugar de atores coadjuvantes no processo de decodificação, mesmo com a atual capacidade de entendimento observada. Dessa forma, a fala médica exerce poder de verdade frente ao corpo e a situação do exame.

[Ao ver o monitor] Eu falei: nossa! Isso aí é a minha barriga? (risos) Aí... [o médico] falou assim: é. Sua barriga. Aí eu falei; nossa! E como é que eu vou sabe que aí dentro tem uma criança? Aí ele falou: agora que ele tá começando gera. Depois você vai ver. Aí eu falei assim: não, mas num tô vendo nada. Aí [o médico] falou assim: não, porque aqui tá começando a gerar. **Aí ele falou assim: cê num tá vendo, mas cê vai ver... é aqui mesmo. Aí eu falei: ah, tá bom, então tá bom.**
(G15)

Nessa passagem, as produções de verdades percorrem tanto o corpo da gestante, ao delimitar o espaço da barriga, quanto à gravidez, ao afirmar o futuro desenvolvimento fetal. Quanto à mulher, parece que sua única possibilidade é confirmar passivamente as informações médicas e, no máximo, resignificar sua experiência pessoal. Existe uma

conotação de submissão a esse saber hierárquico. Como aponta GEORGES (1997), a ultrassonografia reúne dois componentes principais da cultura moderna ocidental, a visualidade e a cientificidade, de forma deliberada. Na história de desenvolvimento dessa tecnologia a possibilidade de reconhecimento de imagens fetais sempre foi um objetivo central na tentativa de garantir a objetividade do procedimento, o que auxilia no processo da construção de verdades.

Como contraponto, percebe-se que algumas mulheres se esforçaram quanto ao entendimento das imagens fetais, demonstrando empenho em aprender sobre o que estão vendo, tarefa nada fácil.

Então... eu via assim [no monitor]... é, a, a, tipo... Ah, [o feto] era tão pequenininho, pequenininho. Às vezes, eu pergun... é... eu via... sei lá um tracinho assim e aí eu perguntava. Ele [o ultrassonografista] dizia: a mãozinha, aqui é a cabeça, é, a, a coluna, né? Tudo pequenininho. (...) Eu perguntava pra ele o que era. Aí ele me pergun, me falava, entendeu? Aqui mãe é isso. Aqui é o pezinho. Aqui... entendeu? (...) **[Eu] entendia. (...) [Eu] Aprendi a ver (risos). Com muito custo.**
(G18)

Nesse discurso aparece uma atitude ativa de G18 em tentar compreender o exame. Apesar de estar em um lugar de paciente dentro de uma hierarquia médica, ela solicita auxílio na decodificação das imagens e é correspondida. Com o passar do tempo ela se considera apta a ver, comportamento que adquiriu com esforço.

Com relação a essa discussão sobre o entendimento das imagens ultrassonográficas, vale a pena apontar que outros fatores interferem na interpretação do procedimento. A qualidade das imagens sempre depende de três elementos primordiais: a qualidade do operador, a tecnologia do maquinário utilizado e o tempo dispensado no exame. Além disso, a idade gestacional é vital para a visualização das estruturas fetais, facilitando ou não, o entendimento das gestantes. Entretanto, como elas não dispunham de tal informação a possibilidade de entendimento pode recair sobre suas próprias habilidades, o que pode ser angustiante para as gestantes. Frente à limitação das mulheres em

entender as imagens fetais de fato, o foco no discurso se desloca para a **possibilidade de ver o filho**.

Ah, na hora [do exame]... assim... todo o momento que eu podia ver [eram os mais importantes].
Vê ou... sei lá. **Mesmo que eu não entendesse nada eu tava vendo**. Então isso é muito importante.
(G20)

O ato de ver o feto passa a adquirir diversas significações que apareceram como será apresentado, de forma constante no discurso.

4.2.1 Ver para Crer: a Confirmação da Gravidez e o Engajamento na Maternidade

A crença na gravidez é um processo psicológico amplo na vida de uma mulher. A inserção de tecnologias reprodutivas vem modificando esse quadro. Com o surgimento dos testes laboratoriais, cada vez mais precoces, a mulher poderá saber sobre a gestação. Para isso, por vezes, não é necessário nem mesmo esperar o atraso menstrual, sinal clássico da possibilidade de gravidez.

Frente a um resultado positivo, a mulher pode experimentar diversas sensações, sendo bastante frequente a dúvida quanto ao seu estado.

A gente não acredita [que está grávida após o exame de urina]. (risos) Eu não... assim. Sabe, cê olha... Será que eu tô? Cê fica ainda em dúvida se tá aparecendo as duas linhas mesmo. Cê acha, cê não quer acreditar que tem as duas. Sabe? Que cê que tanto, mas cê imagina que não tá. Aí eu fiz teste de sangue e deu positivo. Aí...
(G5)

Essa dúvida faz parte do processo gravídico e foi apontada no estudo de GEOCZE e GORODSCY (2002). Antigamente, os sinais corporais eram os únicos indicadores sobre a gravidez da mulher. Hoje, com a descoberta precoce da gestação, **a tecnologia reconstrói o ritmo da gravidez**. A mulher precisa se deparar com as questões que

envolvem a gestação e se posicionam frente a elas. Comportamentos e pensamentos comuns das gestantes, como a negação inicial da gestação, a dúvida quanto aos resultados dos exames, perdem lugar; são atropeladas pelas certezas científicas. Nesse sentido, o ultrassom apareceu como importante instrumento para que as mulheres passassem a acreditar que esperavam um bebê.

Minha ficha [sobre a gravidez] só veio cair no dia que eu fiz ultrassom. Mesmo tendo feito o exame [de urina e de sangue]... tendo... deu positivo... sabe? De tar sentindo náuseas e tudo mais. Minha ficha só caiu quando eu fiz ultrassom. (...) **Até o dia da ultrassom é aquilo que eu te falei. Às vezes eu me sentia grávida, às vezes eu não me sentia grávida, entendeu?**
(G6)

Apesar dos exames positivos e dos sinais corporais, o marco inicial na crença da gestação se dá com a experiência do ultrassom, indicando que esse exame, baseado na união entre objetividade e cultura visual, adquire caráter central na confirmação da gravidez. Pelas falas, percebe-se que essa tecnologia já está difundida no imaginário como algo realmente capaz de atestar a gravidez. Outros exames perdem lugar, pois dependem de uma interpretação subjetiva de laudos e gráficos. Com a introdução da ultrassonografia, as mulheres associam o que pode ser visto com o que é real e aí se constrói a **realidade da gravidez pelo ultrassom**.

Bom, eu fiz [ultrassom] no terceiro mês, com doze semanas. Foi uma sensação diferente porque a gente sabe que tá grávida, mas só acredita na hora que... tá ali no ultrassom, vendo o neném mexendo. E... confesso que eu só acreditei mesmo que eu tava grávida ali. (...) Cê sabe que tá grávida, mas... passa a acreditar realmente... no momento em que... que vê lá na telinha, tudo.
(G2)

É, ah, foi nessa hora [do exame] que eu me senti aí... olha... Aí sim eu acreditei mesmo [na gravidez]. Que caiu a minha ficha, porque eu ainda tava com dúvida, né? Eu falei assim: nossa! Eu acho que eu não tô não. Aí fiquei assim, sabe? Meio assustada. (...) Eu digo: agora pronto!
Tô mesmo, não tem nem jeito.
(G15)

A experiência de se submeter ao exame traz no discurso das mulheres uma verdade: ela está grávida. Apesar de um aspecto conformista aos saberes médicos, como visto nas

falas, para algumas entrevistadas a aceitação da realidade da gravidez não se deu de modo automático. Os discursos foram sutilmente permeados por entraves entre a influência da tecnologia e as percepções corporais, físicas e emocionais. Tais confrontos foram divididos em dois eixos: corpo versus tecnologia e emoção versus tecnologia.

Com relação ao primeiro eixo, os discursos mostram que as mulheres, apesar de todo o aparato tecnológico e medicalizante, percebem as mudanças corporais e as valorizam.

Até o momento assim... eu sabia que eu tava grávida, mas enquanto eu não vi... eu, eu ficava assim: será que eu tô? (...) Eu acho, mas eu acho que [a dúvida] é por pouco tempo porque o enjôo já fala tudo também, né? O enjôo e... e a menstruação não desce, tá atrasada. E... e a barriga da gente também vai ficando um pouquinho dura aqui em baixo. Aí a gente já... já acho que já dá pra perceber. (risos)
(G7)

Quase nem tenho barriga ainda. Só, você só acredita [na gravidez] na hora dos enjôos. Aí sim a gente acredita.
(G11)

Essa gestante aponta que viu o filho no ultrassom, mas que só acredita na gravidez quando se sente enjoada. Faz também uma associação entre não estar grávida e não ter uma barriga como a das gestantes. Dessa forma, analisa-se que, por maior que seja o papel do ultrassom na gravidez, os saberes da mulher ainda têm lugar no discurso.

Olha, eu não sei nem se ainda se caiu, de verdade [a ficha sobre a gravidez]. Pra te falar a verdade. Ainda mais tipo que a minha barriga ainda não tá... tipo... visualmente... Visualmente ninguém diz. Tipo, se eu entro no ônibus ninguém ainda me dá lugar pra sentar (risos). Então, eu acho que ainda não caiu, assim.
(G2)

Juntamente ao desenvolvimento do corpo, outro ponto que contribui na formação de uma gestação no psiquismo da mulher são os aspectos sociais, como apontado em MALDONADO (1997). Percebe-se aqui que a visualidade não se dá somente no contexto do exame, mas sim nos sinais do corpo que levam a modificações cotidianas.

Esse trecho mostra que apesar de ter feito o exame, essa mulher ainda se sente ambivalente sobre a crença na gravidez e que sente falta de mudanças corporais que a auxiliem no processo. Fala também sobre o desejo de um reconhecimento da sociedade sobre seu estado gravídico; pode-se pensar que, ao apontar o exemplo do ônibus, ela mostra como ainda não está socialmente grávida.

Outro aspecto importante no conflito entre corpo e tecnologia reside na forma como as percepções corporais vêm sendo questionadas frente ao poder da ciência. Com a constituição de um novo observador ao longo dos séculos XIX e XX

“Ocorre uma reorganização da percepção e de seus objetos, intrinsecamente ligada à noção de não confiabilidade dos sentidos. Na medida em que é demonstrada a falibilidade e a suscetibilidade do aparelho fisiológico, torna-se também evidente o quanto as sensações são manipuláveis” (CHAZAN, 2007a, p.31).

Nesse sentido podem ser compreendidos aqueles estudos que se preocupam em aferir os movimentos fetais contados por gestantes e visualizados pelo ultrassonografista, visando identificar o real acontecimento e grau de acurácia dos mesmos. Nesses trabalhos, as percepções físicas das gestantes ficam relegadas a uma categoria menos importante de confiabilidade quando comparadas a tecnologia de ultrassom.

O caso dos movimentos fetais também vem sendo avaliado frente aos níveis de ansiedade materna. O trabalho de SJÖSTRÖM et al. (2003) investiga os efeitos da ansiedade materna na percepção dos movimentos fetais por meio de uma metodologia de contagem cruzada. Os autores aplicaram escalas para avaliação dos níveis de ansiedade nas gestantes e depois as submeteram ao exame de ultrassom, divididas em grupos de acordo com a frequência cardíaca. Foi solicitado para que as gestantes apertassem um botão quando sentissem movimentos fetais, enquanto um examinador no monitor do ultrassom fazia o mesmo. O exame durou 120 minutos. O estudo tinha dois escopos: calcular a porcentagem dos movimentos em concordância entre ambos e calcular a porcentagem dos movimentos captados exclusivamente pela gestante e pelo examinador.

Como conclusão, os autores apontaram que ambos poderiam detectar mais facilmente movimentos fetais complexos e que a concordância de movimentos foi maior quando houve mais movimentos. Quanto aos níveis de ansiedade, descobriu-se que os mesmos não afetam a percepção materna sobre os movimentos fetais, sendo que, durante os períodos com poucos movimentos fetais, as mulheres com estados e traços ansiosos mais altos puderam ter uma habilidade melhor de perceber os movimentos fetais. Segundo eles, isso asseguraria a confiança da mulher, uma vez que seus relatos sobre os movimentos fetais ainda são usados clinicamente como um método de monitoramento fetal.

Entretanto, essa segurança trazida pelos achados do estudo só confirma algo milenar: o conhecimento das mulheres sobre seu estado físico. Observa-se a necessidade em se conduzir estudos científicos para provar o lugar de saber feminino que a todo tempo é desacreditado, até mesmo pelas próprias mulheres. Algumas entrevistadas discorrem sobre essa lógica.

Senti é uma coisa, vê é outra.
(G11)

(...) ver seu filho ali [no monitor], saber que é seu. Porque quando tá aqui dentro você sabe que tá, né? Mas num tem aquela... cê num tá vendo. Mas na ultrassom cê vê assim.
(G13)

Eu não imaginava que ela [a bebê] tava se mexendo tanto. Porque eu não sentia. (...) Eu durmo com a mão na barriga. É só pra sentir, sabe? Nossa, é muito bom (risos). É um barato.
(G17)

A força da imagem é tamanha que as percepções perdem lugar. As mulheres dizem que não sentem os bebês mexendo, entretanto, isso exige tempo e desenvolvimento fetal. Conclui-se que a **ultrassonografia é significada como fonte de conhecimento confiável** sobre o corpo grávidico; representação que somente pôde ser construída, uma vez que o caráter científico e legitimado é atribuído a esse exame, funcionando como expoente do saber médico.

Quanto ao segundo eixo, emoção versus tecnologia, percebe-se que os sentimentos das gestantes podem não corresponder ao ritual simbólico moldado pela “cultura do ultrassom”. O modo como a mulher introjeta a própria confirmação da gravidez e como formula as concepções iniciais sobre o bebê, podem refletir o descompasso impingido pela uso da tecnologia no processo complexo de elaboração gestacional.

O primeiro momento você não acredita que cê tá grávida porque num, num, cê num sente. (...) teve uma vez que por causa da dor de cabeça eu passei lá [no hospital] e aí a médica me mostrou [o feto] pelo monitor [do ultrassom], né? (...) É estranho. **E que aí você fala: tá em mim mesmo esse neg... sabe? É estranho.** Tipo assim, sabe? Sabe? Que por mais que mude o corpo, essas coisas... Não parece que tem um bebê, uma criança, um ser humano dentro de... sabe... da pessoa. Acho que olhando...
(G5)

A gente só vê um negócio lá, né? Mas... não dá pra... pra... (...)
(G6)

É interessante ressaltar como G5 se refere ao feto “esse neg...” em uma clara referência ao termo negócio; fala que ela não consegue completar, mas que aparece claramente no discurso de G6. Isso pode sinalizar conflitos, já que a construção de um bebê no imaginário materno leva tempo e depende de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A mulher não passa a ser mãe após a visualização de uma imagem tecnológica. Este encontro entre um “feto coisificado” e o bebê começando a ser imaginado no psiquismo, pode ser a raiz da sensação de estranhamento da situação, levando ao não reconhecimento da gestante sobre seu corpo e seu filho.

[Explicando o exame de ultrassom para outra gestante] **Você vai vê sua criança, mas... só no pensamento. Que não é vê, vê.** Que é muito pequenininho. Então cê vai ficar muito assim, sabe? Muito emocionada. Chega a dar um frio na barriga. (...) Mas continua ainda no meu pensamento aquela criancinha bem pequenininha dentro da minha barriga. (...) não [a do ultrassom]. Aquela que eu sempre imaginei. Acho que [essa imagem] só vai sair quando eu ver mesmo a minha criança na minha barriga.
(G15)

(G10)

Como dito anteriormente, a primazia do sentido da visão em diferentes contextos de vida foi construída ao longo do tempo. Na medicina, o controle dos corpos ganhou força com o desenvolvimento de estratégias de visualização das estruturas anatômicas humanas. O papel dado hoje aos aspectos visuais na cultura é importante no entendimento da massificação do ultrassom (GEORGES, 1997; CHAZAN, 2005a, 2007), uma vez que o sentido atribuído ao ato de ver está redimensionando o campo gestacional.

Nesse prisma, o olhar e o monitoramento do feto passam a fazer parte do repertório materno indicando que novas formas de controle sobre o corpo estão internalizadas. Esses controles modelam as atitudes das grávidas sobre o cuidado de si, obtendo sentido em um dado espaço-tempo, no qual os indivíduos estão assujeitados. Atualmente, em um cenário de valorização da visão em detrimento aos outros sentidos, pode-se pensar que as mulheres que aderem a essa nova postura podem ser consideradas mães modernas, agindo em confluência com as práticas em vigor.

A análise do discurso mostrou que determinadas mulheres perceberam de modo consciente os efeitos da ultrassonografia como algo capaz de influenciar conteúdos referentes à maternidade. Além de importante instrumento para confirmar a gravidez, o acesso ao recurso tecnológico igualmente foi descrito como uma importante etapa vivida pela mulher na elaboração de um **papel de mãe**, elemento parte de um roteiro a ser seguido.

A parte do ultrassom sim. Que... que isso ajuda bast... mais. Sabe? **Você assume melhor o papel.**
(G1)

Nossa. Total! [A ultrassonografia] Faz muita diferença. Você vê... Acho que se eu não tivesse visto assim seria uma etapa muito importante que eu teria pulado, assim. Acho que pra você, pelo menos digerir isso na tua cabeça. Acho que quanto mais dados você tiver. (Risos) Acho que mais fácil você vai... Vai te ajudando, né?
Acho que só vendo mesmo pra... poder cair a ficha não, mas... (risos)

(G2)

Mas depois que eu vi... aquelas coisinhas... aí eu comecei a pensar: não, eu já sou mãe, entendeu?

(G16)

Diversos elementos permeiam a construção de uma identidade que engloba a maternidade; entre os quais, os dados fornecidos pelo exame de ultrassom. Algumas mulheres apontam que ao verem as imagens, tornam-se mães, enquanto outras colocam o exame como um facilitador desse vir a ser. Essas (re)significações podem ser compreendidas como reflexos da inserção da tecnologia no contexto sócio-cultural das mulheres investigadas: uma sociedade hierarquizada e tecnicizada, que atribui valor de verdade ao discurso científico.

A influência dos dados do ultrassom fica evidenciada nos casos onde a mulher não desejava a gravidez

Eu acho que eu come... porque assim... como no começo assim eu ficava meio assim, né? Porque eu não queira assim [a gravidez]. Mas [após o exame de ultrassom] eu comecei a me amar mais como mãe, sabe? A me sentir mais mãe, assim. De acredita que... realmente eu tava grávida. (...)

A ficha não cai assim de repente. Vai caindo aos pouquinhos, então...

(G11)

O trecho mostra que o exame desencadeou dois processos: a confirmação da gestação e o desenvolvimento de um pensamento de amor frente uma situação conflituosa. Alguns estudos vêm sendo conduzidos investigando os efeitos da ultrassonografia na aceitação da gravidez. GOMES E PICCININI (2005), discorrem sobre a questão ultrassonografia e aborto. Apontam que as mulheres que passaram por uma perda fetal após terem se submetido a uma ecografia, tiveram maiores dificuldades em elaborar o luto, realçando os danos emocionais. Entretanto, tal estudo apenas levanta esse dado, sem uma discussão metodológica, o que abre brechas para o questionamento de tal achado, pois considera-se perigoso generalizar uma questão de ordem tão íntima.

Os reflexos do entrave trazido com a certeza científica para o engajamento na maternidade podem ser vistos ainda nos casos onde as gestantes tiveram que mudar seus comportamentos cotidianos.

[Após o exame G10 pensou] Realmente tem uma vida dentro de mim (risos). Porque eu sou muito danada, sabe? Sou meio sapeca. Eu falei: realmente eu tenho que parar e agora ser mulher (risos). (...) Não posso fazer mais o que eu tava fazendo, né? (...) Que daí foi que eu realmente vi que tinha alguma coisa dentro de mim, que tinha uma vida. E que eu tinha que mudar. Então, agora eu sou uma mulher mais séria (risos).
(G10)

[No ultrassom] Cê vê a perninha, cê vê tudo. Cê sabe que aquela coisinha tá dentro de você, sabe? Que cê tem que cuidar, alimentar. Nossa, eu me preocupo bastante com a minha alimentação. Como bastante, tomo água, evito comer besteira. Porque, né? Eu sei que não é só eu agora. (...) Eu já me sinto mãe.
(G19)

Nesse caso, as gestantes apontam como perceberam a necessidade de mudar seus estilos de vida para poderem se adaptar ao lugar de mãe após o exame de ultrassonografia. Seus comportamentos passam a ser modificados em prol das “supostas demandas do feto”, indicando o poder empregado pelas grávidas à tecnologia no processo de reconfiguração da maternagem.

Como algumas entrevistadas afirmaram, a obtenção de elementos visuais e a produção de conhecimentos tidos como verdadeiros, produzidos via ultrassonografia, auxiliam na entrada da mulher no papel de mãe e na própria aceitação da gravidez. De certa forma, esses elementos compõem o imaginário da gestante e desencadeiam o processo de maternagem. Conclui-se que o ultrassom pode ser considerado um instrumento que fornece subsídios a mulher em sua passagem **ao papel de mãe**. Surge assim uma nova maternidade, mediada pela tecnologia.

4.2.2 Visualizando a Gravidez: Articulações Entre Saber e Poder

A ampla circulação de imagens fetais na sociedade e os diferentes reflexos trazidos pela experimentação da ultrassonografia na gestação atribuem à visualização um poder sobre o corpo e sobre o feto. Em um contexto atual, onde o que pode ser visto é algo tido como verídico, constrói-se a representação de que ver é saber.

Ai, dessa coisa mesmo de poder ver, né? De... de... Por... por menor que fosse poder ver ele pulsar lá dentro assim. É uma coisa minúscula, meu, tá dentro de você.
(G2)

Aí no [laudo do] ultrassom não veio a imagem. O ultrassom veio só escrito. Esse é exame aí. E aí não deu pra ver mais nada.
P³⁷ – Você gostaria de ter visto?
G4 – Sim, gostaria. Tanto que assim a gente fica mais... pra ver se tira as dúvidas, né?
Mas... não vi.
(G4)

Mas aí é claro que a gente quer ver [o monitor do ultrassom]. Fica aquela ansiedade. Ah, eu quero ver, né? É pequenininho [o feto], mas dá pra ver.
(G9)

Ter acesso à imagem ultrassonográfica passa a ser algo de extremo valor, apesar do não entendimento sobre ela ou do nível primário de desenvolvimento fetal que dificulta a qualidade do procedimento. Isso é fortalecido pela construção social moderna acerca da confiabilidade da visão; **ver é uma forma de poder**, de controle. As mulheres

³⁷ Em algumas passagens, optou-se por ilustrar a sequência de interação e produção de sentidos entre gestante e pesquisadora. Tal postura vai ao encontro da proposta de SPINK (2004) que sugere a apresentação das falas dos sujeitos nos contextos interpretativos de sua produção. Esse procedimento revela a interanimação dialógica, o jogo de posicionamentos dos sujeitos e o procedimento de coleta de dados e suas ressonâncias nos conteúdos discursivos. Acredita-se que desse modo é possível retratar o conteúdo interativo da entrevista, permitindo mostrar as reações dos entrevistados frente a conteúdos específicos do pesquisador, como comentários e silêncios, pois mostra as múltiplas modalidades de diálogos e as possíveis falhas da entrevista. Essa apresentação permite o entendimento de pontos interessantes da análise como: “Que perguntas suscitam narrativas? Que perguntas geram processos de negociação de sentido? Quando se torna necessário justificar? Em que tipo de interação passa a ser necessário argumentar contra ou a favor de algo?” (SPINK, 2004, p.54).

germinam e reproduzem o desejo por ver, mostram-se ansiosas para saber como é o filho, criando expectativas sobre o exame e a gravidez.

Aí, de ansiedade. Queria ver, sabe? Gente! Eu? Eu não me imaginava nem mãe agora, assim? Nossa! Muito estranho. Uma coisa muito remota. (...) Aí marquei [a ultrassonografia], fiz, tal.
Falei: nossa, é verdade! (risos)
(G2)

Ah, eu tava apavorada. (risos) Mas assim... eu gostei, sabe? Da sensação. Foi maravilhosa. Poder ver, assim. (...) Já deu pra ver certinho. (...) Mas... é como se fosse o melhor sentimento que eu tive em toda a minha vida, sabe? De ver. (...) Eu cheguei a chorar quando eu vi.
(G6)

Para melhorar o acesso ao campo de visão da tela do ultrassom, o próprio espaço físico da sala de exames passa a ser criticado pelas gestantes. De modo geral, o ultrassom foi realizado em um hospital de grande porte da cidade, especializado em atendimento terciário de saúde. O local foi retratado como pobre em conforto, desde a sala de espera até os consultórios de atendimento. A ambiência apareceu no discurso das gestantes exatamente relacionada a possibilidade dada a elas para visualizarem o monitor. Essa temática foi referida com particular interesse pelas entrevistadas.

Não [eu não via o monitor], então, eu olhava pra cara da... da minha amiga, né? Aí ela falava: não, tá tudo bem (risos). Eu tô vendo ele (risos). Aí eu falava... aí eu... e eu pensando: não, mas eu quero ver. (...) Eu tava muito angustiada, muito angustiada. Quando eu não tava vendo.
(G9)

Eu pedi pra ver [a tela], porque eu não sei se [a médica] ia mostrar.
(G10)

Porque eu chorei o tempo todo. Que quando ele [o médico] viu que eu tava emocionada, ele virou até a tela... do computador. Nossa!
(G16)

Observa-se que para as gestantes a oportunidade de visualizar a tela foi considerada importantíssima. Elas temiam que os médicos não as mostrassem o monitor, excluindo-

as do exame. Tal temor não foi inoportuno, como será discutido no próximo capítulo que aborda as interações entre médicos e gestantes.

Além de desejarem ver, as mulheres ainda se mostram atentas as imagens, tentando captar o desenrolar do exame. Aparece uma postura ativa frente ao escaneamento

(...) eu ficava tentando procurar as partes do corpo, né?
(G11)

[Eu vi o feto no monitor] Porque eu fiquei olhando, entendeu? Eu fiquei... porque eu fiquei cu, curiosa. (...) Mas [o médico] num me falou nada disso. (...) Eu prestei atenção.
(G19)

A postura das mulheres de atenção frente ao exame corrobora os achados da literatura (GOMES E PICCININI, 2007). A atitude das mulheres de monitoramento e fiscalização das imagens fetais pode ser pensada à luz da cultura vigente que privilegia a ciência e o conhecimento. Pode-se pensar que as gestantes estão movidas por uma **vontade de saber** que, como aponta FOUCAULT (2007b), é algo que se apóia em um suporte e em uma distribuição institucional, sendo reforçada e conduzida por um conjunto de práticas e pelos saberes aplicados nas sociedades.

Como destaca FOUCAULT (2007b), as disciplinas constroem sujeitos e subjetividades em complexas articulações. A revolução médica e social, pela qual passou a gravidez, saindo de um processo natural para algo que depende de uma tecnociência, faz parte de um complexo cenário no jogo de poder onde médicos e mulheres contribuem constantemente: os primeiros com o refinamento de técnicas e a constituição de disciplinas de saber e os segundos com o desejo de conhecimento e apropriação.

Quanto à medicalização e o aumento no uso de tecnologias reprodutivas, pode-se pensar que existe uma via de mão dupla, um efeito de alimentação positiva, entre a oferta médica e a demanda social. Com relação à ultrassonografia, pode-se pensar que as teias de medicalização elaboraram um importante dispositivo de poder voltado aos corpos

gravídicos: o monitoramento e controle dos corpos via ultrassonografia foi (re)significado como um momento de prazer. Cria-se na gravidez o **desejo de ver**.

Porque aqui [no Centro de Saúde] a gente quando faz o pré-natal ele só escuta o coração. A gente não vê. Só escuta, né? Então não é a mesma coisa. Ver é bem melhor. Ver e escutar.
(G5)

Ai [eu queria ver] como quê era [a ultrassonografia] (risos). Assim, às vezes a pessoa vê por TV, na escola, tudo. Mas ao vivo é diferente. Com a gente é mais ainda. É diferente, então eu queria ver...
(G11)

Na opinião de ILLICH (1975), ao ensinar o sujeito a desejar um ato médico, a medicalização pode encher as suas vítimas de diferentes terapias e procedimentos. A difusão de uma tecnologia, como no caso do ultrassom, pode ser um reflexo da crescente **vontade de saber** das gestantes associado ao **desejo pelo ato médico**. O desejo de ver pode explicar o redesenho de um aparato diagnóstico em um instrumento de prazer, uma vez que “(...) as grandes mutações científicas podem talvez ser lidas, às vezes, como conseqüências de uma descoberta, mas podem também ser lidas como a aparição de novas formas na vontade de saber” (FOUCAULT, 2007b, p.16).

O prazer remodela um novo padrão de comportamento das mulheres, uma vez que elas se sentem beneficiadas e felizes com o escaneamento.

“A produção do prazer de ver o feto – cujas imagens cinzentas e indistintas se transformaram em objeto de desejo – é a pedra de toque que une o útil ao agradável. As grávidas passaram a buscar ativamente as imagens fetais, submetendo-se prazerosamente às ultra-sonografias, no decorrer das quais os profissionais produzem narrativas visuais e discursivas. É construída uma subjetivação envolvendo as imagens, a gestante e o feto, ao mesmo tempo em que é produzida uma estetização das imagens, uma exteriorização do feto e uma mescla da imagem com o feto propriamente dito” (CHAZAN, 2005c, p.346).

A literatura (CHAZAN, 2005a,c; ERIKSON, 2007) confirma essa percepção de prazer ao ver o feto. Ao associar uma estratégia de monitoramento a um momento de cuidado e prazer, o controle dos corpos torna-se eficaz, sendo reforçado pelo apoio das próprias

mulheres. O olhar feminino já está normalizado. Os desdobramentos desse novo relacionamento das mulheres com a tecnologia são inúmeros. Contudo, é importante destacar que a criação de um prazer de ver coloca o feto em um local privilegiado e, cada vez mais, monitorado.

Eu quero ver. Eu quero, sempre que eu puder eu quero ver ele.
(G12)

Ai sabe? [Fiquei empolgada] De você ver [o bebê] ele na telinha. Ela, né, no caso. Na telhinha ali. Se mexendo. É, a minha empolgação era essa. (...) Eu queria ver o neném.
(G17)

A docilização das gestantes, imersas em um sistema social que legitima e difunde as práticas oferecidas pela hierarquia médica, levou à construção de uma demanda das gestantes pelos exames de ultrassom. O mesmo foi descrito por ERIKSON (2007), nas mulheres alemãs. O autor defende que o ato de ver o feto deixa de ser apenas uma prática médica, virando agora um hábito feminino. Com isso, pode-se pensar que mais um aspecto primordial na demanda por exames ultrassonográficos está no consumo de imagens fetais. As mulheres são vistas como consumidoras, elas financiam um segmento de mercado. Apesar da presente investigação ter sido conduzida em uma instituição pública de saúde, discursos dessa natureza apareceram.

4.2.3 Visualidade e Cultura de Consumo

Outro fator indispensável ao entendimento da difusão do ultrassom é influência inegável de uma cultura de consumo. Através dela, atitudes e demandas são moldadas, entre elas o desejo de ver, forte componente da ultrassonografia. No Centro de Saúde investigado, para uma mulher se submeter ao exame de sangue³⁸ para a confirmação da gravidez, ela

³⁸ O teste utilizado nessa instituição é o β -hCG.

precisa estar com quinze dias de atraso menstrual. Para a realização da matrícula da gestante só são aceitos os exames realizados pelo próprio serviço de saúde. Imediatamente após esse período, a mulher inicia seu acompanhamento de pré-natal e a primeira ultrassonografia geralmente acontece entre a décima primeira e décima quarta semanas de gestação. Apesar disso, algumas das entrevistadas decidiram não esperar o tempo estabelecido pela instituição e, tendo os exames de sangue feitos em laboratórios externos, recorreram a uma ultrassonografia particular, o que indica sua popularidade.

Foi tipo... eu fiz os... os exames de sangue, fiz os de farmácia. Aí eu falei: nossa! **Mas sabe assim quando você não acredita, né? Eu preciso ver, né?** Aí fiz no laboratório. Aí foi aquela coisinha. Você via só praticamente só o coraçãozinho, né? Porque ele é pequenininho, assim. Mas, muito legal. Daí cê chora. Você fala: ai meu Deus! Ultrassom! Bonitinho, né? Ele tá lá mesmo (risos).
(G2)

Nessa fala, observa-se que não houve receios dessa mulher perante a realização de um procedimento médico. Por que motivos isso ocorre, uma vez que não é fenômeno comum as pessoas se dirigirem espontaneamente a laboratórios para fazer exames? Uma pessoa não decide fazer uma tomografia cerebral ou uma colonoscopia aleatoriamente. Isso pode ser entendido frente à remodelação no significado dessa tecnologia: **o exame de ultrassom se tornou um produto mercadológico**. Sob essa roupagem, percebe-se que são as próprias mulheres que demandam o exame, muitas pedem aos seus médicos prescrições para fazê-los. Como aponta GAMMETTOFT (2007), as mulheres tornaram-se consumidoras de imagens fetais.

O trabalho de BOLTANSKI (2004) faz uma análise sobre a construção de categorias e o discurso popular nas temáticas de saúde, doença e o consumo de produtos médicos. O autor discorre aponta a importância da construção de “necessidades médicas”, ou seja, produtos com determinados “valores simbólicos associados” que são vistos pelos consumidores como objetos legitimamente cobiçados. O ultrassom parece ser um claro exemplo de um serviço médico que recebeu esse *status* de valorização social tanto pelos

médicos quanto pelas próprias mulheres, o que leva a um aumento no uso e na busca pelo procedimento.

Alguns fatores determinantes estão ligados a esse *constructo*. FILLY e CRANE (2002) apontam que o ultrassom é prática comum entre os médicos americanos, baseado no impacto financeiro trazido com o uso cada vez maior de escaneamentos. Devido a isso, os autores acreditam ser difícil a implementação de uma regulação sobre a lucrativa prática clínica.

BOLTANSKI (2004) faz uma interpretação relevante sobre a conjunção entre a prática clínica e a oferta de produtos médicos. Para o autor, diferentemente de outras categorias profissionais, os médicos não podem admitir claramente uma finalidade de maximização de lucros oriunda de suas atividades. Frente a essa limitação, desenvolvem e oferecem toda sorte de técnicas complexas com o objetivo de garantir seus interesses materiais sem transgredir os princípios éticos e morais de sua prática. Assim, uma nova técnica é oferecida a todo e qualquer paciente, tornando-se uma rotina, fato que pode ser observado na construção da associação entre exames de ultrassom e a gravidez na contemporaneidade.

Percebe-se, portanto, como o sistema capitalista tem alcance direto nesse problema, pois configura a saúde como bem de consumo. Criam-se necessidades, modelam-se subjetividades.

“Realmente, se o nível do consumo médico próprio a uma determinada região não é independente da densidade médica nessa mesma região, é talvez porque, em primeiro lugar, a produção de serviços médico produz a necessidade desses serviços, pois produz a doença ou pelo menos o doente, criando novas categorias de sintomatologia, divulgando-as e ensinando a linguagem na qual podem ser expressas, ou seja, difundindo sinais psíquicos e as sensações corporais que assinalam a sua presença. Se a “necessidade médica” parece ser “ilimitada” e “impossível de ser saturada”, isso não se deve (...) a que os agentes sociais peçam à medicina que lhes traga “um remédio à nossa forma de civilização”, mas porque,

como a “necessidade cultural”, esta é uma “necessidade cultivada” e que, como aquela, “cresce à medida que é satisfeita” (...) BOLTANSKI (2004, p.164)”.

A partir do momento em que se é necessário vender produtos para manter a circulação de recursos financeiros, estratégias de marketing são fundamentais a sobrevivência do fornecedor. Pode-se pensar que a criação de uma visão positiva sobre os exames de ultrassom foi uma tática extremamente bem-sucedida, ao engajar as mulheres em defesa do procedimento. Além de submissas, elas se tornam consumidoras de serviços médicos; elas fazem circular o capital, forma inegável de poder.

Observa-se que ao demandar os procedimentos, as mulheres retroalimentam não só o consumo como o processo de medicalização, reforçando a gravidez como um momento médico. Conclui-se que as gestantes têm papel ativo na implementação do exame de ultrassom como momento associado à gravidez.

O funcionamento do mercado que cerca o ultrassom é uma questão discutida ao redor do mundo. No Brasil, diferentemente de outros países, o exame de ultrassom é de competência exclusiva da profissão médica; apenas os médicos são habilitados legalmente para o exercício da profissão. Geralmente, os profissionais vêm das áreas de Ginecologia, Obstetrícia e Radiologia e após uma especialização, dedicam-se a ultrassonografia obstétrica. De certa forma, essa exclusividade garante um reserva de mercado, não ameaçada por outras categorias.

Nos países em que outros profissionais podem realizar a ultrassonografia tal ponto não se faz discussão passiva; técnicos em radiologia, parteiras e médicos travam um embate mercadológico pelo procedimento. Nos Estados Unidos, por exemplo, existem duas finalidades para o exame de ultrassom: o ultrassom médico, feito por profissionais médicos, e o ultrassom de entretenimento, também conhecido como ultrassom não médico, que é feito por técnicos.

De acordo com WAX e PINETTE (2006), alguns países vêm enfrentando problemas com a criação de centros de imagem fetal, que oferecem serviços desde a detecção do sexo do feto até a disponibilização de fotos e vídeos para formar um *book* do bebê. Tais mercadorias são vendidas como lembrancinhas fetais ou souvenirs, tendo sua clientela aumentada entre os futuros pais. Nesses locais, práticas médicas são legalmente proibidas, como a detecção de malformações no feto. Entretanto, os problemas que envolvem esses serviços são inúmeros: aspectos éticos, políticos, econômicos e de segurança se fazem presentes. Os autores finalizam recomendando aos governos a criação de políticas efetivas contra o uso indiscriminado e puramente econômico de ultrassons fetais de caráter não médico.

O estudo de JI et al. (2005) também endereça essa questão controversa. Aponta que as mulheres e as famílias buscam os exames não médicos para obterem confiança na gestação e por motivos de prazer, como o aumento do vínculo materno-fetal. Para os autores, faz-se necessário a elaboração de dados científicos que comprovem se tal prática é benéfica ou não para os sujeitos envolvidos.

No caso do Brasil, apesar de essa prática não ser algo institucionalizado materialmente no lugar de uma clínica de imagens fetais, pode-se dizer que, em um grau menor, o mesmo fenômeno acontece. O estudo etnográfico de CHAZAN (2005b, 2007), aponta os aspectos físicos de uma das clínicas investigadas: estava localizada em um *Shopping Center*, contando com uma aparência tipicamente comercial de vitrines e consumo. A autora aponta o caráter comercial dado aos escaneamentos e a preocupação médica com a formação de uma clientela.

A presente pesquisa, apesar de ter sido realizada em uma instituição de saúde pública, foi permeada pela experiência de duas gestantes oriundas da prática médica privada. Percebe-se que, de modo geral, ambas adotaram posturas mais questionadoras quanto à qualidade do atendimento. O primeiro ponto de julgamento foi quanto à marcação do

exame. Enquanto as gestantes do setor público puderam enfrentar dificuldades, G2 mostra a facilidade em obter o procedimento em clínicas particulares.

[Contexto da marcação do exame] Não perguntaram nada. Ainda perguntaram: você tem guia médica? É, cê tem pedido médico? Eu falei não. Tô vindo fazer porque eu quero. Nem fui, nem fiz o pré-natal ainda. Ah, mas não pode. (...) Ela falou, ela falou assim: é particular ou é convênio? Eu falei: é particular. **Aí quando eu falei que era particular aí mudou tudo, né? Entendeu? Ai, tipo, tô pagando, então... Ah, tudo bem. Daí não precisa pedido médico.** Se fosse convênio eles não iam me deixar fazer.
(G2)

Observa-se que o acesso fácil é garantido pelo dinheiro; a mensagem por detrás dessa passagem é a de que as gestantes que fazem o exame particular não precisam de pré-natal ou recomendações médicas. É interessante apontar que a gestante percebe as diferentes relações entre público e privado; ela sabe que **o capital interfere no jogo de poder**. Na opinião de BOLTANSKI (2004), as mulheres de classes sociais mais elevadas adotam uma postura mais crítica em relação aos médicos e seus atos, tanto por razões sócio-culturais, bem como pelo padrão econômico diferenciado.

O segundo ponto de análise foi à relação estabelecida com a visualização das imagens fetais.

(...) eu vi pouco (...) Falei: ah, a televisão não é pra mim? Eu quero ver (risos). Depois que [a médica] me mostrou um pouco, mas é... muito rápido. (...) Eu pedi pra ver, porque eu não sei se ela ia mostrar. **Eu falei: ah! (...) Eu tô pagando, eu tenho que ver, úe?** Se for pra pagar e num vê também o que adianta? Se a pessoa, se a pessoa vai tirar ultrassom é porque a pessoa quer ver o filho, né? Mas lá é... a televisão não era virada pra gente. Acho que tem que ser virada pra gente. Se a gente tá tirando é porque a gente quer ver. Porque o médico não vai pagar só pra ver, né? Então, se vai tirar eu quero ver.
(G11)

Nota-se nessa fala que G11 imaginava um momento realmente de prazer e diversão. Ela faz o exame somente para ver e imaginava que teria aparatos que possibilitaram sua plena observação, como uma televisão a disposição. Novamente a questão econômica permeia tal pensamento. Pode-se pensar que como ela está pagando um exame particular ela teria direito diferencial de tratamento, conforto e acesso às imagens. As gestantes

percebem que as mulheres que têm acesso ao setor privado de saúde têm um tratamento diferente de acordo com sua classe social. CHAZAN (2005b, 2007) observou tais diferenças financeiras influenciando não só na ambiência das instituições, como também na duração do exame e qualidade do maquinário.

Ao longo da discussão é possível compreender que as imagens despertam uma gama de emoções, sendo extremamente valorizadas pelas gestantes. O comportamento de pagar um exame particular pode ser pensado como momento de acesso ao filho. Em sua fala, G11 aponta que quis “tirar uma ultrassom” porque queria ver o filho. Curiosamente, pode-se pensar na correlação entre tirar um ultrassom e tirar uma fotografia, pois o resultado seria o mesmo: a obtenção de uma imagem retratada fisicamente no papel. Tal temática apareceu na maioria das entrevistas.

E... E eu não entendi o que eu tava vendo porque eu vi umas manchinhas, assim... Não sabia onde tava (risos). E, ah... Aí apareceu direitinho. Aí ele tem assim... Apareceu melhor. Aí eu vi o quê, o que era. Um bebezinho... Eu via a cabeça, assim, o corpinho e tenho até foto!
(G1)

Mas eu achei que... eles fosse me dar as fotinhos do... do bebê, tudo. Mas não...
(G19)

Para as gestantes que fizeram exames de ultrassom no hospital terciário, não foi possível a obtenção de imagens fetais. A exceção foi G18, que relata a quebra na conduta do médico com relação a dar-lhe uma “foto do bebê”.

[O médico] Mostrou [o feto no monitor]. Ele me deu a foto. Ele disse que não pode dar, mas ele me deu. E ah... achei lindo. Eu: ah, o que é isso? Ele: é a mãozinha. Aí ele foi me explicando, entendeu? E, ah, tava pequenininho, mas eu já senti assim... sabe? Quando eu vi. (...) Mas... ah... a sensação. Não sei... (risos) Não sei nem explicar. Fiquei logo assim... é o primeiro e... achei lindo. Eu achei...
(G18)

A vontade de ganhar uma “foto do bebê” foi vista como algo marcante. O registro visual pode obter sentidos diversos, de acordo com as experiências das gestantes. Na presente

pesquisa, notou-se que **a imagem do filho funcionou como uma prova material da gravidez.**

Não era uma coisa imaginária. Eu não tava imaginando que eu tava grávida. Não! Eu tava grávida! Eu vi a foto, entendeu?
(G1)

As fotos eram algo que a mulher poderia olhar várias vezes para confirmar seu estado.

Até no, no, na, na foto que ele [o médico] me deu... ele me deu. Em casa eu olhando. Aí eu mostrei pra minha amiga. Aí coloquei... aquele... de aumentar a lente. (...) Aí mostrei pra ela.
(G18)

Como observado, os registros de imagem também poderiam ser socializados, algo extremamente apreciado pelas gestantes. Como aponta G2, ela já sabia que após o exame de ultrassom a mulher recebia fotos, pois tinha visto o exame de amigos.

[o exame de ultrassom] Se torna um momento muito mais especial do que eu ver o da minha amiga, por exemplo. Fala assim: ah, legal. Tipo, um monte de folha, uma fotinho. Sabe, assim?
(risos) Beleza, ah... bonitinho.
(G2)

No caso de G2, destaca-se ainda a necessidade de socialização das fotos como algo que atesta a gravidez e apresenta o filho.

O primeiro ultrassom cê leva, né? Cê quer levar pra tudo quanto é lugar pra mostrar pra todo mundo. (...) Ganhei a imagem. Ganhei a imagem. Aí tirei foto da foto, né? Pra colocar no Orkut.
(G2)

Além de mostrar a própria foto, essa gestante disponibiliza as imagens na Internet, contribuindo ativamente na difusão e circulação de imagens fetais como algo de caráter público. Pode-se observar que esse comportamento tornou-se um fenômeno comum da gravidez, uma vez que sites de relacionamento e de vídeos compartilhados estão repletos dessa gama de material. As gestantes submetem as imagens de seus corpos de forma acrítica, reflexo da medicalização.

A influência de uma cultura visual associada à construção de uma cultura de consumo de imagens fetais parece auxiliar na interpretação do anseio das mulheres em obter uma imagem do filho. Após a visualização e obtenção de tais imagens, o feto parece ser (re)significado, como será apontado no próximo tópico.

4.3 CONSTRUINDO UM NOVO SER POR MEIO DA TECNOLOGIA: REPRESENTAÇÕES ACERCA DO FETO

Como foi abordado nos capítulos anteriores, a ultrassonografia é um instrumento poderoso na (re)configuração da maternagem e da gestação. Dentro do processo psicossocial que leva a transformação de um feto a um bebê, existem alguns estágios, como a percepção corporal da gestante, as fantasias e o investimento emocional materno até a constituição de um lugar social onde a criança poderá existir. Um novo ingrediente vem sendo acrescentado a esse rol: as etapas de conhecimento sobre o feto, proporcionadas pela ultrassonografia.

4.3.1 Etapas do Processo de Reconhecimento Fetal Proporcionado pela Ultrassonografia

Após a apresentação visual das entranhas da gestante, o primeiro elemento no método de **reconhecimento fetal** é a confirmação de que **o filho está vivo**.

[O ultrassom fez diferença na gestação] Por causa que realmente eu sabia que o bebê tava vivo e quanto tempo eu tava de gestação.
(G10)

[O ultrassom dá a sensação de que o bebê] Tá vivo (risos)! Que é uma coisa que é... preocupação. De perder e tudo mais. Dá pra ver que tá ali. Que não tem nada assim de mais até então. Parece que tá tudo bem.

Dá um alívio... ver.
(G20)

A confirmação de que o feto está vivo é um dos objetivos do primeiro escaneamento gestacional, além do cálculo da idade gestacional e a avaliação da apresentação fetal (PASTORE e CERRI, 1997; ENKIN et al, 2005; MAGALHÃES et al.,2006). Observa-se que para as gestantes, o dado sobre a vitalidade fetal marca o primeiro exame ultrassonográfico, o que pode ter ocorrido pelo conhecimento prévio das gestantes sobre o procedimento. De certa forma, as entrevistadas declararam saber que nesse exame poucos elementos corporais do filho poderiam ser analisados, já que nessa fase da gravidez o bebê é pequeno e ainda está em processo de formação.

[Antes de fazer o exame eu imaginava que ele fosse ser como] o que me falaram. Que era um bebezinho assim, ainda não tava... formado, né? (...) Que não dava pra ver nada. Era um feto assim pequenininho e tal.
(G13)

A vitalidade fetal, retratada com prazer pelas gestantes, esteve frequentemente relacionada ao fato de **ouvir a batida do coração do bebê**, segundo elemento no processo de reconhecimento de seu filho.

Mas... daí eu já vi [no ultrassom] o coração do bebê. Ai que lindo (risos)! (...) tava lá piscando e tinha já o cordão umbilical se formando. (...) Quando eu vi o coração dele batendo [foi o mais importante]. Que [o médico] falou que tava... vivo.
(G10)

Muito bom ouvir o coração. (...) Não sei nem o que falar. O que passa pela cabeça...
(G14)

Acredita-se que, como algumas mulheres sabiam previamente que pouca coisa poderia ser visualizada no primeiro exame de ultrassom, o fato de ouvir o coração do filho ganha importância maior. Tal possibilidade pode ser um item marcante para as gestantes, tanto com relação ao exame, quanto à confirmação da própria gravidez.

Foi tipo... eu fiz os... os exames de sangue, fiz os de farmácia. Aí eu falei: nossa! Mas sabe assim quando você não acredita, né? Eu preciso ver, né? Aí fiz no laboratório. Aí foi aquela coisinha. Você via só praticamente só o coraçãozinho, né? Porque ele é pequenininho, assim. Mas, muito legal. Daí cê chora. Você fala: aí meu Deus! Ultrassom! Bonitinho, né? Ele tá lá mesmo (risos).
(G2)

A possibilidade de escutar os batimentos fetais é de conhecimento notório das gestantes que formulam fortes expectativas para **ouvir o coração de seus bebês** no exame. Essa fala é recorrente no discurso das mulheres que vêem essa etapa como algo fundamental no escaneamento. Pode-se pensar que ouvir o coração dos bebês representa a materialidade de uma vida pulsando dentro delas. Para algumas mulheres, ver a tela não era suficiente para garantir conforto emocional ou satisfação; elas precisavam ouvir os batimentos cardíacos do filho.

Eu pensava que podia escutar o barulho do coraçãozinho. E eu não escutei nada. (...) Não. Não botaram para escutar nada. Só me falaram: ah, esse aí é o bebezinho. Olha onde tá o bebezinho.
(G1)

O peso dado ao ato de ouvir os corações dos bebês pode ser analisado frente à dificuldade de compreensão das imagens pelas gestantes, uma vez que ver pareceu não ser suficiente. Como em alguns casos o ato de ver era algo enigmático pensa-se que o ato de ouvir seria mais perceptível, já que envolveria outro sentido do corpo – a audição. Outro fator que pode contribuir para o maior reconhecimento da audibilidade é a utilização de equipamentos, como o sonar, na escuta de batimentos fetais, exame difundido e disponível nos consultórios mais rudimentares. Assim, na opinião de determinadas mulheres, ouvir o coração teve o mesmo peso de visualizar o filho.

Chorei mais ainda [ao ouvir os batimentos fetais]. Ai meu Deus é de verdade! Não, porque a gente vê na TV, né? **Com os batimentos não dá pra ser mentira.** Então aí eu falei: aí meu Deus! É verdade! Mas depois eu não... Aí eu não vi. Não vi a imagem.
(G4)

No caso de G4, a percepção visual ficou em segundo plano frente à audição dos batimentos fetais. É interessante como ela aponta que com a presença de batimentos a

gravidez não poderia ser uma mentira. Acredita-se que tal fala tem ligação com as imagens misteriosas geradas pelo ultrassom, aonde se poderia ver o que se desejasse. A presença de uma sonoridade sedimentaria assim uma verdade inquestionável.

Outro aspecto que interferiu tanto na possibilidade de visualização quanto na de ouvir os batimentos cardíacos do filho foi a idade gestacional. Isso porque a evolução fetal tem reflexos diretos na acessibilidade do feto no exame. Como na presente investigação, não foi estabelecida um data mínima e máxima para a realização do primeiro exame ultrassonográfico, as gestantes tiveram experiências bastante diversas. Algumas delas conseguiram apenas visualizar o saco gestacional, enquanto outras puderam reconhecer as partes do corpo do filho.

O desenvolvimento fetal e a avaliação da formação embrionária foram destaques entre as falas das mulheres que fizeram o exame em fase mais adiantada da gravidez.

É muito bom saber que o seu neném tá bem e que você viu. Entendeu? Então... O médico, principalmente, o médico tá vendo porque ele tem um olho melhor do que o meu. Então, aí você tem mais certeza de que tá tudo bem.
(G5)

[O momento mais importante do exame] foi quando eu ouvi o coração e quando eu vi ela deitadinha lá, sabe? Que eu sabia que tava formada. Foi... esse foi o momento, sabe? Sabe que era menina, saber que tava tudo bem. Foi isso. Entre aspas, né? Porque... Foi. Porque nossa! Você ouve o coração é muito forte, sabe? Nossa! É uma coisa... Saber que tá dentro de você e tum, tum, tum... (...) É... formadinho, né? Eu sei que é preto e branco, tudo mas... é bonita. Sabe que cada dia vai crescendo mais e mais e mais dentro da sua barriga, né? Vai ficando maiorzinho. Pó, você tá alimentando, você tá cuidando.
(G19)

Percebe-se que a confirmação do **desenvolvimento normal do filho** é um terceiro elemento no reconhecimento do feto enquanto um bebê. Essa temática foi levantada quase que de modo unânime pelas mulheres que apontaram a importância da avaliação médica sobre o filho. Até porque poucos médicos apontaram essa finalidade previamente.

[O obstetra] Só falou se [o ultrassom] era pra ver se o bebê tava bem. Se tava bem comigo. Se... de quantos meses já tava. Se tava bem formado, entendeu? Isso aí.
(G19)

Além dos ditos médicos, era de conhecimento de determinadas entrevistadas que o desenvolvimento primitivo do filho poderia ser constatado de fato no exame.

Hum... eu me senti bem [em saber pelo ultrassom que o bebê ainda não estava formado] porque eu sei que... eu, eu vi de outras pessoas. O bebê não vai, não forma de um... a... no primeiro mês, né? Tem até acho que os cinco, seis meses ele tá formadinho. Mas até então ele tá formando. A partir de cinco meses que já dá pra ver melhor porque já vai tá formadinho, né? Então eu fiquei... fiquei segura porque eu sei que não é assim. De um mês, dois, que já tá formado tudo.
(G8)

Assim, tem-se uma tríade de elementos que compõem o projeto do bebê: confirmação da vida, escuta dos batimentos cardíacos e confirmação de um bebê saudável. As gestantes esperam a presença dessa tríade de componentes durante o exame.

4.3.2 Transformando o Feto em Bebê

A apresentação visual e as etapas de reconhecimento do filho são bastante aguardadas pelas gestantes, uma vez que o ultrassom possibilita o primeiro acesso visual do interior do útero. As primeiras imagens fetais podem gerar sensações diversas relacionadas com as expectativas prévias de cada mulher com relação ao exame e também com seu próprio processo gravídico.

As expectativas frente ao primeiro escaneamento podem revelar os modos como as gestantes estão vivenciando a gravidez. Como visto antes, para determinadas gestantes o exame de ultrassom foi ponto importante na crença sobre a gravidez por meio da força da imagem visual. Nesse sentido, pode-se pensar que a imagem de um bebê no interior de seus corpos era algo ainda insipiente.

Então [eu] tava imaginando que ela [a médica] ia mostrar [no exame]: **ô, essa bolinha aqui assim é o bebê.**
(G6)

Eu achei que desse... que eu ia vê uma bolinha, sabe? (...) mas não achei que eu já fosse ver a perninha, mãozinha, tudo, sabe?
(G18)

As gestantes falam sobre uma imagem sem formação corporal elaborada. Descrevem suas fantasias sobre o filho sem ao menos usar características humanas: nesse momento é retratado como uma bolinha. Esse pensamento parece bastante lógico, uma vez que o que é visto não é um bebê, mas sim uma imagem disforme, por vezes, assustadora.

Independentemente do que pôde ser enxergado pelas gestantes, entende-se que a experiência de ver a imagem ‘coisificada’ do monitor agregou novos componentes ao filho.

E ontem é... quarta-feira eu fiz ultrassom. Ai, eu vi! Já tá... já tá gerado já. Tem bracinho, tem a cabeça, tem perna.
(G7)

A introdução de características humanas ao feto pode proporcionar diferentes sensações nas gestantes, pois se estabelece um confronto entre o que é imaginado por elas e o que é visualizado socialmente. As elaborações simbólicas da mulher são postas a prova frente aos novos conteúdos impingidos à gestação.

[No exame o feto] Já tava mais evoluído, entendeu? Então esse sentido que me pegou de surpresa. Eu falei: nossa, já tá desse jeitinho!
P – Na sua cabeça ele tava menor?
G6 – **É. Ele ia tá uma bolinha.** Sei lá. (risos)
(G6)

Pra mim [o feto na primeira ultrassonografia] não tinha nada assim. Tipo quando você estuda que lê nos livros? **Parece um bichinho assim.** Não pensei que já tivesse braço, perna, cabeça já tivesse assim praticamente formado. **Não esperava assim, tudo assim.**
(G11)

É interessante perceber como as gestantes demonstram surpresa com as imagens mostradas, uma vez que os dados gerados pelo exame de ultrassom são tidos como retratos verdadeiros de seus corpos. Percebe-se que tais dados desenhavam novos bebês, modificação complexa a ser elaborada pelas entrevistadas.

Ah, eu achei estranho. Eu não sabia que... [o feto] já era tão grande assim (risos). (...) **Daí... nossa... eu até fiquei meio abestalhada, né? (...) A pessoa fica meio... nossa que rapidez!** Acho que ele se forma bem pequenininho e depois só vai crescer, né? (...) Porque tão pouco... tão pouco tempo, né? (...) Ele já tem bracinho, já tem perninha. Porque quando eu cheguei lá a mulher falou assim: vai ter que ser [ultrassom] vaginal porque não tem a barriga ainda. Aí ele falou: (...) Ih! Já tá é perto de nascer. Eu falei: tá bom. Que já tá, ele já tá praticamente formado assim. (...) **Ele tava com 152g já. Já tava grande.**
(G11)

O depoimento de G11 retrata claramente as percepções trazidas pelas outras gestantes. Mostra o sentimento de surpresa com os dados sobre o filho como, por exemplo, seu tamanho e desenvolvimento. Algo que era antes imaginado como uma bolinha ou um bichinho é transformado em um bebê desenvolvido e humano. As informações sobre o filho, como o peso, por exemplo, entram em conflito com as sensações corporais e com a temporalidade, levando a percepções distorcidas. Nesse sentido, um feto de 152 gramas foi considerado grande diante de um feto bolinha, identificando um capcioso padrão de comparação.

O processo de constituição do filho, que demorava nove meses para acontecer, passa a ser algo rápido e tecnologizado. As características de um bebê passam a ser destacadas: alguém que vai crescer e se desenvolver

(...) O braço, aí mostrava a cabeça. Nossa é... é interessante. **Como que pode tão pequenininho já ter tudo?** Quase praticamente tudo, né? É bem diferente assim.
(G11)

Esse redimensionamento fetal, deslocado da temporalidade psíquica da mulher, é algo que causa profundo estranhamento nas gestantes, fato visto na impossibilidade delas em

contarem sobre seu estado emocional ou mesmo na dificuldade para descreverem suas sensações no embate entre o bebê imaginado e o feto ‘coisificado’.

Porque assim eu não imaginava que com três meses já dava pra ver aquela, aquela coisinha, entendeu? Então pra mim foi... **Ai não consigo explicar muito daí não.**
(G16)

O estranhamento das mulheres e a sensação de aceleração do desenvolvimento fetal fazem sentido, uma vez que elas estão no início do processo gestacional, fase na qual a mulher começa a imaginar seu bebê. O confronto colocado pelos dados do ultrassom é estabelecido pelos elementos humanos trazidos pela tecnologia, pois esses obrigam a (re)adequação de um bebê que ainda estava tomando forma no imaginário materno. Como resultado tem-se a surpresa e o estranhamento.

Entende-se que do mesmo modo que o ultrassom (re)constrói gravidez ele é um instrumento capaz de **configurar a representação de um bebê**. Novamente ele é percebido como um componente que acelera os processos físicos, psicológicos e sociais da gravidez. O elemento central que baliza todo esse processo está na **construção de uma subjetividade fetal**, na qual contribuem ativamente médicos, gestantes e as pessoas com acesso às imagens.

Esse pensamento vai ao encontro dos dados encontrados por CHAZAN (2005a, 2007a). Em sua etnografia a autora discute profundamente a formação de uma subjetividade fetal como um processo contínuo e interativo durante os escaneamentos. A principal ferramenta utilizada pelos envolvidos é a atribuição de intencionalidade aos comportamentos fetais, bem como a nomeação de características humanas ao feto. Dessa maneira, as imagens cinzentas ganham a personalidade de um bebê, ou, como a autora aponta, dá-se a construção do feto como Pessoa.

E ontem é... quarta-feira eu fiz ultrassom. Ai, eu vi! Já tá... já tá gerado já. Tem bracinho, tem a cabeça, tem perna.

É muito bom a gente saber que tem um... que tem um ser humano dentro da gente, né?
(G7)

(...) eu vi aquela... aquela pessoinha pequenininha. (...)

[o feto] Não parava toda hora. **Aí ela [a ultrassonografista] fala: nossa ele é... faz vários... espontâneo mesmo.** Pra lá e pra cá (risos). Não para um minuto. Nem pra gente ver ele direitinho.

(G9)

Ele [o médico] procurava o menino saia (risos). Aí ele ficou surpreso. [Ele falou] **Que menino danado, viu?** (risos)

(G14)

Os discursos retratam essa questão. Ao atribuir características humanas físicas e/ou psicológicas ao feto, como braços, pernas ou espontaneidade, seu *status* é modificado. Ele passa a ser visto como um ser humano e como filho, dotado de intencionalidade.

[O bebê] Mexia, nossa! Não sei se é porque também aperta a barriga, né? **Mas acho que ele não gostou** [do exame].

(G11)

É essa semana que eu comecei a sentir [a bebê] mexe. (...) **Ela se mexe bastante quando tá com pai. Perto do pai. Comigo ela não se mexe muito não, essa danada.** (...)

Quando eu fui fazer o exame [de ultrassom] ela tava com as perninhas cruzadas, **não queria descruzar** (...)

(G17)

Observa-se como as gestantes já conferiram ao feto uma subjetividade própria: no primeiro caso o bebê não gostou do exame, enquanto no segundo a menina saberia identificar o pai e só se mexeria para ele. No modo como o discurso é construído pode-se notar o pensamento de uma suposta separação entre a subjetividade da mãe e do feto. Autores (CHAZAN, 2005c; ERIKSON, 2007) indicam que essa modificação tem conseqüências profundas, entre elas o destaque dado ao feto como entidade independente da mãe. Acredita-se que tal estratégia é indispensável para o controle e medicalização de mães e bebês. Baseadas nesse pressuposto surgem os movimentos

pelos direitos do feto³⁹, a Medicina Fetal como disciplina médica e o rebaixamento do poder da mulher sobre seu corpo.

O dado mais relevante para o (re)desenho imaginário materno está na descoberta do sexo do feto, possibilidade inédita ofertada pela tecnologia.

Quero [saber o sexo]. (...)

Ah, pra definir nome. (...) O pessoal às vezes fica perguntando (...) Ai quê que é? Você já sabe? Quero dar... uma roupinha, quero um não sei o quê. Então eu acho que é gostoso. Você já vai planejando, né? (...) Na próxima sessão já dá para ver.
(G2)

Como eu não sou... eu nunca tive um filho eu não achei que fosse [possível ver o sexo de um feto] tão novo assim. Três meses cê sabe isso. Por isso que eu achei que fosse com cinco, seis meses.
(G16)

A partir do momento em que o sexo fetal é desvelado, percebe-se o início da construção de um gênero para aquele bebê. O feto passa a ser significado a partir de características atribuídas socialmente ao papel de homem e de mulher. O mesmo dado foi encontrado na literatura (CHAZAN, 2005a, 2007a). Tal fenômeno contribui de forma central na formação de uma subjetividade fetal, sendo um recurso utilizado tanto por médicos quanto pelas gestantes.

Ah, eu quero [saber o sexo do bebê]. (...) Porque é aquilo, né? Você que comprar... tipo uma roupinha, umas coisinhas... (...) **Eu quero comprar rosinha se for menina. Se for menino não tem como comprar. Ai eu quero comprar azulzinho, verdinho-claro.** (...) Eu gostaria de saber pra mim poder comprar as coisinhas de acordo, né? Com o bebê.
(G8)

Aí chorei de verdade a hora que [o ultrassonografista] pegou e falou: posso dar a minha opinião quê que é? (risos) Eu falei: pode. Se eu vou agüentar eu não sei. Ele falou: 80% é menino. Nossa!

³⁹ Como reflexo desse processo de identificar o feto como um ser dotado de direitos, observa-se também o caloroso debate travado na sociedade com relação aos embriões, o que leva a criação de estatutos de proteção e ao desenvolvimento de especialidades da área do Direito. Uma das grandes questões diz respeito à propriedade do material e seus usos. Para maiores informações ver SERRÃO (2003).

(G16)

No último trecho, o referido tema foi introduzido pelo médico que, mesmo sem a certeza de um parecer, exprime sua opinião. As gestantes não conseguem recusar tais informações, pois tudo contribuiria com um saber sobre o filho. Pesquisas apontam o interesse das mulheres sobre o sexo de seus fetos (CHAZAN 2005a, 2007a) e exploram os motivos pelos quais os pais querem essa informação. No estudo de SHIPP et al. (2004) foram investigadas as variáveis significativamente associadas com o desejo ou não de conhecer o sexo do feto em futuros pais e mães, via ultrassonografia. Descobriu-se que 58% dos pais e das mães gostariam de saber o sexo do feto antes do parto. Concluiu-se que algumas variáveis demográficas e sócio-econômicas estiveram significativamente associadas ao desejo de saber o sexo, entre elas: famílias que não planejaram a gestação, que teriam que fazer remanejamentos e mudanças no estilo de vida ou na criação da criança de acordo com o sexo e aquelas com menor *status* sócio-econômico.

Em algumas culturas, o sexo do feto é um dado de extremo valor, uma vez que os valores atribuídos aos papéis de homem e mulher são muito diferentes. A possibilidade de saber o sexo previamente ao nascimento gera conflitos éticos e morais imensos. Países como China e Índia vem sofrendo as conseqüências dessa visualização. Estudos (OOMMAN e GANATRA, 2002; GEORGE, 2006; SHARMA et al., 2007) analisam o aborto de fetos do sexo feminino e as conseqüências demográficas e sociais dessa prática.

Na presente investigação, conhecer previamente o sexo do feto esteve ligado com a possibilidade de formular um **planejamento da gravidez**.

Queria, queria [saber o sexo do feto] (...) É mais pra arrumar as coisas, né? Pra... deixar tudo organizado. Pra não ter que fazer tudo em cima da hora.
(G3)

Quero muito [saber o sexo do feto] (risos). (...) Ai porque tem toda aquela preparação de... da roupinha, né? Quando você não sabe, fica meia perdida, né? Quando você já, já sabe pelo ultrassom... tanto... até aí vê como ele é muito importante. Pela preparação do enxoval.
(G9)

Ah, quero. [saber o sexo] (...) Ai porque aí eu vou poder fazer o enxoval dele com mais clareza, né? Pra não fazer na dúvida. (...) E também pra eu já ir chamando meu filho do nome que eu vou dar, né? Conversando com ele, mas já com o nome dele. (...)
(G12)

A idéia de planejar a gravidez incluiu a resolução de assuntos práticos, como o nome e o quarto do bebê, mas não se resumiu a elas. Saber o sexo ainda responderia a uma demanda social.

E é a primeira coisa que o pessoal pergunta. É o sexo e o nome. Mas ainda não tem. Eu queria muito que tivesse já, mas ainda não tem.
(G17)

Nessa fala percebe-se a necessidade imposta pela sociedade pela personificação do bebê, demanda que esbarra nas limitações da própria gestante. Ela aponta que gostaria que o bebê já tivesse um nome, mas que isso ainda não é uma realidade, talvez pelo tempo necessário para a elaboração psíquica de um novo bebê sexuado. Com relação a isso, as gestantes discorreram sobre a formulação de fantasias a respeito do bebê, utilizando o a descoberta do sexo como dado relevante.

Ah, [eu queria saber o sexo] porque... eu acho que curiosidade. Toda pessoa, toda mulher grávida quer saber. O pai, a mãe quer saber pra comprar alguma coisa. Pra sei lá... imagina o quarto. Pra... sei lá... já imagina a criança. (...) **Já [imagino o bebê] assim. (...) sei lá... um bebê gordinho... sei lá... enrolado num monte de pano. Um negócio assim (risos). Um pano azul, por exemplo. Não é mais rosa (risos). Não a fisionomia assim, mas um bebê assim até então saudável.**
(G20)

Observa-se que, em alguns casos, os desdobramentos das imagens tecnológicas sobre as fantasias maternas são percebidos conscientemente pelas gestantes. Elas parecem intuir que o ultrassom exerce reflexos sobre a gravidez e o bebê.

Já, que eu já sonhei com meu bebê (risos). (...) Porque no dia da ultrassom (...) o médico que falou, que fez a ultrassom pra mim falou assim (...) ô, pela experiência de médico (...) **eu acho que é uma menina. Depois dessa ultrassom que eu já sonhei, tá?! (risos) (...) É (risos)! Depois desse ultrassom que eu sonhei.**
(G18)

Nesse caso, a gestante chega a sonhar com a desejada menina, mesmo não tendo ouvido dos médicos o aval final sobre o sexo do feto. De certa forma, o exame de ultrassom é algo que facilita o surgimento de fantasias maternas sobre o bebê, uma vez que seu uso oferece à mulher novos elementos sobre o filho e seu desenvolvimento. Ela acaba atribuindo novos significados a gravidez e ao feto, ou seja, **o ultrassom age diretamente sobre o psiquismo materno**, tendo reflexos diretos no processo gestacional.

Outros estudos disponíveis na literatura tiveram achados similares sobre essa temática. GOMES E PICCININI (2007) abordam a questão do confronto entre o bebê imaginário e o bebê real, destacando que os dados da ultrassonografia exercem diferentes graus de impacto nas mulheres. Para eles, o destaque dado à tecnologia dependerá do potencial de cada mulher e interferirá na relação que ela estabelece com seu bebê. Esse achado também foi evidenciado por GEOCZE e GORODSCY (2002), que destacam as possibilidades do ultrassom no desenrolar da gravidez.

“Durante a gravidez os pais irão imaginar a criança, seus atributos, qualidades e comportamentos, ou seja, vão realizar os mais diferentes desejos com a possibilidade de irem mudando ao longo da gravidez. As mudanças de perfil da criança seguem a ambivalência dos pais e conforme os exames, como ultrassonografias, que são realizados, esses poderão confirmar, rejeitar, alterar suas expectativas e sonhos.” (GEOCZE e GORODSCY, 2002, p. 56).

Os dados encontrados apontam para a importância das fantasias grávidas no processo da maternagem, bem como as formas pelas quais a ultrassonografia pode permear o psiquismo materno. Em alguns casos, o exame foi o ponto de partida para a construção de um ser imaginário que irá se desenvolver ao longo de um determinado tempo.

[O ultrassonografista] Mostrou o monitor. Foi aí que ele mostrou onde tava... o feto, né? (...) Aquela coisinha pequena, né? (risos) Aí dentro de mim já comecei a imaginar. Eu falei: nossa! Hoje eu tô vendo assim. Daqui a algum tempo eu vô tá vendo maior, maior, maior, até nascer (risos). (G12)

O reconhecimento de um novo *status* dado ao feto foi uma temática que apareceu na maioria dos discursos das mulheres entrevistadas. Contudo, esse novo lugar não se resumiu ao gênero ou a sexualidade, mas sim à condição humana de um bebê, a existência de uma vida dentro delas.

Eu, enquanto eu não vi... eu... (...) nem dava tanta importância. (...) Pro nenê. (...) Não é que eu maltratava, nem nada. Mas... eu não falava... eu num pensava no que eu ia falar. Sabe? Eu falava qualquer porcaria. (...) Ah, eu não queria tá grávida. (...) acabou minha vida. (...) E depois que eu vi... Eu pensei assim: aí, não vou falar isso porque vai que ele entende... ou vai que ele se lembra... (risos). Não existe lembrança assim, né? É... mas... **Na minha cabeça eu comecei a respeitar mais ele, entendeu? É isso. Acho que é isso. Entendeu? Eu comecei a... a... a levar mais em consideração que era uma pessoa.** Que eu não devia falar essas coisas. (G1)

Depois do ultrassom que eu vi... é... a imagem... que deu aquela emoção, que é um sentimento único. Eu acho que ali eu falei: não. **Eu num tenho que, às vezes, eu não tenho só que me importar comigo. Eu tenho que me importar com ele também.** Acho que foi a partir dali que eu pensei também nessa, nessa minha ligação com ele... mãe bebê. (G9)

Eu converso [com o bebê]... (risos) (...) Peço perdão que eu tô fumando. Peço perdão que eu tô andando de moto. Peço perdão que eu tô brigando com o pai dele... com o pai dela. (...) Converso e explico. (G16)

Os depoimentos mostraram que a experiência da ultrassonografia modificou o olhar dado ao feto e a mãe. O feto passa a ser considerado uma criança que precisa ser respeitada integralmente como ser humano, reforçando sua condição de exterioridade ao corpo materno. A noção de exterioridade do bebê, reforçada pela criação de uma subjetividade e autonomia fetais foram achados discutidos nos trabalhos de GOMES E PICCININI (2007) e CHAZAN (2005a, 2007a). Frente a esse fenômeno, pode-se pensar

que a mulher também sofre os efeitos desse remanejamento, pois necessita atender a todas as demandas de um bebê.

A fusão desses dois efeitos pode ser entendida como uma resposta aos interesses de um discurso normatizador sobre as relações entre mães e filhos. A mulher cabe o papel de amar o bebê e ser responsável pelos seus cuidados de maneira espontânea, contribuindo para a manutenção de cidadãos saudáveis e produtivos (BADINTER, 1985). Percebe-se que a tecnologia de ultrassom tem lugar de destaque nesse mecanismo, uma vez que interfere cada vez mais precocemente na (re)construção do laço parental. As características e a difusão de tal utilidade tecnológica entram rapidamente no discurso, utilizando diversos sistemas de informação, entre eles o mais notório e menos questionável em uma era de verdades: o campo científico.

Com o advento da ultrassonografia e a possibilidade de exploração do mundo intra-uterino e do feto, novos conhecimentos e linhas de pesquisa têm sido conduzidas, entre elas, o estudo do psiquismo fetal. Como destaca GOMES E PICCININI (2005), em um artigo de revisão, existem trabalhos que identificam traços iniciais de personalidade do feto, através de movimentos e reações fetais que seriam parte de um repertório de cada criança. Destaca-se aqui o trabalho de PIONTELLI (1995), psicanalista italiana que realizou observações de fetos em sessões de ultrassom, acompanhando-os após o nascimento. Em sua trajetória, a autora defende a idéia de que alguns comportamentos fetais ainda se mantêm na criança ao longo da vida, o que tornaria possível prever futuros comportamentos do bebê.

Ainda dentro desse contexto, aparece a chamada psicologia pré-natal que pode ser definida como: “o estudo do comportamento e do desenvolvimento, tanto evolutivo como psico-afetivo-emocional do indivíduo, no período anterior ao seu nascimento” (WILHEIM, 1997, p.18). Frente a isso, pode-se pensar nas formas de controle do corpo

gravídico para garantir um adequado desenvolvimento psicoemocional do feto; as gestantes tornam-se alvos fáceis para a normatização.

Ao analisar mais profundamente essas pesquisas, observa-se consideráveis falhas teórico-metodológicas pouco discutidas, entre elas a qualidade do maquinário na época de sua realização, que inviabilizaria qualquer detalhamento dos comportamentos fetais devido à sua baixíssima qualidade, e as bases epistemológicas por detrás das análises. Desse modo, a cientificidade e validade dessas “correntes de pesquisa” podem ser questionadas, uma vez que tendem a naturalizar características e comportamentos do feto, tarefa que só poderia ser realizada utilizando os significados oriundos de construções sociais.

Contudo, é importante ressaltar que a propagação desses estudos aconteceu rapidamente e teve grande aceitação por parte da comunidade científica e das gestantes. Acredita-se que tal fenômeno só pôde ocorrer porque tais correntes de pensamento têm seus pressupostos solidificados na teoria do vínculo ou *bonding*, que defende a formação do apego entre mães e bebês de modo precoce. Essa teoria ganhou força no campo da Obstetrícia desde 1970 (CHAZAN, 2005a) e argumenta-se que é repaginada de forma constante. Atualmente, seus seguidores apontam a ultrassonografia como um instrumento facilitador no desenvolvimento de um vínculo precoce entre mãe e bebê o que pode ser encontrado na literatura médica (FILHO et al., 2006; LEE et al., 2007).

No campo científico-acadêmico, proliferam investigações sobre a formação do apego materno-fetal (MACIEL e ROSEMBURG, 2006). Mais recentemente, alguns deles utilizam a ultrassonografia como variável de investigação (JI et al., 2005; RUSTICO, 2005; SEDGMEN et al., 2006; ALHUSEN 2007), abordando ainda as possíveis diferenças frente às tecnologia 2D ou 3D. Esses trabalhos buscam analisar a formação de vínculos precoces entre mães e bebês baseados no pressuposto de que esse

relacionamento tem importância crucial para o desenvolvimento social e emocional dos filhos.

O estudo de SEDGMEN et al. (2006) concluiu que os escaneamentos exercem efeitos positivos sobre a formação do apego, independentemente da percepção materna sobre os movimentos fetais ou de sinais corporais visíveis da gravidez. Os autores não encontraram diferença significativas na formação do apego com relação ao aparato tecnológico utilizado, 2D ou 3D. A ausência de diferença significativa no maquinário também foi reportada por RUSTICO (2005) ao comparar a tecnologia 2D com a 4D, concluindo que não há variações no apego sob essa variável. Entretanto, variações entre as tecnologias 2D e 3D foram descritas por JI et al. (2005), apontando que as mulheres que fizeram a versão 3D mostraram seus exames a um número maior de pessoas. Para os autores, essa modalidade pode gerar influências mais positivas nas percepções das mulheres sobre seus bebês, representando um maior impacto no vínculo mãe-bebê. Em adição, eles ainda apontam que os dois grupos de mulheres viram o ultrassom como algo que ajuda na gravidez em três tópicos: confirmar que o bebê é saudável, útil para os pais verem o feto como algo mais real e útil no sentimento de uma relação mais próxima com a criança.

No artigo de revisão de ALHUSEN (2007) foram encontrados estudos investigando se e como o uso do ultrassom impacta o vínculo materno-fetal. A maioria abordou a tecnologia 3D versus 4D, retificando a ausência de diferenças quanto ao desenvolvimento do apego materno-fetal. Contudo, a revisão conclui que a formação desse vínculo aumenta após a vivência do ultrassom, independentemente de sua qualidade técnica.

Os estudos apontam que outras variáveis têm sido investigadas conjuntamente aos escaneamentos ultrassonográficos, entre elas, a redução do consumo de café, cigarro e álcool (SEDGMEN et al., 2006), das percepções sobre os movimentos fetais associadas

à visualização de estruturas do feto (RUSTICO, 2005) e os estados de ansiedade e depressão materna (KOWALCEK et al. 2002; LEITHNER et al., 2004; ÖHMAN et al. 2004). Diante da análise da literatura, percebe-se que, como resultado da teoria do *bonding*, tem-se a normatização e o monitoramento indiscriminado das relações entre a mulher, seu filho e seu corpo.

A construção medicalizada da formação do apego entra, assim, no discurso da gravidez. Formas mais sutis de sua manifestação podem ser vistas em inúmeros livros para gestantes que, como aponta GEORGES (1997), estampam as cabeceiras de muitas mulheres grávidas. Na visão de CHAZAN (2005a), essa teoria tem como uma das conseqüências a psicologização do feto.

Pode-se concluir que o poder do exame de ultrassom é enorme; é capaz de transformar alguns borrões em um ser humano. O discurso de veracidade e cientificidade que cerca o exame introduz dados inéditos sobre o feto, impingindo a mulher uma nova realidade. A construção do feto em um bebê, dotado de corpo e subjetividade, modifica toda a gravidez. O que antes era uma bolinha transforma-se em um bebê demandante e desejante. Como resultado da medicalização tem-se um feto (re)significado, personificado e detentor de direitos. Entende-se que do mesmo modo que a tecnologia de ultrassom exerce influências nas mulheres, ele produz verdades sobre o feto. A engrenagem mestra para isso é baseada na criação de uma subjetividade fetal e no discurso normatizador do *bonding*.

4.4 – FORMULAÇÕES SOBRE O ULTRASSOM: INFLUÊNCIAS DA VIVÊNCIA DO EXAME NA GESTANTE E NO CASAL

Com a entrada da tecnologia de ultrassom no pré-natal, expectativas são criadas dentro de um ritual do exame e da noção de normalidade. A experiência do exame, contudo, ganhou conotações diversas, indo desde um exame desconfortável até algo

extremamente prazeroso. Curiosamente, independente da percepção das gestantes, o sentido final atribuído ao exame foi o mesmo: a ultrassonografia é um divisor de águas na gravidez, etapa importante do pré-natal. Para auxiliá-las nesse processo a presença de acompanhantes, especialmente o marido, foi considerada fundamental.

4.4.1 Sensações Físicas e Psicológicas

Durante a discussão, constatou-se como o exame de ultrassom ganhou diferentes representações, sendo constantemente retratado, na mídia e na sociedade, como algo prazeroso. Entretanto, a experiência de passar pelo primeiro escaneamento pôde gerar novas representações nas gestantes ou confirmar expectativas previamente elaboradas.

Inicialmente, algumas mulheres associaram o exame ao prazer ou a emoção intensificada pelo processo de ver o filho. Independentemente do adjetivo empregado por essas gestantes, a conotação do procedimento foi entendida como um momento positivo na gravidez.

Dá pra ver que é a forma de um bebezinho lá dentro da sua barriga. Mas é lindo você vê assim (risos). (...) só me deu vontade de chorar assim sabe? Você olha assim, cê tem aquela emoção. (...) Cê vê assim e saber que é seu filho. Você vendo, você vê o coraçãozinho dele ali mexendo.
Dá uma emoção mesmo.
(G13)

[Falando sobre como foi o exame de ultrassom] (...) chorei igual a uma criança. Porque tava indo imaginando fazer um exame. Cheguei lá e era outro. No qual eu pude ver até mãozinha, pezinho... E o médico falou assim: será que eu vou ter que dar remédio pra mãe também? (risos)
Porque eu chorei o tempo todo. Que quando ele viu que eu tava emocionada, ele virou até a tela... do computador. Nossa! Pra mim foi... não sei te explicar. Foi uma sensação muito boa mesmo, que eu saí de lá de dentro eu liguei pra todo mundo (risos).
(G16)

Para determinadas gestantes o escaneamento foi descrito como algo emocionante, capaz de aflorar seus sentimentos. As mulheres se sentem tocadas pelas imagens, chegam a chorar e apontam a necessidade de compartilhar isso com outras pessoas. Ele também

foi retificado como um instrumento produtor de verdades, que retira a mulher do desconhecimento de sua gravidez.

[Achei] Bom [fazer ultrassonografia]. Porque dá pra ver como eu estou, como ele está, não é? Dá pra saber... pelo ultrassom, se... Como que tá a minha... a placenta, como é que tá o meu útero, como que está tudo, entendeu? Pelo menos eu não fico na ignorância de não as... Ai eu tô grávida, mas eu não sei como é que tá lá dentro. Como que ela está.
(G19)

Desse modo ele é visto como algo bom, uma vez que pode assegurar o andamento adequado da gestação. O exame também foi retratado como algo inócuo, um procedimento simples, do qual as mulheres não precisam temer.

Eu explicaria pra [uma outra gestante que nunca fez ultrassonografia] ah... Não tem que ir nada... de, de, que você possa ter medo, alguma coisa. Você vai... o médico passa o gel na sua barriga. Tem lá a tela. Ele passa o aparelho na barriga, tal... E você vê lá o bebê. (...) E não tem... não tem risco... não tem nada de, de... que tem que te medo. Só.
(G18)

Novamente o fato de ver o bebê é retratado positivamente. Nesse sentido, as mulheres gostam do exame, acham a tecnologia importante e a designam como algo altamente positivo. Dados da literatura (FILLY e CRANE, 2002; ÖHMAN et al., 2006) corroboram as representações aqui elencadas sobre o ultrassom. Esse achado foi discutido na revisão sistemática de GARCIA et al. (2002) que encontrou 25 estudos aonde as mulheres retrataram a ultrassonografia de forma altamente positiva. Nesse trabalho os autores concluem que, de modo geral, o encontro com o feto, a confirmação da realidade da gravidez e a segurança renovada de que tudo está bem com o bebê são elementos importantes na atribuição de significados positivos sobre o ultrassom.

Contudo, os discursos mostram que a vivência do exame de ultrassom não se resumiu somente a ver o bebê ou a descoberta do sexo. Dois fatores foram extremamente importantes: o contexto do exame e a própria tecnologia em si.

Tinha uma fila enorme. Um monte de mulher grávida. Um monte de mulher com dor nas costas... sentadas (risos)... nas cadeirinhas. Aí eu... é... eu esperei [os funcionários] me chamarem. (...) Aí, aí eles me chamaram pra fazer. (...) Eu deitei numa maca e eles [os médicos] começaram. Aí eles viram a minha barriga, mediram, passaram um gelzinho. E... começaram a fazer o exame assim... Eu num... não entendia nada, né... porque olhando assim a gente não vê nada. O médico que vê (risos). Eu não via o quê que era osso, o quê que era cabeça, o quê que era pé. Mas dizia que tava tudo ali. Então tá bom (risos).
(G20)

Neste discurso a ambiência, o funcionamento da instituição e o treinamento da equipe foram elementos que englobaram a vivência do exame. Apesar da conotação negativa a eles empregada, a gestante aponta que o exame foi bom, pois permitiu saber que o filho estava bem.

Durante a análise dos discursos percebeu-se a divergência nos significados atribuídos pelas mulheres ao procedimento enquanto algo técnico. Algumas mulheres relataram não gostar do exame, alegando uma **experiência desconfortável**. Esse discurso foi apresentado por gestantes que tiveram seu exame realizado na modalidade transvaginal, onde o transdutor é introduzido na vagina da mulher.

[G10 falando sobre a surpresa de fazer o exame via transvaginal, pois sempre imaginou que seria abdominal] É. Como sempre eu via, né? (...) Aí [o ultrassonografista] falou: não. Vou te explicar. Aí põe o preservativo, tudo. E põe o gel também... E ele falou: vai incomodar só um pouco. Ô!!! (...) **Ah, me deu uma tremedeira danada (risos). Aí eu tive que ficar lá, eu tinha... Eu precisava fazer aquilo, né? Então eu falei: já vi que mãe sofre mesmo, viu? (risos) Mãe faz tudo pelo filho.**
(G10)

Imagina-se que o susto inicial e o desconforto da gestante vêm devido ao contraste da experiência vivida com o imaginário difundido sobre o ultrassom, onde a via abdominal é largamente retratada. Nesse sentido, ela complementa dizendo que ter o exame é bom, mas que fazê-lo não é.

(...) eu achei muito bom [a ultrassonografia]. Muito bom mesmo. Não fazer o exame e sim ter o exame. (...) Que... ele foi muito importante pra mim.
(G10)

É interessante observar a reação de medo frente a algo desconhecido uma vez que aparece o conflito entre um dado da realidade e uma representação prévia do que seria experienciado, embate freqüentemente apontado pelas gestantes que fizeram o ultrassom transvaginal.

(...) Então, e... e intravaginal, né? Introduz o aparelho. E ela fez também por cima também, com gel, em volta da pelve. (...) eu me assustei porque eu não, não esperava... fazer intravaginal, mas aí... Foi aí que deu pra descobrir que tava grávida porque pela pelves não daria. (...) Então ela fez, eu nem entendi porquê. Porque ela já tinha feito o intravaginal.
(G4)

Daí [a médica] pegou e fez uma ultrassom ultra-vaginal. Só que eu nunca tinha feito. Aí ele falou, explicou pra mim como que era, que ia incomodar um pouquinho. (...) Demora! (...) É terrível. (...) [o aparelho do ultrassom] Incomoda. Demais. Porque vira pra lá, veja pra cá, vira pra lá. Mede de cá, mede de lá. É terrível! Não é bem rápido não. Demorado mesmo.
(...) Então dá um pouco de medo também, né?
(G10)

Além da representação prévia diversa sobre o exame, o desconhecimento da via transvaginal como modalidade de obtenção de dados, contribuiu para o estranhamento da situação. A ausência de informações médicas pode ser um fator importante na percepção do exame.

G20 – Doeu (risos). (...) Que eles falou que tinha que tá com a bexiga cheia e eu tava com a bexiga vazia e tudo mais. E aí eles [os médicos] apertaram e doeu então...

P – E aí você falou; ah, tá doendo?

G20 – É (risos)! Ela [a enfermeira] não gostou muito não que eu falei não, mas... tava doendo.
Fazer o quê?

Nesse caso, a gestante não sabia que precisava estar com a bexiga cheia para se submeter ao exame, elemento que pode ter contribuído na sensação de dor trazida pela pressão do transdutor. Ela ainda relata que a equipe não ficou satisfeita com seu apontamento, mas que não havia o que ser feito.

A escolha da via de obtenção de imagens é uma decisão médica que está relacionada com alguns fatores da gestação, principalmente a idade gestacional. Apesar de ser uma conduta solidificada, isso não é divulgado ou trabalhado com as gestantes que ficam sem reação ao procedimento. Dessa forma, percebe-se que novas ações de medicalização aparecem: as gestantes se conformam em ter que passar pela experiência, mesmo que desagradável, e não entendem o porquê desse ato médico.

Entretanto, é interessante apontar que as mulheres não pretendem divulgar os aspectos negativos do exame, como o desconforto físico.

[Contando sobre como explicaria o exame para outra gestante] Ah, eu falava pra ela que é tranquilo. Que eu não ia falar pra ela: não é horrível. Eu não falaria. (...) Ah, eu falaria pra ela que é tranquilo. Que é bom pra ela e pro bebê também. Pra ela, pra ter certeza do que tá... tá tudo certinho na barriga dela. Falaria isso. **Falaria que era ótimo. Não ia falar que era ruim (risos).**
(...) Mesmo sendo (risos).
 (G10)

(...) eu explicaria (risos). Bem básico mesmo, porque não pode explicar a parte ruim (risos).
 P – Então você contaria...
 G20 – A parte melhor (risos).
 P – Entendi. A outra parte...
 G20 – A outra parte deixa ela ir pessoalmente (risos).

O exame de ultrassom é divulgado socialmente como um momento de prazer e alegria, uma forma de estabelecer contato com o bebê. Acredita-se que diante da dificuldade em quebrar uma representação pré-estabelecida as gestantes preferem não relatar o que não foi agradável para elas, tanto em relação ao procedimento em si, quanto sobre a conduta dos ultrassonografistas.

Vou explicar o que eu vi. (...) [O médico] Foi... mostrando sabe... a barriga, sei lá o quê que era. É isso que eu tenho pra explicar porque ele não me, não me explicou nada. Então eu não tenho como explicar uma coisa que eu não sei pra alguém. (...) Porque se eu tenho dúvida como é que eu vou passar, falar pra uma gestante uma coisa que eu sei, que eu não vi, não é? (...) Então eu acho que é melhor ela não se, não se informar com uma gestante e sim com o médico. Ir lá e perguntar, tirar as dúvidas dela. Porque se eu tenho dúvida cê imagina ela.
 (G19)

Ao não alertar outras gestantes sobre os possíveis transtornos do exame e as dificuldades em sua execução, as mulheres omitem dados que também fazem parte do procedimento, contribuindo para a representação de que ele é somente prazeroso. Esse fato colabora para a aceitação acrítica das mulheres frente ao exame.

Outro tema importante nesta discussão é a sensação de alívio, relatada por determinadas mulheres, trazida pelo escaneamento.

Assim, dá um morro de medo. Você tem receio... De é como é que vai ser. (...) Você vê tanta coisa por aí. Você fala: não. Vai dar certo!
 (...) [Após o resultado do exame] Aliviada, né? Me senti bem. É o primeiro, né? **Você fica com... morrendo de medo do que cê vai encontrar, né?**
 (G2)

E um alívio assim [saber que o bebê está saudável]. Aquela tensão que eu tava saiu quando ela [a médica] falou: olha, tá tudo bem. (...) Porque eu tava bem ansiosa. (...) Acho que era tudo que eu precisava ver e ouvir.
 (G6)

É... no começo você vai ficar... tensa. Mas depois que você... escutar da médica que tá tudo bem. (...) É... você vai se sentir tranqüila. Aquela... tem... tem aquela... tensidade já vai... aquela tensão já vai passar. Você vai tar mais relaxada. E depois que você vê a imagem do seu filho então...
 melhor ainda (risos).
 (G9)

Apesar da representação construída de que o exame proporciona uma sensação gostosa, logo aparecem o receio e o medo frente ao desconhecido. Uma vez que o exame desvela o corpo, ele pode descobrir qualquer dado. A sensação de alívio funciona como um sinalizador; indica a percepção das gestantes sobre a situação de tensão criada pelo exame.

O exame de ultrassom é um procedimento diagnóstico: pode revelar prognósticos negativos como malformações fetais e problemas obstétricos. Apesar de as mulheres saberem disso, esse aspecto fica pouco evidente em seus discursos espontâneos; elas apenas abordam esse tema quando perguntadas diretamente. Imagina-se que o exame

proporciona angústias terríveis, uma vez que as descobertas fogem ao controle da gestante. Ela não sabe sobre seu corpo, nem sobre seu bebê.

Para algumas mulheres esse elemento só pôde ser encontrado após a vivência do exame, pois essa mostra as facetas do procedimento encobertas pelo discurso social. Diante da tensão da situação diagnóstica e da falta de controle sobre o ambiente, o médico passa a ter papel fundamental no modo como a mulher entende o escaneamento.

Eu me senti como se eu fosse uma vaca. E (...) uma pessoa vem e tira leite. (...) Basicamente me senti como se eu fosse um animal. (...) Para mim não é natural. (...) Foi absolutamente como se... eu tivesse esperando em uma fila. E não tinha. E eu era a única do dia (risos). (...) Como se tivesse fazendo num animal. Como você não entende nada, você não vai falar nada.
(G1)

O ultrassom é uma tecnologia chamada operador-dependente⁴⁰, ou seja, ela necessita do manejo entre médico e paciente para a obtenção das melhores imagens. Como apontado por G1, a experiência do exame foi totalmente modelada por aspectos subjetivos dos profissionais; aspecto importante como será discutido adiante.

Apesar das significações diversas, o exame é visto como alguma coisa relevante para mulher.

Ah, eu acho que [o ultrassom] foi importante. Sim, acho que sim. Foi importante. (...) Da gente tá vendo como é que tá, entendeu? (...) Não se é porque ainda é pequenininho ainda (...) Só sei que o bebezinho tá aqui, tá bem, mas... não. Fez diferença, entendeu?
(G18)

No momento do exame, de modo geral, é aberta a possibilidade de a mulher levar um acompanhante, especialmente o marido. Isso será importante para as novas

⁴⁰ A expressão tecnologia operador-dependente é um termo técnico do campo médico e indica que o desenrolar do exame depende das decisões do profissional que o realiza; ele pode decidir quais estruturas serão mais investigadas de acordo com seu julgamento sobre a necessidade de cada caso. Nesse sentido, quem faz o exame acaba decidindo como ele será (CHAZAN, 2005a, 2007a).

configurações familiares, uma vez que o ultrassom exerce influências não só na gestante, como ainda nas pessoas ao redor.

4.4.2 A Importância do Acompanhante no Ultrassom

A situação de um primeiro escaneamento na gravidez é um momento, na maioria das vezes, desconhecido para as mulheres. A presença de um acompanhante pareceu ser um elemento importante na elaboração da vivência do ultrassom. Geralmente, a nomeação do acompanhante é de livre escolha da gestante. Algumas delas foram sozinhas, mas a maioria foi acompanhada por amigas ou pelo pai do bebê. Contudo, é nítido que as gestantes destinam esse espaço aos pais, elas desejam que eles participem.

Eu falei pro meu esposo: eu queria tanto que você tivesse ido. Porque é uma sensação assim... ai, não dá, não dá nem pra explicar. (...) Mui... mui... é muito... muita alegria mesmo.
(G7)

Fui só [no ultrassom]. (...) Ah, eu gostaria [que meu marido tivesse ido] (risos). (...) Ah, porque todo mundo vai acompanhado. Aí eu acho que é bom o pai ih vê também, né? (...) A única pessoa que eu gostaria que fosse é meu esposo. (...) Ia dar aquela emoção de ver o filho.
(G14)

[Eu] Tava [sozinha]. É, porque eu fui lá pra marcar. Não fui pra fazer. (...) [Gostaria que estivesse] meu namorado, né? (...) É legal você ter um acompanhante, não é?
(G19)

Observa-se que as mulheres que foram sozinhas ao exame relataram a falta de um acompanhante, especialmente o companheiro. Elas planejam o próximo escaneamento de uma forma para que possam estar com alguém e oferecem diversos argumentos para isso, entre eles, a importância em dividir as novas sensações com o pai do bebê. Nesse sentido, percebe-se não só a força da vinculação do ultrassom a um evento social, bem como um momento de ligação do casal em torno da gravidez.

Foi muito importante pra mim ela [uma amiga] tá lá. Porque... a, a pessoa que eu esperava que estivesse, que é o meu companheiro, não estava. Então pra mim foi muito importante ela tá lá também. Comigo. (...) Fiquei chateada [pela ausência do namorado] (risos). Acho que é isso. É tanto que quando eu falo, eu choro (começa a chorar). Desculpa.
(G9)

Durante a entrevista de G9, notou-se que sua relação afetiva com o namorado estava passando por um momento complicado devido à gravidez não planejada. Esse foi um assunto evitado pela gestante e que reaparece espontaneamente na descrição da vivência do ultrassom, como um ponto de sofrimento. Faz-se presente em sua fala o desejo de que o pai do bebê estivesse com ela no exame, o que pode estar ligado à idéia de que o ultrassom aproxima os pais em torno do bebê, aparente no discurso das gestantes.

A inclusão dos pais no momento do ultrassom tem crescido atualmente. As mulheres apontaram as reações de seus companheiros durante o escaneamento e as modificações trazidas com essa experiência na gravidez.

A cara dele foi a coisa mais cômica porque ele ficava olhando assim (risos)... (...) Mas depois daí é que foi acho legal. Porque pra ele ainda não tinha. Ele ainda não tinha se dado conta do que era. (...) Da verdade que era. Que tava aí dentro. (...) na hora que a gente saiu ele falou: agora sim eu acredito! (...) **Agora sim eu acredito. Porque eu vi!** Então na hora que ele viu é que ele... Ele realmente acreditou que... que tava, que ia ter filho (risos).
(G1)

Nesse caso, a oportunidade de visualização das imagens trouxe ao marido, assim como à gestante, a confirmação da gravidez. É curioso como G1 aponta as reações físicas de seu companheiro frente às imagens, revelando o poder que o ultrassom exerce também sobre os futuros pais.

[No ultrassom] Meu marido ficou, quase chorava e rindo. Eu não. Fiquei mais sossegada. Aí ele falou assim: nossa G15. Se aquele homem não tivesse lá eu tinha chorado, viu? (risos) De felicidade. (...) ele que quis ir [no exame]! (...) Ele que me acordou e falou: e aí, vamo fazê o exame? (...) Ele disse que não ia perguntar porque tava com vergonha. Aí ele disse: mas na próxima vez ele faz um monte de pergunta. (...) Ele quer saber o quê que vai ser. Se vai ser home ou se vai ser mulher. (...) Ele falou que... será se o menino ia ser danado? Isso ele ia pergunta pro médico. Será? Acho que não tem como o médico responde essa pergunta pra ele (risos). Porque ele tá muito bobo.

(G15)

Novamente puderam ser vistas as reações dos pais durante o exame. Nessa fala, percebe-se como o pai ficou emocionado ao ver o filho, despertando curiosidades e interesses sobre ele, características da tentativa de construção de uma subjetividade fetal. Isso pode indicar que, de modo similar ao das gestantes, os pais (re)processam o imaginário sobre o filho e a própria experiência de gravidez da mulher diante da ultrassonografia. Essa oportunidade é importante na elaboração do processo gravídico, uma vez que, como destaca MALDONADO (1997) a gravidez e o nascimento de um filho é uma experiência familiar, evento que afeta todo o sistema social da mulher.

Algumas pesquisas vêm abordando essa temática. O estudo de KOWALCEK et al. (2002), que investigou os níveis de ansiedade de futuros pais e mães com relação à diferentes procedimentos diagnósticos no pré-natal, levantou em sua discussão a hipótese de que o ultrassom poderia facilitar a interação da dupla pai-bebê. Isso seria propiciado pela visualização do feto, elemento que incluiria os homens no processo gestacional. Novos estudos foram sugeridos para investigar os efeitos das imagens ultrassonográficas sobre os futuros pais.

Na presente investigação, é importante destacar que esse tópico foi levantado apenas no discurso das mulheres, sendo um dado enviesado pelo olhar e significação das gestantes. Entretanto, pode-se observar que **o ultrassom é um instrumento que afeta o psiquismo dos futuros pais**. Ao propiciar o acesso às imagens fetais, os pais parecem elaborar o filho e a gravidez de modo novo, assim como suas mulheres.

Pode-se pensar que algumas conjunturas contribuem para a inclusão do pai na gestação da mulher, entre elas, o crescimento do processo de medicalização da família e os reflexos sociais da teoria do *bonding*. A adequação dos pais a esse modelo é auxiliada pela construção social de um desejo de ver o filho e de participar da gestação.

Não, eu fui sozinha [no exame de ultrassom]. (...) O pai não pôde ir. Apesar que ele tá... doido pra ver. (risos) É muito ruim. Agora que eu acho que eu vou tirar o outro, né? Mais detalhado. (...) Ele quer, porque quer ir junto. Que ele quer ver também. (...) Ele quer ir.
(G5)

Meu esposo foi comigo [no exame]. A gente ouviu bem o coraçãozinho. (...) Foi bastante forte. Ele gostou. E ele tá... tá todo feliz. Todo dia conversa o... meu marido. **Todo dia conversa com a Beatriz. (...) Ele conversa com ela antes dele sair.**
(G8)

[O ultrassom foi importante] Porque primeiro que tudo eu... Eu tirei minhas dúvidas [sobre a confirmação da gestação]. E segundo, meu marido ficou tão feliz, que o pobre quase chorava (risos). **Pra ele foi também muito importante. Ele não via a hora de ver.**
(G15)

Os reflexos do desejo de ver dos pais já estão no discurso, visto em suas atitudes quanto à participação no exame de suas companheiras e os desdobramentos disso no desenvolvimento de uma paternidade. Após o exame de ultrassom os pais passam a conversar com os bebês, querem vê-los e saber informações sobre eles. Esses novos lugares paternos, compreendidos pelas mulheres como novas formas de participação da gravidez, parecem ser reforçados pelas gestantes. Elas mostram-se felizes e satisfeitas com a presença ativa de seus companheiros na gestação e na relação deles com seus bebês.

Um exemplo dessa inclusão pode ser visto com relação à tomada de decisões de condutas médicas e não médicas na gravidez.

Porque... antes de... dele [do médico] me passar [o ultrassom] eu tinha conversado com o meu marido: olha, se a gente puder tá evitando [fazer muitos exames], sabe? Fazer mesmo só se alguém falar: não, precisa e tudo mais, aí sim. Mas... quanto mais a gente puder evitar melhor
(G6)

Percebe-se que a gestante preocupou-se em discutir o exame de ultrassonografia com o marido, em um modo de compartilhamento de responsabilidades. Os companheiros parecem ser imbuídos de diversas funções, sendo a principal delas o suporte emocional.

É... eu... eu fico mais aliviada [pela presença do marido no exame]. Porque é uma situação meio tensa. Você não sabe se vai tá tudo bem. Cê fica... A sua maior preocupação é se o neném vai tá bem. **Então... eu achei que eu fiquei mais aliviada e confortável, dele tá ali junto... participando (...)** Foi um alívio. Porque a gente fica tensa o tempo inteiro.
(G3)

[A presença do marido no exame] foi muito bom. Eu tava meia nervosa aí me acalmei um pouco. E ele ficou mais feliz. Ele... ficou mais feliz do que eu. Ele ficava todo o tempo lá curioso. Será que é homem? Ai eu vou ver. Eu falava: ah, tu num vai ver nada ainda não, que é muito novinho, muito pequenininho.
(G15)

Nesse caso, as gestantes reconhecem uma situação de tensão inerente ao exame de ultrassonografia e apontam os maridos como pessoas que podem dividir com elas o peso emocional e o medo do desconhecido. Uma vez que o exame pode revelar um prognóstico desfavorável para a gestação, a presença do pai do bebê parece importante na função de dar suporte à mulher. O mesmo dado foi encontrado no estudo de ÖHMAN et al. (2006), que investigou as reações das mulheres frente à presença de marcadores para Síndrome de Down em seus bebês. A presença do companheiro foi retratada como crucial nesse difícil momento de suas vidas e como algo que pôde fortalecer o relacionamento conjugal.

Fui com meu marido [no exame]. Só que ele não pôde entrar. (...) Ele ficou lá fora coitado. (...) Ah é... discriminação. Um pôde entrar e o meu não pôde. (...) Acho que [se eu estivesse com ele o exame teria sido diferente] sim. (...) Por exemplo, se eu quero esclarecer alguma dúvida ou talvez ele possa ter alguma dúvida que eu não tinha na hora e eu ia ter depois... Eu poderia tar conversando com ele pra não ficar uma situação constrangedora de... ficar lá parecendo um objeto e os médicos conversando. Eu acho que seria bem diferente. (...) Porque ele queria muito entrar (risos). (...) Depois ele me perguntou e ficou olhando o papel sem entender nada. E eu também. **Eu ainda entendia alguma coisa porque eu tava lá. Ele não viu. Então... ele ficou só olhando, imaginando também.**
(G20)

Essa fala mostra a importância dada pelas gestantes à possibilidade de terem uma acompanhante durante o exame, dado corroborado por GOMES E PICCININI (2007). Conclui-se que existe uma construção acerca desse lugar de acompanhante, como alguém importante na ultrassonografia. No discurso das mulheres isso acontece por

algumas razões como: responder a demanda de um evento social, (re)configuração da paternidade e do olhar sobre a grávida, proteção do ambiente médico e suporte emocional frente a tensão do exame. O acompanhante privilegiado nesta investigação foi o pai do bebê, sob o discurso da construção de uma relação com o filho e o fortalecimento dos vínculos do casal.

4.5 CONHECIMENTOS TÉCNICOS DA GESTANTE ACERCA DO ULTRASSOM

Ao lado de uma ritualização do exame, difundida pela cultura midiática, na qual a ultrassonografia é retratada na cena de um médico com uma maquininha capaz de produzir imagens fetais, as gestantes parecem saber informações sobre o procedimento, inclusive técnicas. Tal fato é encarado com atenção, uma vez que a oferta de informações médicas no pré-natal foi limitada.

Na literatura mundial, estudos (NICOL, 2007) apontam uma possível ignorância das mulheres frente ao exame, principalmente seu caráter diagnóstico. Considerando essa possibilidade, alguns autores defendem o fornecimento de esclarecimentos da equipe de saúde para com a gestante (GARCIA et al., 2002), o que pode acontecer de várias formas, como, a realização de consultas de aconselhamento prévias ao exame e a oferta de material explicativo sobre o procedimento.

No caso da presente investigação, apesar de o local de realização do exame não adotar nenhum tipo de orientação frente ao exame, bem como o encaminhamento do obstetra ter sido pobre em informações, **as gestantes demonstraram ter conhecimentos médicos sobre a ultrassonografia**, especialmente sobre sua capacidade diagnóstica. Como esse achado contraria os já publicados, bem como a própria hipótese deste estudo, optou-se por destacar todas as falas que comprovam os saberes das gestantes sobre a temática.

É... não sei assim bem [para que serve o exame]. (...) Eu penso que é para ver como ele tá dentro. Se... os movimentos... Não, não sei... não sei... Se falta alguma... (risos) alguma parte. Se ele tá bem. É isso. Não sei. O coração. Não sei. Pra ver se ele tá tudo... se tá funcionando como...
Desenvolvendo natural... naturalmente
(G1)

[A ultrassonografia serve] Pra saber a idade gestacional, certinha que você tá. Saber se a criança tá tudo bem, se tem alguma malformação, se tá crescendo bem, ganhando peso. Isso. Mas pra saber a saúde da... da criança e da mãe também. Se tá tudo bem com a placenta, o saco gestacional.
(G3)

Eu acho que é pra ver se o bebê tá bem. Se não tem algum problema de... saúde. Se o coração tá batendo... normal. Acho que é pra ver mesmo a saúde do bebê. Como é que tá a gestação da mãe. Pra saber se não tem nenhum problema, se não tem nenhum tumor, alguma coisa que sempre pode acontecer, né? Ou se tem alguma doença. Se tem alguma coisa que não tá se formando direito. Eu acho que é mais pra isso. Pra saber a saúde do bebê.
(G5)

(...) Pra vê se tá tudo bem. A formação sabe? **Que nem, pelo que eu tava lendo é quando a gente sabe... pelo narizinho se vai ter algum tipo de problema.**
(G6)

Pra quê que serve? [O ultrassom] Olha, eu acho que é pra saber como que a criança tá, né?(...)
Pra saber como que tava o... o bebê... pra saber se ele, se ele tá bem.
(G7)

A função do, desse exame... do ultrassom (...) Pra ver o bebê. Pra... saber como é que tá. Entendeu? É pra eliminar. Cê tá vendo ali que ele tá tudo bem com ele, sabe? É um acompanhamento. Cê tem uma sensação de que ele tá bem. Através do médico, através do ultrassom. Você tá vendo lá que ele tá bem, né? Então é isso. Ultrassom serve pra isso. Pra você saber como é que tá, se não tem problema nenhum.
(G8)

[Falando sobre a função do ultrassom] Pra mostrar se o bebê está crescendo. Pra mostrar se... Tanto que tem a... a ultrassom que... que vê se a criança já tem o... o Down, se não tem. Pra ver se tá tudo bem com ela mesmo. Se ela tá crescendo conforme os meses que ela... os dias que ela tem. (...) Se o bebê, né? Tá crescendo ou se não tá. (...) Eu acho que é isso. É o... o... crescimento é a fase do bebê, né? Você, você tá ali vendo. (...) Não ele tá... tá ali, tá vivo, tá mexendo. Só que você vendo é... é outra coisa, né? (...) Se tá saudável, se não tá.
(G9)

Ah, [o ultrassom serve] pra saber como que tá o bebê, não é? Pra ver se tá tudo bem. (...) Então... eu acho que é pra isso.
(G10)

Assim, tudo assim eu não sabia, direitinho assim. [Sobre a finalidade do exame] (...) Se tiver alguma coisa errada, algum defeito, cê já vê, né? Eu acho. Por exemplo, faltar um braço. Cê já vai saber. Já vai ter consciência de como que ele vai nascer. Como ele vai ser.
(G11)

Eu acho que [o ultrassom] é pra... pro acompanhamento, né? Do crescimento, do desenvolvimento da criança. Porque ali você tá vendo, né? Eu acho que se tiver algum problema, tá vendo também o quê que pode fazer. Eu acho que é... pra isso.
(G12)

[Sobre a finalidade do ultrassom] Pra mim eu acredito que seja pra descobrir se a criança tem algum problema. É pra descobrir alguma coisa sobre a criança. (...) Porque na ultrassom cê consegue descobrir, né? Pra ver se vai vim perfeita, com as mãozinhas, com tudo assim, né? Eu acredito que seja pra isso que serve pra isso ultrassom.
(G13)

Eu acho que [o exame de ultrassom] é pra saber como que tá o neném. Se tá bem. Como tá o coração. Se tá batendo bem.
(G14)

Ai pra mim é só pra saber como é que a criança tá, se ele tá bem... Na minha opinião, é o que eu penso. (...) Pra mim acho que é porque... pra ver se ele tá bem, como é que ele tá, qual é a posição que ele tá. Apesar de nem... não te ainda, né? Tá muito, muito pequenininho (...)
(G15)

[Sobre a função do exame] Ai... pra saber se o bebê tá bem? Não tenho muito, né? Pelo fato de ser... mas acredito que pra saber se o bebê tá bem... o tamanho, peso. Enfim, acho que o bebê tá bem? **Enfim... Num... não perguntei isso ainda pra ninguém, mas acredito que seja por isso.**
(G16)

Olha, na minha opinião [a função do exame de ultrassom], pelo que eu pude ver também, [os médicos] analisam tudo. Tamanho... não só do bebê, mas de... de você também. Útero, a... a... eu esqueci o nome do líquido que chama dentro... que seu bebê fica. O bebê, o peso do bebê, o tamanho... Pelo que eu pude perceber do, da cabecinha do neném. Batimento do coração. Acho que é mais pra analisar isso. As condições do bebê dentro de você. Eu acho. Na minha opinião, eu acho que é isso. E você também, né? Não só o neném. Mas você, se você tá bem também.
(G17)

[O exame de ultrassom serve] Pra ver é... a saúde do bebê. Assim pra ver o formato do bebê. Assim... eu acho que é isso, né?
(G18)

Ah... [o ultrassom serve] pra ver se o bebê tá bem, se... a placenta tá bem. Se tá tudo bem com a, cá criança, com a gestante. Por que, né? Pra ver se tem uma estrutura legal. Ah, é isso que eu acho.
(G19)

Ah... acho que [o exame de ultrassom serve]... que pra ver se o... se o bebê tá tendo crescimento. Se tá tudo bem. Se ele talvez tenha alguma deficiência. Pra ver as semanas. Acho que pra isso.
(G20)

O teor principal das falas está na insegurança das mulheres em afirmar a função específica do exame de ultrassom, o que pode ser depreendido em suas afirmações vagas, que reforçam que elas não sabem ao certo as aptidões do procedimento. No entanto, é interessante destacar que dezoito gestantes entrevistadas apontaram claramente a principal função da ultrassonografia: avaliar a saúde do bebê.

Algumas gestantes forneceram respostas bem precisas, dando destaque a de G3. Investigada sobre seu conhecimento mais detalhado, ela aponta que seu marido é médico e que convive nesse meio, além de recorrer à Internet em caso de dúvidas. Não obstante, mesmo as que não têm familiaridade com o meio médico puderam citar funções médicas importantes como: avaliar a saúde fetal, a saúde da mulher e as características da placenta. Muitas abordaram a questão do desenvolvimento fetal, possíveis malformações, tema considerado socialmente árduo de discutir. Esse achado parece ser um diferencial dentro da literatura. Em seu estudo, NICOL (2007) destaca que as mulheres primigestas não sabiam do caráter diagnóstico do exame o que poderia gerar complicações após sua realização. Em sua visão, tal desconhecimento é agravado pelo fato de as mulheres terem tido acesso à informações médicas previamente ao exame, o que destaca a pobre qualidade de comunicação.

A presente investigação mostra que as gestantes da amostra estavam **informadas da função diagnóstica do ultrassom**, apesar de serem, na maioria, mulheres com baixa renda e escolaridade. É possível se pensar, contudo, que a obtenção de informações dependeu de uma atitude ativa de cada mulher frente ao andamento de seu pré-natal, buscando informações no meio social e midiático. Na revisão sistemática conduzida por GARCIA et al.(2002), os autores citam o papel das mulheres no processo de aquisição de dados sobre o exame. Apontam que elas impõem barreiras para obter informações

detalhadas sobre o ultrassom devido à forte atração que ele exerce nas mulheres e nas famílias.

No Brasil, não existe uma política de consentimento informado antes da realização do procedimento de ultrassom. Da mesma forma, não existe a preocupação das instituições de saúde em preparar psicologicamente as gestantes para o exame e alertá-las sobre suas possíveis conseqüências: folhetos explicativos e atendimento prévio pela equipe de saúde são inexistentes.

Frente à lacuna de informações oficiais ou de uma política sobre os testes de vigilância no pré-natal, imagina-se que as mulheres desenvolvem pensamentos próprios sobre o ultrassom. Um exemplo disso está no discurso de G4 que, ao ser submetida a ultrassonografia via transvaginal e abdominal no mesmo escaneamento, tenta diferenciar as funções do mesmo.

Eu acho que [o ultrassom transvaginal serve para] pra dec, detectar doenças, assim, que não dá pra ver com ultrassom é... abdominal. Daí dá pra ver mais com detalhes se tem alguma imperfeição, um nódulo que às vezes a gente tem, mas não sente. Então com o intravaginal você visualiza bem.

P – Você acha que o intravaginal então é diferente do abdominal?

G4 – Eu acho que sim.

Nun, nunca tive nenhuma aula sobre assim... ultrassom.

(G4)

Percebe-se que as gestantes tentam significar o que aconteceu com elas, mesmo não tendo uma ajuda médica para tal. Isso pode ser retratado quando G4 aponta que nunca teve aula sobre o exame de ultrassom, mas que mesmo assim pensa sobre sua função.

Apesar de todos os conhecimentos apontados pelas gestantes sobre os aspectos diagnósticos do ultrassom, faz-se necessário destacar como essa temática não apareceu espontaneamente no discurso. Com exceção de uma entrevistada, todas as outras só abordaram as funções do exame quando perguntadas diretamente. Sentiu-se que as gestantes evitaram esse assunto, talvez como modo de negá-lo, deslocando suas

representações para a possibilidade de ver o bebê, confirmar a gestação, aproximar seu companheiro do bebê, entre outras trabalhadas no presente estudo. Imagina-se que influências pessoais, sociais e médicas contribuem para tais percepções, facilitando a propagação da medicalização.

O deslocamento do ultrassom, de um potencial desvelador de adversidades na gravidez para um instrumento de visualização e prazer, torna-se uma construção também alimentada pelas gestantes. Entretanto, o foco das mulheres pode estar na dificuldade de saberem conscientemente que estão sendo investigadas, tendo seus bebês avaliados pela tecnologia. Diante disso, torna-se mais confortável emocionalmente a negação do teor diagnóstico do exame.

Dessa forma, quando alguns dados da literatura apontam que as mulheres estão avessas aos conhecimentos científicos da tecnologia, pode-se pensar que o processo de aquisição de informações é mais complexo, envolvendo aspectos emocionais das mulheres. Pensa-se que a grande questão para as gestantes não é apenas saber as potencialidades adversas do exame, mas sim saber o que poderá ser feito com elas. Nessa investigação, conclui-se que as mulheres conheciam as funções do ultrassom apesar de não focarem seus discursos nesse prisma, quando estão no cotidiano, devido aos delicados desdobramentos que o tópico traz.

4.6 TECNOLOGIA DE ULTRASSOM: (RE)SIGNIFICANDO O CORPO E A GRAVIDEZ

O presente capítulo abordou as representações de primigestas sobre o primeiro exame de ultrassom da gravidez. O ponto central de análise foi à importância dada a esse procedimento na gravidez, significado como algo normal no processo gestacional. Observou-se que as gestantes, antes mesmo de engravidarem já formulavam representações sobre a experiência do exame, influenciadas pela mídia, pelo convívio

social e sociedade. Nesse sentido, muitas delas já desejavam o exame logo no começo da gestação e buscaram ativamente sua realização.

A possibilidade de visualização de imagens fetais foi importante na (re)configuração da gravidez e da maternidade. Com relação à gravidez, o exame trouxe, para determinadas gestantes, a confirmação da gestação, o embate entre os elementos corporais e emocionais frente às verdades oriundas da tecnologia e a possibilidade de verem o filho. Já sobre a maternidade, a ultrassonografia trouxe a possibilidade de imaginar um filho e a construção de um papel de mãe.

Do mesmo modo como os aspectos maternos foram (re)configurados pela tecnologia, o feto foi modificado. Percebeu-se que a ultrassonografia pôde construir, para algumas gestantes, a representação de um bebê: subjetivado, sexuado e, principalmente, humano. O choque entre a imagem de um feto tecnológico e um bebê humano teve reflexos no psiquismo materno e também nas representações sociais acerca daquele novo ser. O feto passa a ser um bebê que, ao virar gente, é apresentado ao mundo. O registro da imagem do exame, chamado pelas mulheres de foto do bebê, passa a ser utilizado como forma social de interação com a criança e prova material do estado gravídico.

Após a experiência do exame as mulheres puderam confirmar expectativas prévias ou remodelar os significados atribuídos a sua vivência. Como destaca GARCIA et al. (2002), essa experiência depende de diversos fatores, como os objetivos clínicos do escaneamento e os conhecimentos de mulheres frente aos possíveis desfechos. Percebeu-se que as mulheres que optaram por fazerem o exame no setor privado apresentaram depoimentos diversos das do setor público, tendo vivido o exame diferentemente nos aspectos relativos ao consumo de imagens fetais e na demanda de ver o filho.

A vivência do exame dependeu da qualidade do maquinário, dos aspectos subjetivos do operador e da idade gestacional. Os conhecimentos técnicos influenciaram as percepções

das gestantes; algumas acharam o exame um procedimento incômodo, enquanto outras o consideraram algo extremamente prazeroso. Observou-se ainda que as mulheres sabiam da finalidade diagnóstica da tecnologia, entretanto, sentiram-se inseguras em afirmá-las. Percebeu-se que elas preferiram não abordar a temática da ultrassonografia enquanto um exame diagnóstico, não colocando no discurso elementos que modelassem aspectos negativos do exame. Nesse sentido, pode-se concluir que as gestantes sabem o que está em jogo no exame de ultrassom e optam por minimizar os danos transformando-o em um evento mais socializado do que médico.

A presença de um acompanhante durante o escaneamento, especialmente o pai do bebê, foi colocado como fato importante. As mulheres atribuem diferentes possibilidades a esse momento como, aproximação entre pais e filhos, entre o próprio casal, o início da (re)configuração da maternidade e da paternidade e a importância em se ter alguém que pode fornecer amparo emocional frente à situação de tensão do exame. Mais uma vez, as gestantes apontaram o caráter social do exame ao mostrá-lo para outras pessoas e ao quererem que elas a acompanhassem no procedimento.

Com base nos dados descritos, conclui-se que a capacidade de obtenção de imagens sobre o desenvolvimento fetal e o novo acesso ao corpo via tecnologia (re)configuram a gravidez na contemporaneidade. O papel da mulher, historicamente desenhado como fonte de saber sobre seu bebê e responsável pela evolução da gravidez, passa a ser um corpo (re)subjetivado pelas estratégias de medicalização.

As gestantes buscaram manterem-se ativas, questionar condutas e acompanhar os aspectos técnicos da nova maternidade tecnologizada, em uma tentativa de retomar os seus saberes e mostrar que o discurso médico não dá conta de tudo. Contudo, essas tentativas são muitas vezes frustradas e as gestantes entram no círculo de realimentação do exame com foco no prazer de ver o filho. A polissemia de significados que

acompanham a ultrassonografia, muitos deles exclusivamente positivos, favorece a manipulação do corpo feminino.

Desse modo, percebe-se que as mulheres já estão dentro das tecnologias disciplinares, uma vez que elas aderem à lógica do ver para construir um bebê, individual e coletivamente. Conseqüentemente, alguns reflexos importantes precisam ser discutidos, pois os olhares delas são diferentes dos olhares médicos. Enquanto as mulheres vêem um bebê a ser subjetivado, os médicos enxergam um feto que precisa ser monitorado. Esse desencontro será o ponto principal para o entendimento das diferenças entre as percepções das mulheres e os comportamentos médicos durante o procedimento como será analisado a seguir.

Independentemente da significação dada à ultrassonografia, conclui-se que essa representa muito mais do que um exame médico: ela é uma vivência que remodela a gravidez, o casal, o bebê e o meio social. É algo que redimensiona a experiência do sujeito, com desdobramentos incalculáveis para médicos, gestantes, familiares e a sociedade em si.

5. O AMBIENTE MÉDICO QUE INTIMIDA: ACESSO A INFORMAÇÕES, DEMANDAS E EXPECTATIVAS DE MULHERES E O IDEÁRIO SOBRE O PAPEL DO MÉDICO

Neste capítulo serão apresentados os discursos das gestantes com relação aos aspectos do ambiente médico associados ao uso do ultrassom. Os temas são: as informações fornecidas pelas equipes de saúde, o relacionamento interpessoal dos obstetras e dos ultrassonografistas com a gestante e a circulação de saberes médicos e não médicos no contexto da ultrassonografia. A possibilidade de empoderamento das mulheres, por sua vez, será discutida considerando suas reações frente a esse cenário não familiar.

5.1 A NOÇÃO DE NORMALIDADE DO EXAME DE ULTRASSOM NO DISCURSO DO PODER MÉDICO

No Centro de Saúde investigado, o primeiro exame de ultrassom é geralmente realizado entre a décima primeira e a décima quarta semanas de gestação, período ideal para a avaliação da Translucência Nucal, feita conjuntamente. Após o encaminhamento do obstetra, as mulheres se dirigem ao local do exame e retornam ao serviço com o laudo diagnóstico. Essa rotina parece bem estabelecida como organização do serviço, entretanto, é o primeiro ponto responsável pela produção de lacunas no entendimento da gestante a respeito do exame. Pode-se iniciar a análise dessa problemática no questionamento sobre as formas pela quais o encaminhamento é realizado.

Ele me passou o exame e acabou. Não me falou pra que era, nem pra onde ia, nem o que ia ter que fazer. (...) Mas ele não me falou que nem: vou te passar ultrassonografia que serve para isso, ou pra aquilo, pra... pra analisar. (...) simplesmente me deu o papel e... e... sabe... o problema é seu. Vai cuidar da sua vida (risos)!
(G1)

Aí... mas ela... pediu o ultrassom. (...) **Ela só disse que era pra rotina.**
(G4)

Não [o obstetra não me deu informações sobre o ultrassom] (risos). Só pediu pra eu ir lá fazer o exame mesmo. E... aí porque assim... a gente quase não conversou. (...) ela não me explicou. Nem na hora de marcar nem nada como que eu... sei lá. Se eu tivesse que ir diferente. (...) Ela só colocou no papel e tipo... eu que procurasse (risos). Por exemplo, não falou que... que era pra mim sei lá... ir de bexiga vazia, ou cheia... e tinha que ir cheia e eu não tava com a bexiga cheia. (G20)

Observa-se que a tônica dos discursos das gestantes foi a percepção da precariedade no encaminhamento médico; não houve nem mesmo informações básicas como o local do exame, sua finalidade e as condutas que deveriam ser adotadas antes de sua realização. Quando os médicos forneceram algum tipo de informação elas foram transmitidas, de modo geral, sem profundidade e com foco na saúde do feto.

[A médica] Pediu pra fazer [ultrassom]. E assim... só a única coisa que ela me explicou assim... que era pra saber se o bebê tava bem, pra saber o tamanho e isso. Só falou isso. Não deu detalhes. (G5)

Eu falei pra ela [médica] que eu queria saber de quantas semanas tava porque eu não sabia... quanto tempo tava. Aí ela foi e falou: já que você... é novata aqui e tá grávida, vou passar você pra você fazer o ultrassom. Aí eles lá, eles vão te falar de quantas semanas tá, como tá o neném... Aí ela passou, marcou e eu fui. (G14)

Em outro caso, quem forneceu alguma explicação, de qualidade questionável, foi a enfermeira.

Quem me, me explicou [sobre o ultrassom] foi a enfermeira. (...) É. Mas ela não explicou assim... direito assim... o que era o exame, nada. Ela disse, ela mandou eu ir (...) que ia fazer exame de ultrassom. (...) Pra ver como tava o bebê. De quantas semanas tava, tal... Só. (G18)

As gestantes sentem-se insatisfeitas com a falta de informações, significando isso como descaso médico. O incômodo gerado com a ausência de informações médicas corrobora os dados da literatura (GARCIA et al., 2002; BOLTANSKI, 2004). O mesmo achado foi discutido na pesquisa de BOLTANSKI (2004), que considerou que diante da falta de explicações médicas resta às classes populares julgar seus médicos em função de

critérios difusos, como boa vontade e amabilidade. Para esse autor, as classes populares parecem ser mais sensíveis aos modos de comportamento do médico, o que pode indicar sua percepção sobre a distância social que os separa tanto na situação econômica, bem como na detenção de saberes. Perante esse abismo, não é curioso observar que as mulheres submetem-se às condutas, seguem as rotinas prescritas, colocando-se no atendimento de modo normalizado.

A pesquisa de EKELIN et al. (2004) discute a aceitação de mulheres grávidas dinamarquesas sobre os exames ultrassonográficos. Os autores afirmam que sempre existe uma possibilidade de as mulheres decidirem passivamente com relação à oferta de exames, uma vez que o tempo dado para a tomada de decisão é curto e, em segundo lugar, pela maciça difusão de exames. No Brasil, o cenário investigado mostrou-se diferente. A relação entre médicos e gestantes não envolveu um processo de decisão que envolvesse tempo ou reflexão; os médicos pediram o exame e as mulheres o fizeram. Pode-se pensar que não houve questionamentos por dois motivos: pela inserção do exame de **ultrassom em uma rotina de pré-natal**, fortalecendo o teor inquestionável dos exames e pelo poder da fala médica, considerada, pelas gestantes, como uma **fala autoritária**, sem espaços para negociação.

A **noção de normalidade**, construída a respeito do exame, pode ser um elemento chave no entendimento desse encaminhamento médico esvaziado. Acredita-se que esse *constructo* que cerca o exame de ultrassom, apontada também pelas gestantes no quarto capítulo, funciona como uma estratégia que permeia o atendimento fornecido pelo setor médico e pelas equipes de saúde que atendem à mulher. Um dos efeitos dessa confluência na visão de médicos e de gestantes é a criação de uma aura de **inquestionabilidade** sobre o uso da tecnologia.

Eu acho que [o ultrassom] é importante. (...) Então ajuda bastante e é importante. (pausa) Tem que ter.
(G8)

Eu acho que hoje em dia é raro alguém não fazer [ultrassom]. (...) Minha mãe não fez da minha
irmã caçula.
(G11)

Pode-se pensar que a partir do momento que o exame de ultrassom entrou em uma rotina de pré-natal ele passa a ser inquestionável, dispensando a equipe de saúde de fornecer informações relacionadas à tecnologia, postura explicativa ética, esperada no encaminhamento de qualquer procedimento médico. Para BOLTANSKI (2004), a omissão de informações é estratégia importante no poder médico. Indica a desaprovação médica sobre a divulgação de saberes que são exclusivos desse segmento profissional, variando de classe para classe social; quanto mais abastado o doente, mais explicações sobre seus males ele recebe. Os doentes são vistos de modo diferente por seus médicos de acordo com sua classe. Aos que recebem pouca ou nenhuma explicação a postura médica é percebida como algo autoritário, que deve ser seguido sem questionamento, restando, aos doentes, a desconfiança e o temor diante das práticas.

Outros pontos são citados na literatura como formas de compreender a omissão da equipe médica. “Procedures that are seen as routine or no longer novel may not be perceived by staff as needing as much explanation as newer techniques. Explaining about ultrasound may be viewed as less important because it is considered noninvasive” (GARCIA et al., 2002, p.229).

O fato de o ultrassom ser um procedimento não invasivo pode, de fato, contribuir para a noção de normalidade e difusão desenfreada da tecnologia⁴¹. Esse fenômeno ocorre porque acaba associando à tecnologia a algo inócuo, tanto para mãe como para o bebê, levando as mulheres a não pensarem em seus possíveis desdobramentos. Tal achado foi

⁴¹ O ultrassom, diferentemente de procedimentos invasivos como a amniocentese, não requer a leitura de prospectos e a assinatura de um consentimento informado pela mulher previamente a sua realização. Essa peculiaridade do ultrassom, de acessar o feto sem invadir o corpo da mulher, talvez possa contribuir pela aceitação generalizada e acrítica das gestantes. No caso da amniocentese, a decisão pelo procedimento pode ser muito difícil e dolorosa para o casal, levando a uma tomada de decisão mais ativa (para maiores informações sobre a recusa desse procedimento de acordo com a classe e a etnia ver: RAPP, 1998).

encontrado na literatura (EKELIN et al., 2004; LEITHNER et al., 2004; NICOL, 2007). Em adição, a adesão das mulheres ao ultrassom ganha força pela falta de informações médicas que as deixam seguras sobre o procedimento e pela idéia de que o exame já faz parte de uma rotina pré-estabelecida, como é o caso da Dinamarca.

A **fala autoritária dos médicos** ainda contribuiu para as atitudes das mulheres frente ao ultrassom. Sobre esse ponto é de grande valia analisar a contradição entre o discurso e as atitudes de G6.

P – Você acha que o fato do médico passar o... indicar o exame [de ultrassom]... é compulsório?
Você tem que fazer?

G6 – Não. Não. Acho que sabe, **tem que ser uma coisa conversada com o médico**. Ver se realmente tem necessidade tudo.

Ela aponta a necessidade do diálogo com o profissional e se coloca em uma postura crítica e ativa em relação ao uso da tecnologia. Isso apareceu não só nesse momento de sua fala, mas também na temática do parto. Essa gestante se diferenciada das demais por possuir diversas informações sobre o ciclo gravídico-puerperal. Ela informou que freqüentava um grupo de maternidade ativa e, por isso, obtinha tais conhecimentos. Entretanto, quando se referiu ao encaminhamento do exame ela destaca

Ele [o obstetra] simplesmente passou [a guia do ultrassom] e disse que eu precisava fazer e que era pra tá aqui tal dia com o resultado. Que era importante porque era o primeiro ultrassom. Só.
(G6)

Pode-se perceber que a realidade da negociação foi diferente da imaginada. Ao final, ela acaba cedendo as orientações sem maiores questionamentos. Observa-se que mesmo uma gestante mais esclarecida sobre a necessidade de informações e a qualidade dos atendimentos cede às pressões da fala autoritária, posicionamento de **submissão ao poder médico** adotado por todas as entrevistadas. Pode-se imaginar que pressões provenientes de uma relação estabelecida dentro de uma hierarquia sócio-econômica extremamente desigual contribuem ativamente para esse fenômeno, pois para as gestantes, o médico é um “outro” diferenciado a ser respeitado. ““Os outros”, são todos

aqueles, patrões, professores, comissários de polícia, médicos que, membros de clãs superiores (...), têm contatos (...) com as classes populares e são, junto a estes, os representantes da legalidade, os guardiães da ordem social” (BOLTANSKI, 2004, p.35). Nesse sentido, existem diversos mecanismos sociais que colocam os médicos no lugar de emissores de verdades, legitimando seus discursos.

A resposta à demanda médica foi atendida prontamente, comportamento relatado nas falas. Pode-se concluir que, na presente investigação, não houve negociação alguma pela recomendação da ultrassonografia, bem como o provimento de orientações médicas. Verificou-se que, com relação à aceitação do exame de ultrassom, essa se deu de **modo passivo**, indicando os efeitos da normalização nas mulheres que estão inseridas em um pré-natal manejado tecnologicamente. Novamente, as mulheres aparecem destituídas de seus saberes, imersas em escalas e parâmetros controlados pelo saber médico. Tal cenário destitui a mulher de sua condição de escolha sobre seu corpo, passando ela a ser um elemento manejado em uma estratégia de medicalização.

Como forma de enfrentamento dessa problemática, diversos trabalhos internacionais apontam a função do consentimento informado, preconizado pela OMS e agências governamentais, antes de as mulheres fazerem o exame de ultrassonografia. Essa conduta poderia ser eficiente para clarificar as diferenças existentes entre a perspectiva da gestante e dos médicos e sinalizar os possíveis efeitos adversos gerados pelo procedimento. Infelizmente, no Brasil essa temática não está sendo discutida; parece que o fornecimento de explicações médicas não é uma questão relevante para a qualidade do atendimento. Inevitavelmente o contexto de ilegalidade do aborto colabora para o não esclarecimento das gestantes acerca das possíveis implicações que o exame pode acarretar.

Dessa forma, pensa-se que a construção da **noção de normalidade** associada ao uso da tecnologia parece advir da própria comunidade médica que, ao não explicar as

características e funções do exame, coloca no discurso o uso rotineiro do ultrassom no pré-natal como algo bem estabelecido e inquestionável.

Analisando esse contexto, entende-se que a informação pode ser considerada um forte instrumento de poder, pois hierarquiza e restringe a circulação dos conteúdos a grupos selecionados. FOUCAULT (2007b) chega a questionar se o sistema médico não funcionaria como um sistema de sujeição do discurso, considerando que “Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo” (FOUCAULT, 2007b, p.44). Eles garantem a distribuição dos sujeitos que falam em diferentes tipos de discursos, definem os graus e a intensidade de acesso, funcionando como processos de sujeição do discurso.

Na visão de JORDAN (1990), em todos os sistemas de domínio do conhecimento existem aqueles saberes que detêm mais peso do que outros na tentativa humana de se explicar o mundo; o destaque dado a eles é baseado na eficácia e/ou na associação com uma base maior de poder. A forma como os conhecimentos são legitimados respondem aos interesses de estruturas de influência e, através de um processo chamado *authoritative knowledge*, se difundem na sociedade. O *authoritative knowledge* é considerado um processo social contínuo que constrói e reflete as relações de poder dentro de uma comunidade ou prática, utilizando mecanismos para que as pessoas percebam os rearranjos como uma ordem natural, que responde aos interesses dos envolvidos. Esse modo de operação reforça as posições dominantes, levando as pessoas a acreditarem que a hierarquia vigente não poderá ser mudada. Como ele parece algo natural, razoável e consensualmente construído, as pessoas não só o aceitam como o reproduzem, mantendo inalteradas as relações de poder.

Faz-se necessário ressaltar que a grande estratégia vista no modo de funcionamento do *authoritative knowledge* não se baseia na questão sobre a certeza dos conhecimentos,

mas sim se eles são dignos ou não de crédito. A partir do momento em que eles são considerados legítimos, as pessoas começam a tomar atitudes baseadas neles. Não obstante, há que se destacar que há uma distinção da influência do *authoritative knowledge* para médicos e gestantes. No meio médico, adota-se verdades científicas como inquestionáveis; essas se tornam senso comum das práticas que são divulgadas como corretas às mulheres. Isso só pode acontecer exatamente porque tais práticas advêm de um coletivo de pensamento que estabeleceu consensos e condutas consideradas confiáveis.

Sobre a gravidez, JORDAN (1990) defende que o conhecimento médico ganha força funcionando nesse sistema de saber, pois deslegitima todos os outros conhecimentos, inclusive o das mulheres, cada vez mais medicalizadas. Pensa-se que esse conceito é importante para o entendimento da aceitação acrítica das mulheres ao ultrassom, como defendido por GEORGES (1997), que percebem o exame como algo natural, inócuo e benéfico. Como consequência lógica desse sistema, as mulheres passam a almejar o exame.

[O obstetra] Não, não explicou [sobre o exame de ultrassom]. Ele pediu. Pediu o exame e eu adorei, né? Porque eu já tava louca pra querer saber, mas ele não chegou a explicar. Não chegou a explicar não.
(G17)

O desejo pelo exame ainda foi discutido no capítulo anterior, onde algumas gestantes recorreram à prática privada para terem seus escaneamentos, apontando a necessidade de terem acesso visual ao bebê. Assim, concorda-se com a posição teórica de que essa tecnologia se difunde como forma de *authoritative knowledge*. Ocorre a fusão da intencionalidade médica com o desejo feminino pelo procedimento.

Olha... talvez seja... dois motivos assim [que a levaram a fazer o exame]. O primeiro foi a curiosidade também, né? E o segundo é porque **o médico ele passa e você acaba entendendo como uma necessidade**. Pra saber se realmente tá tudo bem. Então... é a curiosidade e aquela ansiedade de você poder tá acompanhando e ver se tá tudo legal com o bebê.
(G6)

Imersas nesse sistema social, onde a fala médica é construída de modo autoritário e as escolhas são influenciadas por redes de poder, às mulheres restam poucos espaços para a manifestação da subjetividade e posicionamento. Assim, mesmo com a inclusão de procedimentos de orientação e fornecimento de explicações médicas “(...) informed choice is not possible within the obstetric ultrasound environment due to the influences of hospital and social cultures, combined with a woman’s recently encultured need of visual “proof” of pregnancy” (NICOL, 2007, p.526).

5.2 IMPRESSÕES SOBRE O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM O OBSTETRA E O ULTRASSONOGRAFISTA: CONCEPÇÕES DE DIFERENTES PAPÉIS NA GRAVIDEZ

No Brasil, com o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN) em 2000, o número de consultas de pré-natal aumentou nos últimos anos, com o objetivo de garantir melhor assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, SERRUYA et al.(2004) assinalam que os dados de morbi-mortalidade infantil e materna não obtiveram declínio esperado, o que indica como problema central os níveis de qualidade do atendimento no pré-natal. Frente a isso, pode-se pensar que o obstetra tem papel principal na assistência da mulher, cabendo a ele garantir os melhores desfechos para a saúde da dupla mãe-bebê.

Com relação a esse profissional, no presente estudo, o foco de atenção residiu em como se deram as relações entre ele e as gestantes no tocante aos diferentes aspectos da oferta e da interpretação do exame de ultrassom. O principal aspecto analisado foi modo de encaminhamento médico para a ultrassonografia, analisados no subcapítulo anterior.

Contudo, de forma não surpreendente e até mesmo esperada, as gestantes abordaram a questão da qualidade do pré-natal como temática em si, uma vez que essa oferta tem relação com as condutas clínicas, além de abordar os comportamentos gerais dos médicos durante as consultas. De modo contundente, três gestantes manifestaram críticas ao atendimento fornecido pelos obstetras.

Eu achava muito estranho, porque a... a médica era muito... sistemática, sabe? (...) Brava. (...) E eu achava elas muito... muito brutas. Então eu não gostava, eu já não gostava. Mas, eles não me explicavam. Não me davam... não me orientavam tão bem assim. Não tinham... acho que paciência, sabe?
(G1)

[A obstetra] parecia uma cavala. (...) Ela virou pra mim e falou assim: mas não passa um bebê? Eu falei: passa. Só que por aqui nunca passou. Mas não entra um pênis? Eu falei: entra, mas não entra seco desse jeito que cê que enfia aí. Era um negócio de acrílico bem assim. (...) Eu nunca tinha visto aquilo na minha vida. Ela veio fazer aquilo e eu falei: sabe o que mais? Não volto lá nunca mais...
(G10)

Eu acho que tem que tirar dúvida com o médico. (...) [Ele somente fala] Os exames que você fez tá bem. O ultrassom tá bem. Tá, tchau. Marca lá o retorno. Só isso. (...) Eu venho com uma dúvida [para a consulta] e volto pior. (...) mas ele num... não dá espaço... pra eu tar perguntando.
(G16)

Duas das gestantes citadas começaram o pré-natal em outras instituições de saúde que não a estudada. As maiores críticas destinadas aos obstetras do Centro de Saúde foram: rapidez nas consultas, a impaciência na relação com a paciente e a falta de explicações.

Entretanto, uma parte considerável das gestantes apontou que gostou do atendimento médico e da equipe de saúde. Sobre isso, pode-se pensar que tal fato aparece como resultado de um viés da metodologia da pesquisa, uma vez que a pesquisadora coletou os dados no próprio local de atendimento. Nesse sentido, a identificação da pesquisadora como membro da equipe médica, apesar dessa ter explicado previamente as gestantes a sua condição de não vinculação institucional, pode ter sido inevitável.

É bom, é bom [o atendimento médico]. Eu gosto daqui. É gostoso, né? Mas só acho que o médico eu acho que é muito rápido, né? (...) Mas, as meninas [a equipe de enfermagem] (...) super atenciosas.
(G2)

É... no mês passado mesmo veio uma enfermeira (...) a gente conversou, ela me explicou, tirou dúvidas. Ah! Eu adorei. (...) Eu gostei (...) da consulta também, do médico. Nossa! Eles são super cuidadosos. Desde quando... desde da, da enfermeira que mede a pressão... a ele explicando tudo certinho. Gostei muito. Bastante.
(G17)

(...) quando eu tenho dúvida eu sempre pergunto pro doutor porque ele... Por isso que eu te falei. Eu gostei daqui, quando eu fazia papanicolau com ele, porque ele, ele tira minhas dúvida, entendeu?
(G19)

O fato de as gestantes gostarem ou não do atendimento obstétrico não teve relação com suas percepções sobre os profissionais que realizaram a ultrassonografia. Porém, tanto o relacionamento gestante-obstetra como gestante-ultrassonografista interferiram no modo pelo qual as mulheres significaram sua vivência sobre exame. Os aspectos comportamentais e subjetivos do ultrassonografista foram mais decisivos no processamento da experiência pelas gestantes.

Alguns pontos tiveram recorrência no discurso. Notou-se que a forma pela qual o profissional conduziu o escaneamento foi uma variável importante na experiência da mulher.

A pessoa no começo [do exame] assim não entende muito bem. Mas quando [a médica] começa a explicar as partes, assim do corpo do neném. É legal. Bem interessante. É emocionante! É... inexplicável! (risos) Só sentindo e passando procê vê. Procê senti. Tem coisas que não dá pra explicar. Você tem que senti.
(G11)

Nesse caso, a gestante precisou da decodificação do médico sobre as imagens e obteve ajuda na tarefa, gerando satisfação com a conduta médica. As mulheres que não contaram com a explicação de informações médicas tenderam a ver o exame com maiores reservas.

Eu imaginava que... Que ela [a ultrassonografia] ia me dizer. Que, que a médica (...) Durante o exame fosse me explicando alguma coisa. Olha tá assim por isso. Que me explicasse o que tava acontecendo. Normalmente. Como um exame. E... e não...
(G1)

Notou-se no depoimento a surpresa gerada pelo embate entre o que foi imaginado sobre o exame e as sensações trazidas com a experimentação da situação. **A postura médica do ultrassonografista foi avaliada relacionada à condução do exame e a atenção destinada à mulher.**

Não [eu não via o monitor], então, eu olhava pra cara da... da minha amiga, né? Aí ela falava: não, tá tudo bem (risos). Eu tô vendo ele (risos). Aí eu falava... aí eu... e eu pensando: não, mas eu quero ver. **E aquilo tá me angustiando, ele falando com a, com a doutora... tá me angustiando. Era o doutor X e a doutora Z. E eles conversando e aquilo me angustiando** (risos). Eu tava muito angustiada, muito angustiada. Quando eu não tava vendo.
(G9)

De modo geral, os discursos mostraram que o comportamento do profissional que gerou maior incômodo nas gestantes foi a não comunicação com elas durante o exame, bem como a ocorrência de conversas na sala do escaneamento sem a inclusão da mulher. Dessa forma, as mulheres sentiram-se desobjetivadas, como se somente seus corpos estivessem sendo avaliados.

Ele [o ultrassonografista] só pediu pra mim deitar, pra mim levantar a camisa e tudo mais e começou a fazer o exame. Mas informação assim como que era, explicar assim direitinho como que era, não. Eles falavam entre eles só. (...) [Isso era] Estranho (risos). Parece que não tem ninguém ali, né? Que eles tão medindo a maca sozinha ali. Parece que não tem ninguém na sala. Só os dois. (...) É como se tivesse deixado de lado. Só sua barriga que interessa pra gente (risos) e pronto. Tipo assim. É muito estranho.
(G20)

Os níveis de satisfação dos exames estiveram ligados com comportamentos e atitudes do ultrassonografista. Devido à sua relação de contato direto com a gestante, é uma peculiaridade da ultrassonografia obstétrica a **manifestação da subjetividade do ultrassonografista**, fazendo com que aspectos pessoais do médico interfiram diretamente no modo como o procedimento é vivenciado. Nesse sentido, pensa-se que a

própria personalidade do profissional passa a ser levada em conta na *gestalt* feita pela mulher sobre qualidade de atendimento recebido.

A relevância atribuída pelas gestantes aos comportamentos e atitudes médicas já foi descoberta pela prática privada, como destaca CHAZAN (2007a), e está demonstrada na preocupação dos ultrassonografistas com a formação de uma clientela tanto de obstetras quanto de gestantes. Em sua etnografia, a autora descreve como os médicos se colocam durante o exame, relatando suas estratégias para alcançar satisfação nas futuras mães. Já no meio investigado, onde as gestantes recorreram a uma instituição pública de saúde, observa-se que os médicos pouco consideravam a questão.

Durante a análise, foram indagados alguns fatores que puderam ter contribuído diretamente para o não endereçamento dos ultrassonografistas aos aspectos emocionais da gestante no cenário estudado. Primeiramente, o local do exame era um hospital escola de renome em São Paulo, onde conseguir uma vaga era tarefa difícil⁴². Nesse sentido, a garantia do atendimento já deveria supostamente ser considerada motivo de contentamento para as mulheres, uma vez que, como assinala TANAKA (1995), no hospital escola as mulheres pagam a conta com a exploração de seus corpos em benefício da ciência. Como resultado, o atendimento pareceu ser realizado sem maiores preocupações com as impressões das mulheres aliado a falta de explicações sobre as condutas.

[G7 relata como foi o exame] Olha, primeiro foi uma, acho que foi, era uma médica. Daí ela, ela que conversou mais comigo. Daí eu fui perguntando: ai, cadê o braço dele? Aí ela mostrou o braço, mostrou a cabeça, mostrou a pern, a perninha dele. **E daí ela... acho que ela não tava entendendo muito daí ela... mandou eu, eu levantar e aí eu fui lá pro médico.** Daí o médico

⁴² Antes do início da pesquisa, a garantia de atendimento das gestantes encaminhadas do Centro de Saúde para essa instituição foi referida, pela equipe de enfermagem, como algo oscilante. Durante a coleta de dados, percebeu-se que as mulheres não relatavam dificuldades para a marcação de consultas, fato que chamou a atenção da pesquisadora devido à contradição com as informações obtidas previamente. Decidiu-se consultar novamente a equipe de enfermagem, que explicou que as vagas somente estavam disponíveis porque a instituição estava conduzindo uma grande pesquisa com gestantes no período que geralmente contemplava o primeiro ultrassom obstétrico.

ele era bem simpático também só que como eu já tinha perguntado pra ela daí eu nem, nem perguntei nada pra ele. (...) Mas ele fez tudo de novo. Passou o gel...
(G7)

Em segundo lugar, o modo de funcionamento da instituição interferiu nas opiniões das mulheres, como pode ser percebido na fala de G7. Ela descreve uma situação típica de uma clínica escola, onde os procedimentos são realizados por alunos, residentes e médicos. No entanto, as gestantes não sabem disso, o que pode levar a dúvidas e angústias quanto aos achados no exame e sobre a saúde materna e fetal. Nesse caso, ela não compreendeu o porquê de um novo escaneamento imediato, mas também não questionou o fato, sinal da adequação à hierarquia dominante.

O encaminhamento para novos exames de ultrassom foi uma temática delicada na vivência feminina sobre ele.

[Achei estranho pedirem outro exame] Tão rápido. Antes do meu médico [obstetra] pedi, né? (...) É estranho mesmo. É tanto que eu comentei com o meu esposo e ele achou estranho. Mas aí já que ele pediu, né? Segundo eles é que tá novinho demais não dá pra ver. (...) Mas aí... eu fiquei na dúvida porque [o ultrassonografista] pediu outra ultrassom. Seguido. Aí também eles não me falaram nada e marcou... a outra ultrassom. **Aí fiquei naquela dúvida. Preocupada**, fui pra casa. Aí cheguei lá e eu perguntei pra minha patroa: (...) O quê que tá acontecendo? Por quê que eles pediram outra ultrassom? (...) Mas foi muito emocionante você vê o bebezinho lá tão pequenininho (risos).
(G13)

Perguntei [ao médico sobre a necessidade de outro ultrassom em um mês] (risos). Eu tinha que perguntar. Ele falou assim: não, é mais pra... Eu perguntei pra ele o porquê. Até porque ela [minha sogra] já tinha me falado: nossa, mas um mês. Tão rápido assim? Eu falei: não é possível. **Mas tem alguma coisa de errado**. Perguntei de novo se tinha alguma coisa de errado porque tá... marcou pra um mês. Então eu num acho... não sei, né? Não tenho noção. E ele falou assim: não, é um exame normal. Pra gente ver formação. O mesmo... não sei se pros mesmos dados ou se pra dados novos. E ele explicou direitinho.
(...) Ah, tá tudo bem. A gente tem sempre que confirmar duas vezes (risos). Tá tudo bem mesmo? (...) Mas tava. (...) Fala: não, tá tudo bem, tá ótimo. É melhor. Não fica aquela coisa na cabeça.
(G17)

Observou-se que um novo encaminhamento gerou incompreensão e medo nas gestantes sobre possíveis adversidades na gestação ou na saúde do bebê, mesmo tendo sido

assegurado a elas de que tudo estava normal⁴³. Diante do quadro de angústia e incerteza, é curioso destacar que essas mulheres atribuem características positivas ao momento de investigação e a possibilidade de verem seus bebês. Os temores e angústias aparecem no discurso, tendo maior destaque em reação a algumas perguntas da pesquisa, como será discutido no próximo capítulo.

Acredita-se que a forma como o médico solicitou os novos exames aconteceu de modo autoritário e assustador, pois ao não fornecer explicações para a mulher ele abre brechas para a elaboração de qualquer tipo de fantasia. A preocupação das mulheres sobre novos escaneamentos foi algo marcante no discurso, fato que vai ao encontro dos dados disponíveis na literatura (GARCIA, 2002). Novos exames podem gerar falta de confiança nas mulheres sobre a saúde de seus filhos e frustração. O impacto disso pôde ser visto ao final de determinadas coletas de dados. Ao terminar a entrevista, quatro gestantes, para quem haviam sido prescritos novos ultrassons, perguntaram a pesquisadora sobre as possíveis razões que levam os médicos a requerer um outro escaneamento⁴⁴. Infelizmente, tais dados não foram gravados, uma vez que a coleta

⁴³ É importante explicitar que, por vezes, a diferença temporal dos exames era curtíssima, chegando a uma semana. Por essa razão, os encaminhamentos precoces também intrigaram a pesquisadora que compartilhou tal questão com a equipe de enfermagem, que não sabia precisar os motivos para essa conduta. Entretanto, a equipe sabia que não havia sido encontrado nada de errado com a gravidez na ultrassonografia, pois nesses casos, as mulheres passam automaticamente a freqüentar o pré-natal naquele outro local. Poucas são as que retornam informando a mudança. Após um período de tempo, uma das gestantes contou à pesquisadora que os novos exames eram marcados de acordo com a idade gestacional da mulher, que precisava responder à necessidade da pesquisa que estava sendo conduzida naquela instituição. Ela forneceu esse dado após a entrevista, mas durante a mesma ela faz a seguinte referência a pesquisa: “[Após o exame, o ultrassonografista] pediu se podia eu preencher uma ficha pra eles fazer um estudo, mas que isso não tinha nada a ver [com meu exame]... Eu tenho certeza que eu preenchi tudo errado (risos). Eu tenho certeza. Tanto é que a outra vez que eu voltar e for o mesmo eu vou pedir desculpa. Imagina que eu tinha lá cabeça pra preencher alguma ficha. Eu tinha certeza, tenho certeza que eu preenchi tudo errado. Eu fiquei muito emocionada mesmo”. Contudo, isso não foi dito a todas as mulheres, somente a G16. Mesmo com essa informação, ela mostrou-se bastante incomodada com o novo escaneamento.

⁴⁴ Novamente percebe-se a identificação, feita pelas mulheres, da pesquisadora como um membro da equipe de saúde, uma vez que há atribuição de um lugar de saber. Nesses casos, mais uma vez foi explicado as mulheres que a pesquisadora não trabalhava no local e não possuía nenhum tipo de informação sobre os exames realizados por elas ou sobre seu pré-natal. Mesmo assim, a pesquisadora ouviu a todos os questionamentos e dúvidas que elas apresentaram após a coleta, respondendo o que era possível e acolhendo as angústias apresentadas. É importante destacar que mesmo a pesquisadora sentiu-se

estava encerrada e por isso não serão aqui descritos. Nessa conversas finais, percebeu-se a necessidade das grávidas em ouvir que tudo estava bem com o bebê, pois o sofrimento gerado pelo não entendimento da situação foi imenso⁴⁵. Imagina-se que os médicos, por vezes, não percebem os reflexos de suas posturas no psiquismo da mulher, não enxergando sua subjetividade e causando danos emocionais. As gestantes são marcadas pelo poder médico. “(...) a clínica foi sendo gradativamente substituída pelas novas tecnologias, principalmente na obstetrícia, com o advento das máquinas geradoras de imagens; com isto, a história da doença foi perdendo a importância – as imagens passaram a ser o bisturi do clínico (...) a gestante tornou-se a-histórica” (TANAKA, 1995, p.99).

Como esperado, a consequência desse processo de desubjetivação da mulher frente à objetivação do exame e as necessidades médicas, leva à insegurança da mulher sobre sua gestação. Nesse sentido, **na opinião das mulheres, o dado mais importante fornecido pelo ultrassonografista foi a confirmação de que o bebê estava bem.**

Quando a médica falou que tava tudo bem com o neném [foi o momento mais importante do exame]. Que eu tava preocupada. (...) Que não adiantava só eu olhar, entendeu? (...) foi mais quando ela falou: (...) Tá aqui, tá bem, o coração tá batendo e tal. Tá tudo certo com o seu neném. Tá com saúde. (...) Acho que um complementa o outro. (...) Cê vê a imagem e o médico falar. Que o neném tá bem ou não, essas coisas.
(G5)

Quando ela [da médica] disse que tava tudo bem. (risos) Eu não ia ficar satisfeita, só em ver e de repente não ter nenhum parecer dela também (...) Se fosse pra escolher entre saber se tava tudo bem ou ver eu ia procurar só saber.
(G6)

Mas depois que mesmo, mesmo eu não, mesmo eu não estando vendo a imagem ela falou que tava tudo bem aí eu... já fiquei tranqüila (risos). Pra mim só bastava ela falar que tava tudo bem
(risos).
(G9)

confusa e com dificuldades de encaminhar a questão, uma vez que não sabia detalhadamente sobre a outra pesquisa em andamento.

⁴⁵ Pode-se inferir que esse sofrimento foi um efeito danoso gerado pela pesquisa da instituição responsável pela realização da ultrassonografia.

Outros médicos não forneceram avaliações diagnósticas sobre a saúde do feto.

Hum, não [a médica não falou se o bebê estava bem]. Não. Só a notícia que eu estava grávida e...
E só. E o mioma. E mais nada.
(G4)

Não [o médico não falou durante o exame que tava tudo bem com o bebê]. Pelo que eu li [no laudo], né? Ele não falou. Eu mesmo li. Tava tudo bem, aparência normal, aspecto normal, sem deficiência. Falou o sexo. Pelo laudo que ele deu que eu li tava tudo bem. Mas não que ele tenha falado. (...) Mas aí depois ele assim... ele só terminou o exame. Ele falou que tava tudo bem. Só assim... tá tudo bem e pode ir... e deu o exame assim.
(G20)

É interessante apontar que a interação direta entre gestante-ultrassonografista gerou novos efeitos, as mulheres remeteram a esse profissional a tarefa de dar o aval sobre a saúde do bebê, reconfigurando seu papel. Primeiramente, a ultrassonografia possibilita que o médico forneça o diagnóstico em tempo real, e, as mulheres, conscientes disso, já esperam ouvi-lo. Em segundo lugar, observou-se que as mulheres também lêem previamente o laudo do exame. O processo de espera pelo resultado da avaliação foi encurtado e o **vínculo de confiança e responsabilidade sobre o pré-natal é deslocado do obstetra para o ultrassonografista.**

Com essa transformação, as mulheres esperam certezas com o exame e cuidados do ultrassonografista. Elas percebem suas características subjetivas e fazem uma avaliação pessoal, comparando-os, por vezes, ao obstetra. Inclusive, determinadas mulheres afirmaram gostar mais desse atendimento do que o de seus médicos, já conhecidos.

Ele [ultrassonografista] foi um excelente. Um amor mesmo assim comigo. (...) Aí ele olhava pro assistente, ele ia falando o tamanho, não sei o que, não sei o que... Foi me emocionando. Aí chegou uma hora que ele perguntou se eu tava passando bem (risos). Porque... eu fiquei sabe? Eu chorei. Eu chorei mesmo assim. (...) Foi uma sensação muito boa. (...) Quando eu cheguei em casa eu me arrependi de não ter feito várias perguntas.
(G16)

O ultrassonografista tem papel de destaque na gravidez: ele passa a conhecer dados sobre os quais as gestantes não têm acesso. Com isso, elas acreditam que eles comunicariam a descoberta de possíveis problemas com o bebê, informação delicada, ao mesmo tempo em que esperam ouvir que tudo está bem.

O bebê. A cabecinha, os braços, tudo. E o médico falar: ah, tá aqui. Tá bem. Pra saber se o bebê tá bem. De ver, e a médica ver e falar que tá bem, entendeu? Eu sei que se não tivesse bem a médica na hora ia... eu acho, né? Quando é negativo acho que também ela fala na hora. Que, ah, deu.... deu uma coisinha errada, essas coisas.
(G5)

Se tiver com algum problema [com a saúde da criança], se for alguma gravidez de risco, eu acho que o médico fala pra gente, né? Eu acho que é isso, não é?(...) Que se ele tivesse assim tipo alguma gravidez de risco eu acho que ele tinha me falado.
(G7)

O foco do relacionamento gestante-ultrassonografista também foi um achado apresentado por CHAZAN (2007a), que apresenta características de suas interações. Em um dos exames retratados a gestante chega a dizer que seu médico é o ultrassonografista, já que é ele quem lhe mostra o bebê. Percebe-se que esse profissional adquire cada vez mais destaque no contexto da gravidez, tendo seus ditos e saberes valorizados, uma vez que ele tem o poder de “ver” o que ocorre no interior do corpo feminino. Surge novo vínculo mediado pela tecnologia.

Apenas uma dentre as vinte entrevistadas atribuiu ao obstetra a função de dar o aval final sobre a saúde de seu filho, indicando o vínculo clínico estabelecido com ele.

Eu acho [que o ponto mais importante do exame] vai ser agora quando o médico [obstetra] vê [o laudo] e me fala, né? Me fala... alguma coisa sobre o exame. (...) É importante, né? **Essa participação do médico é importante.** (...) Quando eu mostrar pro médico aí que [o ultrassom] vai ser... terminado, né?
(G12)

A gestante utiliza a palavra participação, sugerindo uma complementação ao que já foi dito durante o exame. Essa fala permite a compreensão sobre os novos lugares de obstetra e ultrassonografista no atendimento da mulher. O enfraquecimento do papel do

obstetra na gravidez pode ser analisado como um processo em andamento, como discutido por TANAKA (1995). A autora discorre sobre o declínio da clínica na assistência à mulher, notado na substituição de um bom atendimento médico pela prescrição contínua de exames de apoio diagnóstico. Em sua opinião, a lógica de gerenciamento do setor privado, que visa o lucro, interferiu diretamente no atendimento clínico, que foi perdendo gradativamente sua importância, processo esse que foi replicado para o setor público.

Ao lado disso, a partir dos anos de 1960, pode-se pensar que várias forças articuladas ainda contribuíram para o enfraquecimento da clínica: a entrada dos convênios, o desmonte da medicina pública, a modificação no ensino médico com olhar cientificista, a indústria dos fármacos e a própria política nacional dominada pelo período da ditadura militar. Tais fatores remodelaram as condições de trabalho dos médicos, interferindo diretamente na qualidade do serviço prestado.

De acordo com TANAKA (1995), o avanço tecnológico e a incorporação de equipamentos são pontos decisivos na remodelação da assistência, desde o atendimento propriamente dito até a forma de organização dos serviços de saúde. “O setor da medicina neoliberal, devido às condições de financiamento e custeio, são favorecidos na incorporação de tecnologias” (TANAKA, 1995, p.66). O bojo desse movimento trazia a necessidade de consumo de tecnologias e o desmerecimento da clínica, o que pode ser confirmado pela bateria de exames diagnósticos pedidos pelo médico antes mesmo da consulta. Pensa-se que esse comportamento mercadológico tem como efeito a construção de uma noção social onde os exames são capazes de fechar diagnósticos, substituindo o valor da conduta clínica.

O crescimento do consumo de tecnologias pode ser entendido, portanto, como algo que traz mais lucros ao serviço, o que parece ser mais importante do que os potenciais benefícios aos sujeitos, onerando ainda o sistema de saúde. Ainda é algo capaz de

mostrar a difusão de estratégias de medicalização, cada vez mais pautadas no uso de recursos tecnológicos. Como destaca ILLICH (1975) a medicalização é exatamente o resultado da paralisia da produção de valores usados pelo homem frente ao uso abusivo de mercadorias por ele criadas. Nesse sentido, os médicos também acabam afetados pelo sistema estabelecido, uma vez que os pedidos de exames também podem ser entendidos como uma forma de compensação pela má qualidade e rapidez dos atendimentos.

Diante disso, pensa-se que é preciso fortalecer a clínica, o que implica um novo olhar sobre a gestante.

[Fazer o pré-natal a tranquiliza] Porque pelo menos eu sei que tô sendo acompanhada pelo médico. Porque se alguma coisa que alterar ele já vai pedir algum exame, alguma coisa. Então vai ser mais fácil de descobrir e de, se for o caso, tentar fazer alguma coisa pra melhorar... o quadro.
(G5)

[Quero] Fazer o pré-natal, tudo direitinho pra não, num ter nenhum problema... sei lá... pra mim, pro bebê também. (...) [O pré-natal] Pode prevenir [doenças] porque eles [os médicos] vão te orientar mais. Por exemplo, pra mim que é a primeira vez eu não sei de nada, né? Então, precisa de sempre te alguém experiente, um médico pra te orientar.
(G20)

Defende-se que a qualidade do relacionamento entre gestante e obstetra é fundamental para a evolução de um pré-natal satisfatório. Nesse sentido, o lugar dado a ultrassonografia deve ser o mesmo destinado a um exame diagnóstico complementar, saindo do foco central do pré-natal. Não obstante, sabe-se que em uma cultura solidificada na visualidade, medicalização e vigilância, tal reconstrução é um desafio.

No caso da ultrassonografia obstétrica, pensa-se que a importância desses aspectos ganha força por um desencontro no olhar médico e das mulheres sobre o procedimento. A experiência e objetivos das mulheres diante do ultrassom são diferentes dos da equipe médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; ERIKSON, 2007; NICOL, 2008). **Eis o centro do embate: enquanto as gestantes olham as imagens para aprender a**

enxergar um bebê, os médicos vêem um feto a ser avaliado em sua viabilidade.

Essas diferentes representações entre médicos e gestantes sobre o exame levam ao conflito epistemológico entre o que é observado: um bebê, um feto ou puramente uma imagem.

Eu fui vendo [o monitor] o tempo todo. Aí a moça que tava fazendo a ultrassom chamou o médico e falou: **eu tô vendo aqui um... falou um dizer lá que eles falam. Um feto, um embrião, alguma coisa, de 42 milímetros.**
(G13)

Então, quando eu cheguei lá [no exame de ultrassom]... eu esperei um pouco. Aí o médico, a o médico muito, muito gente fina, uma jeo, um Jeová. (...) Aí ele passou gel na minha barriga. Foi passando na tela. Ele me mostrando: ô, mãe, ô. **E eles chamam, acho que não chamam... chama feto, né?**
(G18)

As gestantes estranham o modo como os médicos se referem aos seus filhos, retratados como “fetos coisificados”. Exatamente por essa confusão ser complexa e, por vezes sutil, a divergência de objetivos e dos lugares dados ao ultrassom e a subjetividade do profissional aparecem no discurso de modo conflituoso. As mulheres esperam ver o bebê, bom atendimento e o reforço diagnóstico de que tudo está bem com seu filho. Os médicos desejam coletar medidas, analisar parâmetros e avaliar o feto. Como assinala ERIKSON (2007): todos vêem as mesmas imagens, mas as mensagens a ela endereçadas são de ordens diferentes.

Esse desencontro é sinal da assimetria existente nas posições de médico – detentor do saber e foco de poder – e gestante – pessoa leiga que será submetida ao que for necessário, um corpo aberto à manipulação. Nesse sentido, a relação médico-paciente pode ser considerada uma idealização, uma vez que o médico se relaciona com uma doença ou patologia e não com o sujeito. No caso da ultrassonografia isso é mais complicado, pois a relação do médico, muitas vezes, é focada apenas em uma imagem.

5.3 POSSIBILIDADES DAS GESTANTES FRENTE AO PODER MÉDICO

Nesta investigação, determinadas gestantes apresentaram um discurso de questionamento a respeito de seus papéis e de suas possibilidades frente ao poder médico. Elas demandam assistência de qualidade com foco na mulher e no bebê, mas percebe-se que na prática isso não ocorreu. Cercadas por relações de assimetria, elas pouco puderam fazer para conseguir um espaço de existência.

Simplesmente por passar aqui no médico eu já fico ansiosa. Fui tirar minha pressão eu já estava... Mas não de ficar imaginando... sabe? **É o ambiente, com o médico mesmo que me deixa assim.**
(G6)

O ambiente médico é percebido como algo que dá medo, que intimida a mulher. Tal percepção pode estar calcada na própria forma de estruturação das organizações de saúde. BOLTANSKI (2004), apoiado nas idéias de A. L. Strauss, aponta que as instituições se organizam de modo a privilegiar o ponto de vista dos médicos, sem minimizar a angústias dos doentes, que são encaixados em rotinas e normas pré-estabelecidas. Exemplos claros podem ser observados no preenchimento de fichas, na distribuição espacial dos departamentos, nas longas filas e nos protocolos de atendimento. Nesse sistema, os doentes pobres não têm como escapar, pois a possibilidade de questionamento é pequena⁴⁶.

Percebe-se que o ambiente médico das classes populares propicia um cenário de tensão, onde a gestante e seus familiares ficam desprovidos de recursos próprios. Nesse contexto, pode-se pensar que a autonomia pode estar ameaçada, pois a liberdade de escolha sobre condutas e procedimentos é, por vezes, limitada. Diante disso, as mulheres apresentam diversos modos de agir, apontando possibilidades.

⁴⁶ A dificuldade em confrontar a organização institucional pode ser vista no depoimento de G20 página 159.

Durante o exame de ultrassom, o silêncio dos médicos era visto como um problema considerável. Nesses momentos, as mulheres ficavam receosas de que algo pudesse estar errado com o bebê.

Eu imagino que se ela [a ultrassonografista] não tivesse falado nada eu acho que eu ia pirar. Mas tá bem, será? Será que não tem nada errado? Então, acho que é mui, muito importante ela falar...
na hora.
(G5)

A fala de G20 foi escolhida porque ilustra de modo interessante e sintético o processo retratado no discurso de outras gestantes diante do silêncio do médico.

Assim, a gente fica meio preocupada, né? Porque (risos) se o médico fica quieto. (...) **A gente fica meia preocupada porque assim talvez o silêncio pode significar alguma coisa.** E pra quem assim... é meio ruim (risos). É complicado assim que... dá uma preocupação. A gente que já tá meio alterada assim, que já tá fazendo o primeiro ultrassom e tudo mais o médico não fala nada... dá uma preocupação. (...) Ele ficou quieto durante... durante a ultrassom.
(G20)

Em reação a essa situação, uma saída encontrada foi tentar **estabelecer uma relação verbal com os médicos** com o foco nas características do bebê.

[Frente ao silêncio dos médicos] aí eu perguntei: ah, dá pra ver o sexo? Ah, que tamanho que tá? Aí ela [a enfermeira] me respondia. Assim... respondia, mas... ponto final. Resposta, ponto final. Não tinha como continuar o assunto ou tipo assim... Não dava nenhuma esperança de falar mais alguma coisa. Era só... (...)
(G20)

É importante destacar que nessa interação quem responde as questões da mulher é a enfermeira e não o médico. Tal fato é conflituoso, pois se percebe que elas foram endereçadas ao último. Todavia, a enfermeira não deu espaço para o surgimento de um diálogo o que silenciou a gestante, deixando sua subjetividade inexistente no ambiente.

[Isso limitou minhas perguntas] Também, né? Porque você fica sem graça de ficar perguntando. É como se eu tivesse sendo chato. Fica perguntando, por exemplo, ah, qual é o seu nome? É... Vanessa. Pronto. Sinal de que a pessoa não quer conversar, não quer... não quer dar... introduzir o assunto, não quer falar mais nada. Você fica sem graça de ficar tendo... sendo como chato.
(G20)

Os efeitos dessa conduta médica podem ser danosos às mulheres, já que o conhecimento sobre a gravidez está articulado socialmente ao saber médico. O estudo de WATSON et al. (2002) concluiu que as mulheres necessitam vitalmente de explicações médicas sobre a saúde do bebê. O estudo investigou a comunicação entre médico e gestante nos casos onde se suspeitou da existência de pequenas anormalidades fetais. Verificou-se que as mulheres que receberam informações dizendo que seus bebês provavelmente estavam bem ficaram significativamente menos ansiosas sobre seus filhos quando comparadas as que não receberam essa informação. Os médicos devem estar atentos aos possíveis efeitos resultantes de sua postura profissional sobre a gestante.

Durante o exame da ultrassonografia as mulheres narraram diversas sensações relacionadas ao ambiente médico e às condutas médicas adotadas e suas reações frente a elas. Em uma situação de submissão e de ausência de voz da mulher, uma saída vislumbrada foi o desejo de abandonar o exame de ultrassom.

Eu ia perguntar o quê (risos)? Eu fico... você fica até sem reação. O que eu queria era sair da sala. Entende? Elas acabam assustando as... as... as mã... mães, as pessoas.
(G1)

O sentimento de insatisfação apareceu de modo freqüente quando ligado à temática da falta de informações sobre o exame, descrito anteriormente. Essa postura médica acaba assustando a mulher, gerando múltiplas fantasias e levando ao desagrado. Uma possibilidade encontrada pelas mulheres pode ter sido a confiança em sua própria capacidade de decodificação das imagens.

Não [não pensou que o bebê não estivesse bem]. (...) Isso eu não pensei. Mas eu não pensei não é porque me falaram nada. É exatamente porque eu vi. Então eu pensei comigo...tem... não sei... não sei porquê. Eu pensei que num, não tava... que tava tudo bem e... aparentemente... que tava tudo bem. **Então se eu tava vendo que tava tudo bem eu queria acreditar que estava tudo bem. Porque já que ninguém me falou nada...**
(G1)

Nesse caso, a gestante recorreu à visualidade como uma certeza que tranquiliza. Imagina-se que tal comportamento aparece como uma forma de empoderamento frente à situação de ausência de dados sobre a saúde do bebê, elemento vital para a percepção sobre o exame.

Não obstante, analisando outros discursos, percebe-se que essa busca por informações aparece, para determinadas gestantes, como algo interminável: elas querem ouvir sempre mais. Em algumas mulheres, essa insatisfação, relacionada à noção de algo faltou no exame, vem de forma indiscriminada, sem definições precisas sobre o que estava ausente.

Fiquei [com dúvidas sobre o exame de ultrassom]. Fiquei porque eu só perguntei se era menina. Como que ele sabia, não é? Como que dava pra ver? E ele não me explicou. (...) Passava lá o negocinho. E isso que eu queria saber. Como que sabia, né? Por quê que ela tava naquela posição? Se ela ia... Como é, quando ela ia começar a mexer? (...) Só que ele não deu espaço pra perguntar isso (...) Então, eu saí de lá meio assim, né? Não adianta você falar pra mim: ah, é menina. Eu sei que é menina, mas eu quero saber o porquê da posição. Por quê que ela fica assim, não é? Tipo, eu (risos)... eu tenho dúvida em saber como é que faz xixi, cocô, por onde que faz... (...) Por onde é que sai? Como? Se quando eu faço xixi se ela faz. Se quando eu faço cocô ela faz? Sabe? (...) É, porque pô... eu queria saber mais coisa. Queria não. Eu quero, né?
(G19)

Parece que elas esperavam um ritual de fato: **as gestantes esperam que os médicos façam um tour sobre o feto**, no sentido de uma apresentação social. Acredita-se que a sensação de não discriminação mencionada pelas mulheres dizia respeito à ausência da subjetivação e do envolvimento médico. Nesse sentido, também aparecem dúvidas relacionadas ao exame.

Ele [o ultrassonografista] só fez o que tinha que fazer. E num... assim... não conversou, num... num falou o resultado, nem nada.
(...) Porque eu queria ouvir uma resposta dele, mas não que... não que eu tenha ficado assim com alguma dúvida. Acho que não, mas... uma resposta dele seria bem melhor (risos). (...) Assim, sobre o exame, como que foi. Se tá... realmente tá tudo bem. Se... sei lá. Se era pra mim prevenir alguma coisa... (...) Alguma dica... alguma... sobre como que foi o exame. Sobre como que o bebê tá. Sobre o tamanho e tudo mais. Ouvir dele assim o que tava no laudo. Mas da boca dele.
(G20)

Percebe-se que, como as gestantes não conhecem tecnicamente o alcance e as limitações do ultrassom, elas têm dificuldade de explicitar com clareza quais seriam as suas dúvidas e desejos em relação ao procedimento. Quando não se tem clareza do objeto, há dificuldade de delimitá-lo e conseqüentemente de recortá-lo para então formular um apontamento acerca do problema. Tal fato é agravado pelo distanciamento médico do ultrassonografista.

Com relação ao atendimento do obstetra, frente ao incômodo, **determinadas mulheres recorreram à equipe de enfermagem.**

Eu acabei de falar com as meninas [auxiliares de enfermagem]. Eu venho com uma dúvida e volto pior. (...) Eu não me sinto a vontade pra falar com o meu médico. Ele não dá essa chance (...) Eu conversei até com as meninas [auxiliares de enfermagem] [que eu quero mudar de médico]. Mas ela diz que o outro [obstetra] é mais ou menos assim também então fica meio complicado. Depende o dia, o jeito que eles tá (...) Então hoje eu vim decidida a pedir pra trocar.
(G16)

Pensa-se que diante dos saberes e dos ditos médicos as mulheres podem sentir-se impotentes. Assim, acredita-se que outro ponto importante que contribui para a sensação de incômodo e insatisfação das gestantes perante aos atendimentos está nas relações de poder institucionais. Em seu trabalho NICOL (2007) defende que as mulheres podem ficar vulneráveis em ambientes médicos devido à força das relações hierárquicas existentes nas instituições de saúde.

Na visão da autora, as relações de gênero influenciam a submissão das mulheres ao poder médico. Os médicos, geralmente homens, costumam ser identificados com líderes que detém um conhecimento dominante sobre a situação. Enquanto isso, enfermeiras, em sua maioria do sexo feminino são consideradas mais cuidadosas e emotivas. Neste sentido, é curioso como algumas gestantes da pesquisa se referiram às auxiliares de enfermagem usando o termo ‘meninas’, sugerindo uma proximidade hierárquica. Sob a premissa de que as relações entre médico e sujeito são sempre assimétricas na

assistência, levando a diferentes reações nos envolvidos, pode-se compreender a insatisfação das mulheres e suas tentativas de socorro frente à equipe de enfermagem.

Nos países onde ultrassonografistas podem ou não ter formação médica, NICOL (2007) aponta que eles podem variar nos dois perfis, o que dificulta a comunicação, uma vez que não se sabe quais relações poderão ser estabelecidas com aquele profissional. De modo geral, como eles têm conhecimento em seu campo de atuação, eles se tornam uma fonte poderosa de expertise, sendo valorizados. Em seu estudo, a autora investigou primigestas submetidas ao ultrassom obstétrico. Ela concluiu que as mulheres estão vulneráveis aos testes de vigilância por duas razões: primeiramente pela questão de gênero, e em segundo lugar, pela inexperiência da gravidez do primeiro filho. Assim, elas formariam um grupo vulnerável, que tende a não questionar o atendimento médico. O mesmo achado foi encontrado nesta investigação.

Para além da análise de gênero pode-se compreender esse fenômeno na perspectiva sócio-econômica proposta por BOLTANSKI (2004). A recusa em fornecer explicações médicas e o parcelamento de informações, leva o doente a elaborar um discurso fragmentado e deslegitimado, por meio de um rearranjo de interpretações sobre sua condição. Nessa tarefa, ele utiliza palavras-chave do discurso médico, científico e hierárquico, preenchendo com seus saberes, o vazio existente entre as proposições. O doente tem consciência da fraqueza de seu saber, formado por categorias simples de conhecimentos, o que contribui ativamente para entrar o processo de elaboração e verbalização sobre o adoecimento e o corpo.

Como visto no caso da tecnologia de ultrassom, o papel da informação está vinculado ao saber, importante aspecto na vivência das gestantes. A partir do momento que o exame é considerado algo normal, pertencente a uma rotina estabelecida e a um campo de saber delimitado, parece que ele simplesmente não precisa ser explicado à gestante, que pode entendê-lo como um procedimento trivial. Pode-se concluir que as mulheres se submetem aos exames de ultrassom pela influência da cultura médica, visual, do

estabelecimento de uma rotina de pré-natal e de características sociais que atuam conjuntamente como pressões externas, assim como levantado por NICOL (2007).

O saber, como fonte de poder, deslegitima a mulher e reforça as estratégias de medicalização, especialmente nas classes populares. Como retrata BOLTANSKI (2004), é extremamente difícil ocorrer uma apropriação de saber nesse segmento, devido a diversos fatores estruturais como: a estratificação social, as diferenças no acesso ao ensino, questões econômicas e sociais modelando comportamentos e atitudes. Para ILLICH (1975), a sociedade é ensinada a desejar os produtos criados pela empresa médica, o que leva ao consumo abusivo de atos médicos.

Essa confluência de fatores pode levar a mulher a futuros questionamentos sobre a gravidez e a criação de expectativas sobre o exame em si e sobre a postura médica. Verificou-se que o ultrassom é uma tecnologia na qual os aspectos pessoais do profissional são importantes para a vivência das mulheres. De modo geral, elas gostaram do exame e sentiram experiências positivas relacionadas a ele. Quando investigado mais profundamente, o discurso mostrou angústias e incômodos relacionados à forma como o exame foi realizado, incluindo o papel do obstetra e do ultrassonografista. Os saberes médicos prevaleceram novamente sobre a subjetividade da gestante, o que levou a diversos sentimentos e ações como o silêncio e a raiva, ou atitudes de conversa com a equipe médica e a enfermagem.

Conforme o saber médico resignifica a vivência da gravidez e do ultrassom, percebe-se que o processo de fortalecimento da Medicina Fetal como disciplina médica é indiscutível. Os corpos estão cada vez mais monitorados em um espaço-tempo controlado. As possíveis consequências e riscos associados ao uso dessa tecnologia foram investigados no discurso das gestantes, na tentativa de desvelar o entendimento delas acerca desse aspecto, como será discutido no próximo capítulo.

6. SOBRE A QUESTÃO DO RISCO NO USO DO ULTRASSOM: PERIGOS VISÍVEIS E INVISÍVEIS

Neste capítulo serão apresentados os polissêmicos discursos ligados ao conceito de risco no uso do ultrassom, bem como elementos de vulnerabilidade que afetam às mulheres durante ou após a realização do exame. Será discutida ainda a questão da avaliação da saúde do feto, os significados atribuídos a isso e os reflexos da existência de possíveis dilemas éticos e morais associados aos resultados do exame e a tecnologia em si.

6.1 INVESTIGANDO O CONCEITO DE RISCO

A literatura considera que o “risco gravídico” pode ser aumentado ou diminuído de acordo com as condições físicas, emocionais, econômicas e/ou sociais da mulher. De acordo com essas variáveis, poderia ser traçado um planejamento sobre a gravidez e parto das mulheres, o que evitaria maiores transtornos à saúde da dupla mãe-bebê (TANAKA, 1995). Pode ser usado como um balizador de atendimento e acesso das mulheres aos serviços de saúde, sendo utilizado até os dias atuais para a definição de procedimentos e encaminhamentos na área médica, entre elas a recomendação de exames ultrassonográficos, analisado no capítulo teórico.

Sabe-se que o conceito de risco não é unanimidade no campo das ciências sociais. O estudo desse conceito e da idéia de uma cultura de risco recai em uma complexa discussão por diversas áreas do conhecimento, não fazendo parte do escopo deste trabalho. Dentro desta pesquisa o objetivo ficou centrado em entender como o termo “risco” foi compreendido pelas mulheres, optando-se por não discutir esse termo em sua essência. O recorte foi escolhido porque quando se fala em risco na sociedade atual, a idéia de algo perigoso, danoso, vem à tona. Assim, o foco desse eixo de análise foi

exatamente avaliar como as gestantes percebiam a noção de risco associado ao uso da tecnologia de ultrassom e também se essa era ou não uma preocupação das mesmas.

Das vinte gestantes entrevistadas, nove afirmaram sem delongas que **o exame de ultrassom não traz nenhum tipo de risco**. A resposta pareceu ser dada facilmente, em alguns momentos parecendo óbvia. Após a realização das entrevistas, percebeu-se que esse tópico foi recebido de modo diferente na investigação, pois as gestantes demonstraram reações de estranhamento a essa pergunta. A sensação transmitida à pesquisadora era de que tal resposta era tão clara que não precisava ter sido perguntada.

P – A senhora acha que o exame de ultrassom pode trazer algum tipo de risco?

G7 – Eu acho que não.

P – Por quê?

G7 – De jeito nenhum. (...) **Eu, eu não sei te explicar porque, mas eu acho que não**. De jeito nenhum. (risos)
(G7)

Não, acho que não [o ultrassom não traz riscos]. Que risco poderia trazer? (risos) Acho que não.
(G11)

Dentre essas nove gestantes, quatro ainda complementaram as respostas dizendo que nunca haviam pensado sobre esse ponto, o que reforça ainda mais a **inquestionabilidade** acerca do procedimento.

Eu num... eu não imaginei [que o ultrassom trouxesse riscos]. Não me passou por a cabeça essa parte aí de risco (risos).
(G13)

P – Você acha que o ultrassom pode trazer algum tipo de risco?

G19 – Ah, isso aí eu já não sei te dizer, entendeu? Não sei.

P – Você já pensou sobre isso?

G19 – Não. Não sei te falar.
(G19)

Observa-se que a idéia de **inquestionabilidade** do ultrassom é algo difundido nos discursos, o que permite entender o comportamento passivo das gestantes quanto a sua

realização. Tal construção é curiosa, uma vez que o ultrassom é um procedimento de investigação médica assim como a ressonância ou a tomografia, técnicas que geram preocupações com relação à segurança do procedimento e do sujeito. Pode-se pensar que nesses casos, existe uma angústia do doente prévia ao exame, uma vez que se busca uma doença. No caso dos exames de ultrassonografia, não se busca uma doença, mas sim um momento de prazer, o descobrimento do feto. Acredita-se que esse novo foco influencia diretamente na construção da credibilidade do exame, articulação construída dentro de uma sociedade medicalizada que age no controle de hábitos e atitudes.

A suposta **inocuidade**, ou não periculosidade da ultrassonografia, é o ponto principal para garantir a submissão das mulheres ao procedimento e vem reforçado pela **noção de normalidade**, presente no discurso das mulheres. Como o exame é considerado algo prazeroso, tal visão descartaria qualquer possível mal que ele possa oferecer. A noção de normalidade e a contínua oferta de exames de ultrassonografia associam a tecnologia a algo inócuo, sem perigos a mãe ou ao bebê. A representação do ultrassom como algo benigno e inofensivo ao bebê vai ao encontro de dados da literatura (HARRIS et al., 2004; EKELIN et al., 2004). Desse modo, como destacam GARCIA et al. (2002), o ultrassom torna-se algo muito atraente para as mulheres e as famílias, pois é algo normal, ritualizado e inócuo.

Diversos elementos auxiliam na construção de um ideário de segurança sobre o escaneamento, entre eles a ausência de estudos sólidos que comprovem possíveis efeitos adversos oriundos do ultrassom (ENKIN, 2005). Outro ponto importante é a crença de que se uma tecnologia é utilizada em larga escala é porque sua segurança foi comprovada, etapa importante na inserção de novas tecnologias médicas até uma prática padronizada. Essa percepção foi relatada no discurso

Eu acho que [o ultrassom] não [traz riscos]. Eu espero que não também. (risos) (...) Pelo menos... na minha... porque assim, eu não sei muito, né? Nunca pesquisei, nunca parei pra pensar. (...) **Eu acho que se fosse, se tivesse algum risco, não fazia o exame, entendeu?** Ia ter tem um período certo, mas se pode fazer no começo... até no final, acho que não corre nenhum risco.
(G5)

O discurso da gestante mostra exatamente a idéia de que se o exame envolvesse riscos ele não seria realizado, o que nem sempre é real. Muitos exames envolvem riscos físicos, psicológicos, sociais e emocionais e mesmo assim são realizados. Os fatores que definem uma conduta médica são a necessidade do procedimento e a relação entre custo-benefício para o sujeito que receberá o procedimento.

O trabalho de PRESS e BROWNER (1997), utilizando o modelo do sociólogo John McKinlay, estudou os modos de inserção de um dos mais utilizados testes de pré-natal nos Estados Unidos, a dosagem de alfafetoproteína no soro materno. Esse procedimento é feito para investigar defeitos do tubo neural e outros transtornos de desenvolvimento. As autoras concluíram que algumas etapas são importantes na criação de uma rotina diagnóstica, como: o ideário de segurança sobre o procedimento, a noção de que ele é benéfico para todos, a forma de transmissão de conhecimentos sobre o mesmo pelos profissionais e pelas políticas institucionais, uma vez que esses aspectos moldam os entendimentos das mulheres e seus sentidos à respeito do exame. Pode-se pensar que esse modelo também poderia ser aplicado à tecnologia de ultrassom, pois essas características apareceram no discurso das mulheres facilitando sua aceitação como forma de rotina.

- Na minha opinião [o ultrassom] não [traz nenhum tipo de risco]. Pode? Taí. Tenho sim [uma dúvida] (risos). Se [o ultrassom] vai te trazer algum problema. (...) Se causa algum problema.
- P – Mas você já tinha pensado nisso antes de eu te perguntar?
G12 – Não. Não tinha.
- P – Por que não? Por quê que você acha que você nunca pensou sobre isso?
G12 – **Eu acho que porque tá incluído no pacote da gestação (risos) então eu acho que só iria fazer bem.**
- P – Falando no pacote da gestação, você acha que o ultrassom ele é obrigatório?
G12 – Ah eu acho que sim. Eu acho que sim. Tem que ter.
- P – Mas você acha que a mulher não pode deixar de fazer se ela quiser?
G12 – Olha, aí também é outra dúvida. Uma dúvida que eu não sei se pode ou se não pode, né? (...) Então, minha dúvida vai ser: esclarecer se ultrassom faz bem ou não a gestante (risos).
(G12)

Nesse depoimento percebem-se duas temáticas que circundaram algumas das entrevistas: a inocuidade do ultrassom e a obrigatoriedade do exame no ‘pacote da gestação’. Percebe-se que esses pontos aparecem como dúvidas ou incertezas após a interrogação direta da pesquisadora. Imagina-se que isso ocorre porque são temas pouco discutidos no pré-natal, em muitos casos simplesmente são suprimidos. Mesmo no encaminhamento, como observado, os motivos para a gestante realizar o exame praticamente não foram abordados pela equipe médica.

Devido à falta de explicações médicas, as informações obtidas socialmente formam o pano de fundo para a adesão das mulheres. Sobre o conceito de risco, uma das gestantes aponta como ele está difundido socialmente.

Num sei [se o exame de ultrassom pode trazer algum tipo de risco] porque... já me falaram que não é bom ficar fazendo sempre. Então eu num, num sei te falar isso porque realmente eu não, não tenho idéia.
(G10)

Nesse caso, ela sabe que não é bom fazer a ultrassonografia com frequência, mas não questiona a equipe sobre a veracidade desse dado. **Para as mulheres que discorreram sobre a possibilidade de risco no uso do ultrassom, verificou-se que esse conceito apresentou um caráter polissêmico, variando desde a probabilidade de uma falha do equipamento até o surgimento de dilemas éticos frente à descoberta de uma malformação fetal.**

Um choque?! Pode ser?! (risos) Não, a única coisa que me passou pela cabeça foi um choque, mas até aí...(risos). Na, na... do gel com a... maquininha (risos). Eu pensei. Não pensei, mas assim é o que me pode passar pela cabeça, sabe? Não sei se... se... se vai acontecer alguma coisa. Não acredito, mas... A única coisa me, que me parece provável que possa vir a acontecer é um choque, né? Até então eu acho que não sei... Não é possível.
(G1)

Essa gestante apontou o risco de uma falha no equipamento, levando ao choque elétrico. Outra mulher afirmou que o exame não traz riscos, mas associou essa questão com a dor sentida durante a realização do procedimento.

Eu imagino que [o ultrassom] não [traz riscos]. Acho que não. Fora apertarem minha barriga (risos). Que apertaram muito.
P – Doeu?
G20 – Doeu (risos).

Outras três mulheres discorreram a respeito dos possíveis efeitos gerados, segundo elas, pelo laser e pela radiação utilizados no ultrassom.

Não sei se [a ultrassonografia] prejudica o feto... assim muito... mas... quanto mais...nossa! É gostoso, né? (...) Nunca pensei [se prejudica o feto]. Nunca me informei também sei lá. (...) Acredito que hum... talvez em excesso sei lá. Acredito que possa, possa fazer sim. (...) Não sei se é laser né? (...) Não gostaria [de correr riscos]. Fala assim: ah, você pode fazer... por exemplo vai... dois por mês. Só que isso pode prejudicar o feto. Então, então não. Um? Prejudica? Não. Então tá bom, vou fazer um. Sei lá. Deixar meu orgulho de lado e... né? A gente espera, né? Ansiedade. Calma! (risos)
(G2)

(...) eu acredito que também da mesma maneira que ele [o ultrassom] é bom, também deve oferecer assim seu risco, seu lado... seu lado negativo da história, entendeu? Mas... eu curti.
(risos) Não vou falar que eu não curti.

P – Quais seriam os lados negativos da história?

G6 – Ah, eu acredito que deve mexer muito com a criança porque é radiação, né? Nesse sentido, sabe? (...)

Percebe-se que o discurso sinaliza a probabilidade de risco com algum tipo de dano trazido ao bebê pela ultrassonografia. Essa preocupação das mulheres corrobora os achados da literatura, apontados na revisão sistemática de GARCIA (2002), onde se verificou que uma minoria das gestantes apresentava tais sentimentos.

Sobre isso é curioso observar a fala de G6, pois ao mesmo tempo em que ela discorre sobre os virtuais riscos da tecnologia, ela também reafirma o prazer trazido com o escaneamento. Fica estabelecido um conflito entre o prazer de ver e a razão sobre a segurança, colocado ainda por G2. Tal dilema é retratado também na literatura (BEECH,

1999), que questiona a segurança das ondas emitidas pelo ultrassom e o desconhecimento das mulheres sobre essa potencial periculosidade, o que alimenta o desejo pelo procedimento.

Além dos efeitos trazidos pelas propriedades físicas e mecânicas da ultrassonografia, o conceito de risco ainda esteve associado ao potencial de descobrimento de malformações fetais.

[G6 conta como explicaria o exame para outra gestante] (...) se eu visse que ela também tivesse meio insegura eu ia procurar deixar claro que tanto pode... escutar coisas assim só agradáveis, como tá tudo bem. Quanto que é o momento de você ir preparada também... para ter uma... uma outra idéia a respeito do que tá acontecendo, né? (...)

P – Então você alertaria dos dois lados da moeda?

G6 – Huru. É. O lado gostoso sabe? E outro lado que você também tem que tar... psicologicamente ali... (G6)

Eu acho que sim [que o ultrassom traz risco]. Que tem muito ultrassom que mostra. Né? Então... se tiver alguma coisa o médico fala, né? Eu acho que sim, eu acho que existe sim... ultrassom que mostra como tá o filho, né? Como tá, se tá tudo bem. Então é isso. (G8)

A análise do discurso revela que as mulheres falam indiretamente sobre a possibilidade de descobertas de adversidades na gestação. Um olhar mais aprofundado permite perceber que o temor reside no achado de uma malformação fetal, o que envolve genericamente riscos. Essa percepção é relevante, uma vez que o diagnóstico do exame pode alterar o curso de uma gestação: a mulher seria intimada a pensar sobre decisões difíceis, como a continuidade da gravidez. Exatamente por isso, percebeu-se que para algumas mulheres essa questão suscitou angústias e questionamentos. Duas das gestantes, depois de questionadas sobre o risco no uso do ultrassom, devolveram a pergunta à pesquisadora, insistindo para que ela fornecesse uma resposta.

P – Você acha que o exame de ultrassom pode trazer algum tipo de risco?

G16 – Hum... Não sei. Pode?

P – Você nunca pensou nisso?

G16 – Nunca pensei nisso. (...) (risos)

Esse comportamento também foi demonstrado ao final da coleta de dados. Determinadas gestantes perguntaram à pesquisadora sobre a segurança do procedimento e sobre o número ideal de exames a ser realizado na gestação. Acredita-se que alguns elementos contribuíram para isso. O primeiro deles foi a identificação da pesquisadora com um membro da equipe médica, bem como devido ao fato dela ser uma profissional da área da saúde. O segundo foi pela forma de coleta de dados empregada, o formato de entrevista, onde pesquisadora estava interessada em ouvir às gestantes, valorizando o seu saber, as suas experiências. Nesse sentido, acredita-se que elas se sentiram olhadas como seres humanos e não como pacientes, base do encontro gestante-médico, apreciando o espaço dado para suas manifestações subjetivas. Imagina-se que, nesse contexto, a sensação de interação foi maior, permitindo que às mulheres falassem sobre seus sentimentos e angústias. Um terceiro ponto, que pode ter levado às mulheres a questionamentos mais aprofundados, pode ter sido o próprio efeito da pesquisa sobre o psiquismo das gestantes, já que essas precisaram discorrer sobre tópicos ainda em elaboração⁴⁷.

⁴⁷ Após o término da entrevista piloto, a gestante entrevistada afirmou que ficou refletindo sobre algumas questões trabalhadas na pesquisa, indicando que ela pode ter efeitos na mulher e na gravidez. Acredita-se que isso ocorre porque essa é uma investigação aprofundada e qualitativa, que pode trazer mudanças para o entrevistado e para o pesquisador, que constroem os dados conjuntamente. Esse fato foi levado em consideração previamente a realização de todas as entrevistas. Dados encontrados por ÖHMAN et al. (2006) indicaram que as mulheres gostaram de participar da pesquisa qualitativa por poderem falar sobre seus sentimentos, reduzindo a ansiedade. O mesmo aconteceu na presente pesquisa. Ao término das coletas as mulheres agradeciam dizendo que tinham se beneficiado da investigação. Algumas delas se ofereceram espontaneamente para novas entrevistas relacionadas aos próximos exames. Quando perguntadas sobre o número de exames realizados (critério de exclusão) três delas disseram que haviam feito apenas um, mas durante a coleta confessaram terem feito mais escaneamentos (todos os protocolos foram excluídos posteriormente). Percebeu-se a necessidade geral das gestantes em conversar sobre sua gestação e momento de vida. Duas gestantes entrevistadas foram encaminhadas para acompanhamento psicológico.

6.2 SOBRE A SAÚDE DO FETO

A possibilidade de saber sobre a saúde do bebê foi o tema de maior relevância para as gestantes entrevistadas nesta investigação. Como visto anteriormente, esse tema foi identificado como elemento crucial tanto para a significação da vivência das gestantes sobre a ultrassonografia, como na relação delas com o profissional que conduziu o exame. Em consequência disso, também foi o ponto de maior preocupação sobre novos exames e sobre a qualidade e o desenrolar da gestação.

Acredita-se que a importância de dados sobre a saúde do bebê pode ser entendida pelo temor que as gestantes sentem de perderem seus filhos, fantasia que, como argumenta MALDONADO (1997), faz parte do processo gravídico.

Porque eu tinha muito medo. (...) Que tem muita gente no começo... É... qualquer medo, sente, perde a criança. Isso que eu tinha medo. Que eu sou muito nervosa. Aí eu ficava com isso na cabeça. Eu digo: nossa! Será se eu ficar nervosa, eu vou perder a criança? Isso era o meu medo. Mas... graças a Deus isso tá passando.
(G15)

(...) eu tomei anticoncepcional mesmo tando grávida. E isso foi até perigoso. (...) Fiquei com medo. (...) mas... agora que eu já tô com quase cinco meses e tudo mais, eu não tenho mais essa preocupação. No começo eu tinha.
(G20)

ÖHMAN et al. (2006), encontraram o mesmo achado em sua pesquisa, apontado que o temor pela saúde do bebê foi mais frequente nas mulheres que haviam sofrido um aborto ou outras experiências traumáticas previamente à gravidez. A análise dos dados atuais apontou que as gestantes sentem-se receosas pelo desenvolvimento de seus bebês e atribuem isso a um comportamento comum a todas as futuras mães.

(...) tanta coisa que passa na sua cabeça que você nem... imagina. (...) Primeiro a mãe fica imaginando: será que vai vim perfeito? Porque você torce pra vim uma criança perfeita, né? Que é o que toda a mãe quer. Mas se por acaso não vim, você vai aceitar de qualquer forma também que é seu filho. Então, tudo passa na cabeça.
(G13)

Mas... eu fico preocupada. Acho que todo mundo grav... ou primeiro filho, ou no quinto filho, ou no décimo, fica com essa mesma preocupação. (...) Todo mundo pensa que o bebê tem que vir todinho inteirinho, né? Com saúde. É o que eu mais quero.
(G17)

Sabe-se que a preocupação e o surgimento de pensamentos sobre o bem estar fetal fazem parte da gravidez, porém, algumas mulheres negaram veementemente tal temor.

[O bebê ter algum problema de saúde] Essa é uma coisa que jamais eu imaginei, entendeu? De ter, de passar, de alguma coisa... (...) Eu imagino e eu peço muito a Deus que... sabe? Seja ele, seja ela que seja sadio, sabe? Que venha... com saúde. Que seja um... uma... um bebê forte, sabe?
Com saúde.
(G8)

Percebe-se que essas gestantes têm um discurso de negação que pode ter a função de esconder os medos sentidos durante a gravidez. Observa-se que, diante disso, elas recorrem a uma entidade superior que garantiria a tranquilidade da mãe sobre o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, o exame de ultrassom aparece como uma ferramenta que pode interferir com elementos decisivos nesse processo.

Então dá um medo, né? Será que os dedinhos tão lá? Certinho? (Risos) Dá um certo medinho sim, mas... vai dar tudo... certo. (Risos)
[o ultrassom] É tão... é... é tão essencial, assim. É tão... sei lá. Eu diria completo, mesmo, assim, sabe? Tipo, de tá tudo bem.
(G2)

Pode-se pensar que o medo referido por essa gestante está endereçado a dois questionamentos: primeiramente, o medo pela saúde da criança em si e depois pelo receio quanto ao próprio diagnóstico. Tal fenômeno só ocorre porque as gestantes sabem as funções do ultrassom, reconhecem a possibilidade de descoberta de malformações e, assim, ficam preocupadas com os desfechos.

[Fala sobre suas preocupações com a saúde do feto] Porque eu acho hoje em dia é muito complicado. A gente corre muito. Então é... malformação, né? Do feto? **A gente não espera,**

mas... a gente... é... corre o risco de, disso acontecer. Só precisa saber se ele tá se desenvolvendo bem pra tentar eu me cuidar melhor. Tomar mais cuidado.
(G4)

Ah, porque, às vezes, a gente vê tantos casos, né? Assim, de bebê malformado. Alguma coisa assim. A gente fica um pouco... preocupada.
(G18)

O risco aqui aparece associado à existência de uma malformação fetal, do qual nenhuma mulher estaria livre quando examinada. Diante desse perigo, a sensação de alívio foi a mais freqüentemente referida após o escaneamento, o que representa uma reação lógica das gestantes frente ao medo e a preocupação inerentes a ele.

Foi um alívio [saber que estava tudo bem com o bebê]. Porque a gente fica tensa o tempo inteiro.
(G3)

Ela [a médica] fez o ultrassom. Na hora o que eu queria saber é se ele [o bebê] tava bem (risos). (...) Mas, na... aí depois que ela falou que tava tudo bem aí me aliviou mais. Tá tudo bem com o bebê então (risos) tá... Então tá tudo bem comigo agora (risos). (...)
(G9)

[O exame de ultrassom] Dá um alívio, assim, entendeu? Pra ver o feto, todo formadinho e... só. E saber que ele tá bem. Tá vindo bem... (risos) (...)
Aí quando ele [o médico] mostrou: ah, ô, mamãe, o bebê, o fetozinho, tá bem... Seu neném tá, num tem... tá ok! Ele falou assim. Aí eu fiquei aliviada, né? Porque às vezes podia... que apesar que tá pequenininho ainda, mas... que ocorra tudo bem.
(G18)

Após o término do procedimento e a confirmação da saúde do bebê, a sensação de alívio é descrita pelas mulheres. Acredita-se que isso ocorra como um dos efeitos da tecnologia de ultrassom: a produção de verdades sobre os corpos. **As mulheres passam a acreditar que se o exame não detectou nada anormal, isso se torna, de fato, uma certeza.** Não obstante, esse pensamento não corresponde à realidade, uma vez que o ultrassom não é capaz de detectar 100% das patologias fetais. Principalmente, as patologias de graus mais leves podem facilmente passar despercebidas pelo olhar médico (ISFER, 1993; BARRIOS, 2006).

Imersas na idealização de que os resultados do escaneamento são equivalentes a certezas, as gestantes apresentam a crença de que se fizerem todos os exames necessários, garantiriam os melhores desfechos para o bebê.

Fazer os exames pra ter certeza que vai... dar tudo certo. Porque, eu acho que não sei se todos, mas na minha cabeça como você não tá vendo o bebê você fica imaginando um monte de coisa. Se vai nascer com problema, se vai ter problema de saúde. Assim, um monte de coisas. Num... acho que não tem como evitar esse pensamento.(...) Sabe medo? Medo de dar errado. De nascer com alguma coisa... Sabe?
(G5)

Observa-se que, como forma de lidar com a insegurança diante do desconhecimento da gravidez, as mulheres se submetem aos exames e a avaliação constante de seus corpos. Esse fenômeno é o reflexo da medicalização da gravidez, que forja demandas e modela comportamentos.

Para isso, sabe-se que a mulher foi colocada como responsável pela sua saúde e de seu filho, uma vez que ela se torna uma mãe. Assim, ela passa a ser maciçamente intimada a aceitar a manipulação de seus corpos, subjetividade e atitudes para garantir o melhor para seu bebê. Precisa, por exemplo, parar de fumar, comer de modo saudável, repousar, fazer exames, ou seja, o objetivo da medicalização é engajá-la em uma rotina controlada de pré-natal.

Depreende-se que todo esse processo, que consiste na normalização da mulher enquanto mãe, reforça a política de saúde apontada por BADINTER (1985), na qual o novo e principal papel da mulher é o cuidado com a prole. Essa fala já se encontra de tal forma imbricada no discurso que aparece naturalizada.

E quando eu vi o coração piscando lá, batendo. Eu falei: é realmente. **Agora eu tenho uma responsabilidade. Tenho que cuidar agora de dois, de mim e do outro. Principalmente, né?**
(...) Já pra poder... pro bebê (risos).
(G10)

Desse modo, as mulheres percebem suas novas tarefas com relação ao feto. Esse *constructo* sobre o lugar da mulher e a maternagem tem relação indissociável com um novo fenômeno trazido com a implementação da rotina de ultrassom no pré-natal: a **necessidade de monitoração do feto**.

Você, você tá ali vendo [no ultrassom]. Não é aquela... aquela... só... (risos). Não, ele só coloca a mão. Nossa, o bebê tá crescendo. Como cê vai saber se ele tá crescendo? Você não tá vendo. Não é? Não ele tá... tá ali, tá vivo, tá mexendo. Só que você vendo é... é outra coisa, né? (G9)

O novo feto, sexuado, humanizado e (re)significado, também é frágil e precisa de cuidados e monitoramento. A preocupação com a monitoração fetal passa a permear os discursos das gestantes que vêem na tecnologia de imagem a possibilidade de controlar o andamento da gravidez. Nesse sentido, ver o feto no monitor é percebido pelas mulheres como algo que restaura a confiança na gestação e alívio psicológico.

De modo geral eu achei... importante [fazer o exame]. (...) tanto pro bebê quanto pra mim.(...) Pra eu poder me sentir mais segura. (...) foi na hora que eu fui se senti que realmente tinha um bebê dentro de mim. (...) Agora, tipo a minha ficha caiu. **Vamos... sabe... procurar fazer tudo da maneira certinha.** (G6)

Mas é sempre bom você fazer [ultrassom], entendeu? Saber que tá tudo bem. Cê fica mais tranqüila, não é? (...) Ah, eu acho que se você souber que o seu bebê tá bem e você tá bem... você tendo acompanhamento, você fica mais tranqüila. Agora se você sabe que você tá grávida e você não tem acompanhamento nenhum. Você não sabe por que você sente algumas coisas, então, né? Não tem como você ficar tranqüilo. (G19)

O discurso aponta a tranqüilidade fornecida pelas certezas dos exames ultrassonográficos, o que pode ser apenas um engodo gerado pela desinformação. GARCIA (2002) destaca que um dos principais achados de seu trabalho recai no imperativo de esclarecimentos por parte da equipe médica. Em sua visão, é necessário informar às gestantes sobre os motivos e objetivos do escaneamento, clarificando o que pode ou não ser obtido via tecnologia de ultrassom. Acredita-se que essa atitude tornaria

as opiniões das mulheres mais críticas sobre a realidade do procedimento e, por isso mesmo, será algo difícil de ser implantado.

Dispostas essas novas associações sobre a tecnologia como algo benéfico, inócuo e tranquilizador, faz sentido a construção não só de uma gravidez, mas de uma maternagem mediada pela tecnologia. Tal fato impõe à mulher a necessidade de saber sobre seu filho. Esse olhar é curioso, pois as mulheres precisam cada vez mais de dados externos sobre algo que ainda está dentro delas. Para auxiliar essa tarefa, os recursos de escaneamento de imagem passam a ser fundamentais.

6.3 REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS DO EXAME: USOS E ABUSOS DA TECNOLOGIA

Na presente pesquisa **as mulheres entrevistadas associaram o uso do ultrassom com a noção polissêmica de segurança**. Esse termo variou desde a inocuidade do procedimento técnico em si até a sensação de confirmação da qualidade da gravidez após o escaneamento. Quando perguntadas sobre os sentimentos e possíveis efeitos trazidos com o exame de ultrassom o conceito segurança teve destaque nos discursos.

[O ultrassom trouxe] Segurança. Que... acho que é segu... acho que a palavra se resume em segurança, né? Cê... cê tá segura de que ele tá ali dentro.
(G9)

Ai [o ultrassom] fez [diferença na gestação]. Que agora eu me sinto mais segura, né? Sabe que eu vi o meu filho na minha barriga então... é outra coisa (risos). (...) Foi importante.
(G13)

A associação entre exames de ultrassom e a sensação de segurança, encontrada nesta investigação, tem sido descrita na literatura (FILLY e CRANE, 2002; GARCIA et al., 2002; JI et al., 2005; RUSTICO et al., 2005; GUDEX et al., 2006; ÖHMAN et al., 2006; LEE et al., 2007). Esses estudos assinalam que um dos principais efeitos gerados pelo

escaneamento é o provimento de uma sensação de tranquilidade⁴⁸ ou de uma possível restauração da confiança na mulher a respeito de sua gravidez e da saúde de seu bebê.

O estudo de GUDEx et al. (2006), investigou os motivos pelos quais as mulheres desejavam o exame de ultrassom em gravidezes normais. Os autores encontraram que 44% delas esperavam obter a sensação de confiança acerca de suas gravidezes e da saúde de seus bebês. O trabalho de Ji et al. (2005) reforça a tese de que os pais buscam o recurso do ultrassom para terem sua confiança assegurada.

O trabalho de GOMES E PICCININI (2007), realizado em Porto Alegre, mostrou que mesmo após três semanas da ultrassonografia, as mulheres continuavam referindo o sentimento de tranquilidade e segurança vinculados à vivência do exame. Em sua etnografia, CHAZAN (2005a) também destacou a visão positiva das mulheres sobre o exame. Em uma análise crítica, pensa-se que a associação do ultrassom como algo capaz de renovar a confiança dos pais na gravidez, é, na verdade, uma construção de fundo medicalizante, que já está espalhada no discurso.

É importante pensar essa questão na posição teórica adotada neste estudo. Desse modo, a sensação de segurança trazida com o exame de ultrassom só pode ser entendida dentro de uma cultura de controle de riscos.

Porque antes eu chegava em casa... assim o dia que eu ia pra casa, eu ia fazer o serviço de casa, aquela correria. [após a ultrassonografia] Agora não! **Falei: qualquer hora eu posso correr o risco de perder meu filho, como tá no começo, então não posso fazer tanto esforço.** Aí eu me senti mais segura por causa disso.
(G13)

A medicalização imbrica a linguagem do risco como conteúdo importante na gravidez, assim, toda a mulher está em risco ao estar grávida, precisando de cuidados e intervenções cada vez mais precoces. Nesse sentido, tal evento precisa ser controlado e

⁴⁸ A literatura de língua inglesa se refere ao termo *reassure* ou *reassurance*. Optou-se pela tradução do termo utilizando o dicionário Houaiss: *reassure* – vt. 1. Tranqüilizar; 2. Renovar a confiança de.

medicalizado, levando a mulher à aceitação e desejo de consumo por procedimentos diagnósticos.

“É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normalizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar idéias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e conseqüente intervenção nesse corpo como estratégia social” (VIEIRA, 2002, p.24).

Uma vez que o controle social começa no corpo e no somático, como argumenta FOUCAULT (2008a), é possível entender a importância da inserção de um ideário de risco na vida da mulher; a manipulação das atitudes e subjetividades torna-se indissociável do momento vivido na gravidez. Os corpos são modelados, disciplinados dentro de uma cultura de riscos.

Essa configuração é discutida por RAPP (1998). A autora analisa o discurso do aconselhamento genético baseado na diminuição de riscos e no aumento da confiança das gestantes provenientes de exames diagnósticos. Esse fenômeno já pôde ser visto inclusive no Brasil. Em matéria do jornal Folha de São Paulo (2007) foi noticiada a chegada no país de um novo aparelho de diagnóstico de doenças genéticas fetais. Apesar de o jornal não apontar que nova tecnologia é essa, afirma que sua sensibilidade para detectar doenças no feto, sem especificá-las, é de 95%. Esse recurso ofereceria resultados em um tempo reduzido quando comparado aos procedimentos existentes. No caso da Síndrome de Down o resultado seria apresentado em trinta minutos. De acordo com o impresso, isso diminuiria a ansiedade nos pais que não teriam que esperar por oito dias um diagnóstico.

Esse discurso coloca exatamente um paradoxo: os exames fetais, especialmente a ultrassonografia, diminuem ou aumentam a ansiedade dos pais? Tal questão se coloca,

uma vez que o resultado da suposta tranqüilidade trazida pelos exames pode ser exatamente a insegurança e o temor pelo andamento da gravidez, levando a mulher e as famílias à dependência do saber médico.

Eu sei que tá tudo bem porque eu fiz ultrassom e lá... né? É uma tranqüilidade muito grande também. Um conforto. (...) E ansiedade para o próximo. (Risos)

P – Ah. Ao mesmo tempo em que conforta também gera ansiedade?

G2 – É. É.

P – Você fica com medo de não estar tudo bem...

G2 – Fico.

(G2)

Nota-se a idéia de que o resultado do ultrassom é visto como uma verdade que assegura à qualidade da gestação. Desse modo, a mulher sabe que tudo está bem porque o ultrassom não detectou nada de errado. Essa associação entre receber um resultado de ultrassom normal ser algo equivalente a portar um bebê saudável também foi percebida por FILLY e CRANE (2002). Entretanto, essa certeza tem um claro efeito colateral: o aumento na ansiedade da mulher durante o processo gestacional, que só poderá ser “eliminada” no próximo escaneamento, após um resultado favorável. Acredita-se que ao invés de trazer tranqüilidade, a tecnologia pode levar à insegurança feminina, peça chave no processo de normalização.

Na hora em que todo mundo fala que tá tudo bem... você uff... respira. Cê fala: nossa. Ai que bom! Não vejo a hora de fazer o próximo, né? **Quero fazer logo pra tar, poder dar... suspiro de novo.** Ai que bom! (risos)
(G2)

Eu num... eu tô um pouco... um pouco ansiosa [para o próximo exame] porque... e um pouco preocupada. Porque eu acho que a gente sempre fica. (...) sempre vai ter um pouquinho de preocupação acho em todas [as ultrassonografias] (...) Ai, será que ela tá bem? Será que? Ai, tá faltando isso? Alguma... sempre tem.
(G17)

É possível perceber que as gestantes só sentem que tudo está adequado após a avaliação ultrassonográfica, achado freqüente nos referidos estudos da literatura. Entretanto, acredita-se que tal sentimento advém da peculiaridade diagnóstica da tecnologia. Essa

reconfiguração da percepção materna retira o poder das mulheres sobre seus corpos, levando ao medo e a ansiedade com relação ao desenvolvimento fetal.

(...) quando o bebê não mexe parece que você num assim... cê tá grávida, mas parece que você não tem nada assim. Então se você vê o bebê, você sabe que ele tá ali. Então é muito importante. (...) Poder olhar. Assim... por mais que seja branco e preto assim... e que você não entenda muita coisa, mesmo assim você tá vendo que tem alguma coisa mexendo e que tá ali. (...) Tá vivo (risos)! Que é uma coisa que é... preocupação. De perder e tudo mais. Dá pra ver que tá ali. Que não tem nada assim de mais até então. Parece que tá tudo bem. Dá um alívio... ver.
(G20)

O fato de não ver o bebê, típico da gestação antes da invenção do ultrassom, passa a ser algo angustiante para mulher. As mulheres precisam ver e saber continuamente sobre a saúde de seus bebês, auxiliando na transformação da gestação em evento patológico. O ultrassom pode interpelar o corpo e gerar insegurança profunda nas mulheres.

Foi ótimo [fazer o exame de ultrassom]. Sem ele... eu teria mais dúvidas, né? Talvez. Ficar imaginando. Ai, mas será que tá tudo bem meesssmo, né? **Parece que a impressão que dá é que você só vai ter certeza que vai tá tudo bem quando você fizer o ultrassom.** Pelo menos essa é a sensação que eu tenho, né? Então... foi... foi ótimo. Essencial. Essencial.
(G2)

Pode-se verificar que a influência dessas imagens gera um **estado de alerta contínuo** nas mulheres que passam a necessitar do recurso tecnológico com maior frequência. Elas precisam fazer o exame para saber que tudo está bem com o feto, levando a um uso abusivo do ultrassom.

Nossa, eu faria todos possíveis [exames de ultrassom]. Sei lá. Desde que não prejudicasse, né?
(G2)

Você fica segura [com o exame de ultrassom]. (...) Cê tem alguma dúvida e aí através do ultrassom é esclarecido, né? Então ajuda muito mesmo. Se eu pudesse eu fazia acho que umas duas, três vezes por mês. (risos)
(G8)

[G9 diz que gostaria de fazer] Muitos, muitos, muitos, muitos [exames de ultrassom na gestação]. (...) eu queria mesmo fazer um a cada semana (risos).

Por meio dessas falas, pode-se perceber que as mulheres desejam fazer o exame não só pelo prazer de ver, bem como na tentativa de readquirir uma tranquilidade perdida. Esse comportamento tem conseqüências complexas, entre elas, o aumento de gastos com serviços médicos desnecessários e com o uso de tecnologias mais especializadas e invasivas.

No sistema público, o número de exames é prescrito pelo médico o que, de certa forma, controla o acesso das mulheres. Entretanto, na prática privada, as mulheres podem fazer quantos exames forem desejados, uma vez que não há controle sobre isso, comportamento que funciona na lógica do consumo. Nesse sentido, o caráter comercial do exame, enquanto um ato médico aparece fortemente. As mulheres sabem das facilidades oferecidas pela prática privada associada ao dinheiro e chegam a dizer que, se necessário, elas recorreriam a isso para ter exames bem feitos.

Tanto é que eu tava pensando em fazer pago, entendeu? Ultrassom. Quem sabe... né? (...)
Porque, pô! Por ser público. Ah, eu achei que o cara simplesmente... é mais uma grávida. Deixa eu ir lá... vou lá e faço e pronto! Tira da minha frente.
(G19)

Pode-se observar que para as entrevistadas, um exame bem feito se relacionou de modo importante aos aspectos subjetivos do operador. Assim, o risco não foi ter um resultado adverso somente, mas também ser mal atendida. Nesse sentido, pagar para fazer o exame forneceria a mulher uma maior autoridade e controle sobre o manejo da ultrassonografia.

No sistema privado o número de ultrassonografias é variado: enquanto os convênios controlam o número de exames, a clínica particular possibilita a gestante o acesso indiscriminado. Como efeito da cultura do risco, que constrói a insegurança feminina frente à saúde do feto, pode-se observar ainda o aumento do número de procedimentos

como amniocentese e biópsia de vilosidades coriônicas nas gestações atuais, sendo realizados com diferentes indicações médicas: idade materna avançada, presença de marcadores de anomalias fetais na ultrassonografia, doença cromossômica na família etc.

Em um cenário de abuso tecnológico, o ultrassom, pode ser considerado um procedimento comum e menos arriscado quando comparado a técnicas invasivas. O estudo de KOWALCEK et al. (2002) investigou os níveis de ansiedade e depressão nos futuros pais e mães, submetidos a ultrassonografia e a amniocentese. Como resultado, os autores encontraram que tais variáveis são mais elevadas na ultrassonografia, surpreendendo as hipóteses iniciais do estudo. Eles concluíram que essa tecnologia é um indutor de estresse nos pais, principalmente pelo medo de um resultado anormal. Nos casos de resultados normais, após a comunicação dos mesmos, os níveis de estresse tendiam a diminuir com o tempo.

Um aspecto curioso neste processo, é que as gestantes associam o medo e a insegurança com aspectos positivos relacionados aos exames e ao bebê. Parece que **as mulheres passam a depender emocionalmente da tecnologia de ultrassom.**

Ai adorei [fazer o ultrassom]! Tô loca pra fazer outra. (...) Acho que [faz diferença na gravidez] sim. Faz muuuita. Porque... assim... um exemplo: tá marcado pra mim fazer o mês que vem aí. Aí eu não vou, aí eu não sei como que tá o meu filho. Aí eu, pelo menos, na minha opinião, eu fico doida... sem saber como tá. Porque quem não vai saber, né? Como tá seu filho é uma irresponsabilidade. Não sabe como tá. (...) Todas as consultas. No ultrassom, tem que ir.
(G14)

Acho que todo dia se eu pudesse eu fazia uma [exame de ultrassom]. Não. Brincadeira. Acho que... duas por mês. Acho que tá bom. Duas dá pra você, dá pra matar a saudade dela na telinha (risos). Pra preocupação baixar um pouquinho. (...) **Depois que eu foi, fiz a primeira ultrassom... aumentou a ansiedade.** (...) com relação a exames assim com ela... É mais preocupação mesmo (...) De ter alguma coisa de errado com ela.
(G17)

O discurso mostra que as mulheres significam o exame como uma forma de “matar a saudades do bebê”, um feto exteriorizado, e como forma de responsabilidade da mãe com os cuidados infantis. A vivência positiva e agradável, porém, mostra o conteúdo de preocupação e insegurança contínua no discurso.

Nesta investigação, pensa-se que as conseqüências desses sentimentos na gravidez e no cuidado com o bebê podem ser danosas. O abuso dos recursos diagnósticos, alimentados pela cultura médica do risco, pode conduzir à mulher e às famílias a altos níveis de insegurança e medo. O comportamento do médico é peça chave na saúde psíquica da mulher. Dependendo do modo como se conduz o exame ele pode reforçar a insegurança sobre o bebê, com possíveis efeitos em longo prazo.

(...) [o médico] ficava mexendo assim na minha barriga e eu falei assim: será que tem algum problema, né? Que ele ficava assim batendo. E depois ele falou: olha G7, seu bebê tá bem. Cê tá de parabéns. (...) Nossa! Uma sensação muito boa. (risos)
(G7)

Essa é a minha ansiedade. (...)
Eu quero saber se tá, se ela [a filha] está bem. E comigo também, né? (...)
A partir do momento que [o médico], (...) que ele parou ali... que... [Minha sogra] chegou a perguntar: nossa, mas por que você está olhando minutos aqui? (...) por que você parou e tá olhando aí? A gente quer saber: mas tá tudo bem? Aí depois a parte ele explicou. Depois que ele me deu os papéis ele explicou de novo. Tá tudo bem. Aí já remarcou pra hoje pra fazer de novo.
Eu até tô um pouquinho preocupada pra falar a verdade...
(G17)

Como discutido anteriormente, tal fenômeno foi visto principalmente, mas não somente, nos pedidos de novos exames ultrassonográficos, apresentando efeitos importantes durante um período considerável da gestação.

Porque eu num, não sei se é normal, né? Um mês depois. Cê fez um mês já marcar pro próximo mês. (...) Preocupação de sabe? Sei lá. De num, num, de tá... sabe? A saúde do neném. Porque a gente vê assim... (...) eu fico preocupada mais com o bem estar dela. (...) **Porque, às vezes eu, eu num penso muito que senão cê fica doida** (risos). (...)
(G17)

Na fala de G17 pode-se notar como ela significa com dificuldade a vivência do escaneamento, marcada pela insegurança trazida com a conduta médica. Como a literatura (LEITHNER et al., 2004; ÖHMAN et al., 2004) discute, o ultrassom é um exame que gera estresse e ansiedade aguda nos pais antes e após sua realização, achado equivalente ao da presente pesquisa. Para LEITHNER et al. (2004), o potencial danoso do exame de ultrassom pode ser subestimado pela equipe de saúde preocupando ainda mais os futuros pais.

Nesses casos, pode-se pensar que **a ansiedade levantada nos pais é um efeito iatrogênico**, uma vez que deriva diretamente da ação médica. A produção de traumas psíquicos também é uma das características da empresa médica, que tem na angústia o expoente mais relevante, resultado do contato com a técnica médica (ILLICH, 1975).

(...) eu tava ansiosa (...) pra ver também porque eu acho que ultrassom a pessoa fica ansiosa pra ver como que tá o bebê. Mesmo que não veja muita coisa. Pra ver se ele tá mexendo, pra ver se ele tá, se ele tem quantas gramas. Pra ver... sei lá, tudo isso. Então acho que é importante.
(G20)

Alguns autores apontam possíveis perigos gerados pelo processo de realização de exames de pré-natal. Como discorrem PETERSEN e JAHN (2008), ao contrário de confiança e tranquilidade, a ultrassonografia pode acarretar sentimentos de angústia e insegurança materna.

O ultrassom acaba apresentando à mulher características do feto que só seriam acessíveis após o nascimento. Pode-se imaginar que cada novo escaneamento é surpreendente como um parto, pois não se sabe o que se pode encontrar. Assim, somente a ultrassonografia traria uma suposta tranquilidade à mulher, uma vez que é uma tecnologia produtora de verdades. Desse modo, pode-se considerar que o maior risco no uso do ultrassom pode ser sua própria função, motivo pelo qual ele foi criado: a avaliação da saúde do feto. Esse risco surge devido às implicações derivadas dessa

possibilidade diagnóstica. Essas implicações recaem sobre as mulheres e as famílias, uma vez que é de sua responsabilidade o futuro desenrolar da gravidez.

6.4 POSSÍVEIS DILEMAS ÉTICOS E MORAIS: ERRO DE DIAGNÓSTICO, INTERRUPTÃO ELETIVA DA GESTAÇÃO E ABORTO

A tecnologia de ultrassom vem evoluindo a cada ano. Novas modalidades são implantadas, contando com inovações no processamento da imagem. As imagens cinzentas e obscuras dos exames 2D podem ser substituídas ou complementadas pelo recurso nas versões 3D e 4D, onde o feto pode ser visto em todos os ângulos.

Devido à melhoria na qualidade de imagens do ultrassom, novas questões estão emergindo como resultado das investigações, sendo a principal delas a detecção de anomalias fetais. Tal evolução possibilita a avaliação de melhores marcadores de patologias, fazendo com que anomalias possam ser mais evidenciadas mais precocemente. Com isso, a frequência de ocorrência e a complexidade que envolve o problema do diagnóstico aumentaram (ALKAZALEH et al., 2004).

A preocupação com a acurácia do procedimento, a validade⁴⁹ e a confiabilidade dos testes diagnósticos são questões bastante estudadas na literatura médica (THE FETAL MEDICINE FOUNDATION, 2007; NICOLAIDES et al., 2007). A medicina tem grande interesse na elaboração de instrumentos que possam medir com exatidão a presença ou ausência de patologias, porém, sabe-se que ainda não existem exames de pré-natal com 100% de precisão, caso da ultrassonografia.

⁴⁹ A validade de um exame diz respeito a sua habilidade de medir quem tem e quem não tem uma doença ou condição em determinada população. Essa possui dois componentes: a sensibilidade e a especificidade. O primeiro aspecto é definido como a capacidade do teste em dizer corretamente quem tem a doença investigada, enquanto o segundo é responsável por dizer corretamente quem não a tem (GORDIS, 2000).

Em alguns países, como Suécia e Alemanha, a ultrassonografia faz parte de programas de rastreamento para anomalias fetais. Geralmente, esses são planejados de acordo com políticas públicas nacionais, com foco na detecção precoce de doenças e oferta de tratamento. Como o objetivo desses programas está em identificar pessoas portadoras de doenças, a questão da qualidade do rastreamento e dos testes empregados faz-se fundamental. Para isso também é importante conhecer a população a ser investigada, uma vez que o valor preditivo⁵⁰ do exame depende da prevalência⁵¹ da doença na população. Nesse sentido, exames realizados em grupos populacionais de alto risco, ou com alta prevalência de uma condição, têm maiores chances de estarem corretos.

O principal problema gerado pela imprecisão dos testes diagnósticos são os resultados errados, chamados falsos positivos (FP)⁵², falsos negativos (FN)⁵³ ou inconclusivos. De acordo com GORDIS (2000), os problemas trazidos por esses erros são importantes, abrangendo desde os aspectos econômicos do setor saúde até os dilemas éticos enfrentados pelos sujeitos avaliados.

No caso dos resultados FP a pessoa diagnosticada pode sofrer um tratamento desnecessário ou ser submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, aumentando os custos do sistema de saúde e causando problemas psicológicos ao sujeito investigado. GORDIS (2000) assinala que a ansiedade e preocupação causadas por um resultado positivo podem ser danosas mesmo em longo prazo. Aponta que determinadas crianças

⁵⁰ De acordo com GORDIS (2000), o valor preditivo de um teste é a sua habilidade em indicar a probabilidade de o diagnóstico estar correto. Ele tem duas facetas: positivo e negativo. O valor preditivo positivo mostra a probabilidade de um indivíduo que foi diagnosticado positivamente realmente ter a doença. O valor preditivo negativo mostra a probabilidade de um indivíduo que não foi diagnosticado com a doença ser, de fato, saudável.

⁵¹ A prevalência é uma medida de ocorrência de doenças que mostra o número de pessoas afetadas pela condição estudada na população, em um determinado espaço e tempo (GORDIS, 2000).

⁵² Um resultado falso positivo é aquele em que o indivíduo tem um diagnóstico positivo no teste, mas não possui a condição investigada (GORDIS, 2000).

⁵³ Nesse caso, o indivíduo possui a doença investigada, mas recebe um resultado negativo no teste (GORDIS, 2000).

que receberam o diagnóstico de doença cardíaca foram tratadas como deficientes pelos pais, mesmo após resultados negativos subsequentes.

No caso dos resultados FN, a grande questão recai na não disponibilidade de uma ação terapêutica preventiva ou curativa. Nas doenças onde há recursos eficazes de tratamento, o não diagnóstico pode representar sofrimento e morte (GORDIS, 2000).

Em relação à ultrassonografia, existe um conjunto de problemas associados a sua utilização. Primeiramente, um programa de detecção precoce de doenças implicaria, necessariamente, na existência de uma terapêutica disponível. Do mesmo modo, essa terapêutica deveria ser benéfica aos sujeitos investigados. No caso de programas de rastreamento fetal, onde não existe terapêutica para a maioria das patologias detectadas, pode-se pensar qual a função esperada de um resultado diagnóstico. Além de não haver um tratamento viável pode ser que não haja benefício à mulher e as famílias, pois a única opção disponível a elas é a realização de um aborto. Esse cenário fica ainda mais complicado em países onde o aborto é proibido, caso do Brasil.

Em segundo lugar, vêm inúmeras conseqüências trazidas pelos resultados do exame ultrassonográfico. A título de ilustração, um FP geralmente leva a realização de um exame de amniocentese, procedimento caro, invasivo e doloroso, que envolve uma chance de aborto espontâneo devido à tecnologia em si. De modo oposto, um resultado FN pode gerar a “pseudo” sensação de tranquilidade com relação à saúde fetal, discutida anteriormente, trazendo possíveis danos emocionais aos pais após o parto. Outro possível dano seria a não oferta de um aborto terapêutico.

Esses problemas estão sendo discutidos na comunidade científica internacional, mostrando as dificuldades enfrentadas pelas mulheres e pelas famílias no processo de testagem de pré-natal (WATSON et al., 2002; GETZ e KIRKENGEN, 2003; HARRIS et al., 2004; WILLIAMS et al., 2005; ÖHMAN et al., 2006). No Brasil, essa

discussão ainda caminha em passos pequenos, os estudos não endereçam as questões éticas e morais envolvidas no processo de escaneamento ultrassonográfico. A discussão atual está sendo conduzida principalmente no campo da Bioética, com foco na liberação do aborto nos casos de malformação fetal letal, discussão vigente no Supremo Tribunal de Justiça do país.

No Brasil, o contexto da proibição do aborto marca a ausência de uma política nacional de rastreamento de anomalias fetais. Entretanto, tal prática de investigação é difundida nos grandes centros urbanos do país, trazendo efeitos psicológicos, sociais e jurídicos às mulheres submetidas aos exames. Devido à carência de dados brasileiros sobre esse fenômeno, resolveu-se investigar a opinião das mulheres sobre o aborto, especialmente, nos casos de diagnóstico de malformação fetal via ultrassonografia e os dilemas éticos e morais por elas enfrentados.

Como esperado, metade das mulheres investigadas informou que não faria o aborto em hipótese alguma, mesmo diante da descoberta de malformação fetal.

Olha, [aborto] no meu caso só se a criança tivesse morta na minha barriga, mas... se tivesse viva eu não teria coragem. Porque eu esperava nascer, aí depois que vivisse o tempo que vivisse. Mas se tive viva na minha barriga eu não tenho coragem.
(G13)

Um aborto... Não tem nem o que falar.(...) Porque tira uma vida de dentro de você. Não é fácil não. Não teria essa coragem. (...) Eu não faria [nem em casos de malformação fetal]. Eu deixava nascer. Eu não faria um aborto (risos).
(G14)

Algumas mulheres alegaram suas razões para serem contrárias ao procedimento, e a religião foi um argumento importante para a construção de uma opinião. Outro ponto importante foi a significação pessoal de cada mulher sobre o que representa uma criança deficiente.

[não faria um aborto] Por nada. Nem que tivesse... Ai, mas se tivesse uma doença? Uma Síndrome de Down? Alguma coisa? Não. Não tiraria. (...) Talvez pelo aspecto da religião também. Porque eu sou espírita. Isso... pesa.
(G2)

Ah, eu acho que não é tão assim... abortar porque... assim... eu sou religiosa. Eu acredito que se Deus deu eu acho que é pra você cuidar bem, pra você... sei lá... é a sua... sua cruz (...) Não que seja uma coisa ruim. E nem todo deficiente... não é o deficiente não é uma coisa ruim.
(G20)

De modo geral, a decisão sobre o aborto foi percebida como algo de foro íntimo. As gestantes evitaram manifestar opiniões sobre decisões alheias favoráveis ou contrárias ao procedimento, alegando uma neutralidade baseada no pressuposto de que não gostariam de ser julgadas por outros.

Bom eu não posso rotular o que elas [as mulheres que fazem aborto após a descoberta de uma malformação fetal]... porque que... não. Ela fez isso porque ela é uma criminosa. Ou ela fez isso porque ela é má. Não, eu não posso porque... cada... acho que cada um tem um sentimento. Cada um tem uma cabeça. (...) Acho que elas fizeram porque elas acharam melhor.
(G9)

Não tenho coragem de fazer [aborto] não (risos). (...) cada pessoa pensa diferente. (...) Eu não posso julgar ninguém e também... não quero que ninguém me julgue, né? Então, vai da consciência de cada um. Acho que você tem que fazer o que você acha certo. E não importa se os outros acham errado. Você tem que ter a sua opinião própria, né?
(G11)

Das vinte gestantes entrevistadas, apenas seis manifestaram-se favoráveis ao aborto e mesmo assim, com profundas ressalvas. Duas delas alegaram que só fariam a intervenção caso a gestação representasse risco de vida para elas, conduta que deveria, portanto, ser indicada pelo médico.

Aborto... é um tema meio complicado. Na maioria dos casos, eu acho que não tem que... não tem que fazer. Não tem que tirar uma vida. Mas tem aqueles casos a parte. A mãe quando corre risco de vida. Eu acho que já é uma coisa... que o médico tem que decidir. Eu acho que nesse... nesse caso.... também tem aquela... criança que nasce sem perna. Eu acho que aí é uma coisa mais do médico.
(G3)

Uma das entrevistadas apontou que só recorreria ao aborto caso a gestação fosse resultado de um estupro ou definido por uma conduta médica.

Acho [aborto] um absurdo. (...) é crime. (...) Eu não teria coragem de abortar [em caso de malformação fetal]. Em nenhum momento. Que é uma vida. Não importa. Eu entendo e não entendo [as mulheres que optam pelo aborto nos casos de malformação fetal]. (...) eu comigo, eu não teria coragem. A não ser que o médico chegasse e falasse: não, tem que tirar e ponto final. (...) A gente assiste tanta televisão e vê estupro. Aí sim eu teria coragem de fazer aborto.
(G10)

As duas possibilidades abordadas pelas entrevistadas, risco de vida à mulher e gravidez resultante de estupro, são as únicas exceções legais para a realização de um aborto no país. Contudo, apesar de elas citarem situações de amparo legal, as gestantes discorrem sobre a ilegalidade do aborto, mostrando como tal tema é complexo e ainda significado como ato criminoso. Acredita-se que os níveis de complexidade do problema aumentaram com a possibilidade de acessar em tempo real a saúde fetal via ultrassonografia.

Neste pano de fundo, quatro gestantes se mostraram favoráveis ao aborto, em caso de diagnóstico de malformação fetal letal ou grave.

[G4 Fala da possibilidade do aborto perante um diagnóstico de malformação fetal] Dependendo da má-formação. (...) Se ele nasce com problema cerebral ou, ou se ele é deficiente com Síndrome de Down. Não é um problema. (...) Mas se, a má-formação for... outro tipo. (...) Má-formação mesmo... de órgãos... que ele vai sofrer depois que nascer. Eu acho que é... é válido... o aborto. É melhor abortar ele com uma má-formação ainda no útero da mãe, que é permitido, do que ele crescer e ficar sofrendo porque hoje a gente sabe que... é muito dificultoso uma criança com problema assim.
(G4)

Sou contra aborto. (...) Só se a criança tiver algum problema. (...) Se tiver algum problema, que for um problema sério, né? Aí tudo bem. Eu acho que... aí eu sou de acordo. Se tiver algum problema, alguma doença grave pra criança, que ele vai nascer. Que não vai ser uma... Sei lá, que vai sofrer. Depois de nascer vai sofrer. Então aí eu acho que eu sou a favor que... do aborto.
(...) Depende, né? Depende da situação.
(G12)

Nos depoimentos observou-se a noção de que a intervenção só seria pensada em caso de problemas graves com o bebê. Atualmente, com as autorizações da justiça a favor do aborto em caso de malformação fetal letal, especialmente a anencefalia, a discussão sobre a legitimação do procedimento vem sendo abordada na mídia e aparece no discurso.

(...) [sou contra o aborto]... a não ser que, que nem aquelas crianças que não tem cérebro. Não é? Aí sim porque você sabe que não vai viver, não é? (...) Porque vai sofrer, mesmo nascendo. Você vai sofrer. A criança vai sofrer. Aí sim nesse caso. Agora... nos outros... não!
(G19)

Nesse sentido, as mulheres passam a conhecer termos médicos e as características de patologias graves. Imagina-se que esse debate tem informado as gestantes sobre seus direitos e possíveis condutas na gravidez, influenciando a construção de opiniões. Esse fenômeno permeia ainda a construção de conhecimentos prévios e expectativas relacionadas ao exame de ultrassom, interferindo no psiquismo feminino. Devido ao aspecto pessoal inerente as decisões sobre o aborto, determinadas gestantes não conseguiram se posicionar com relação a uma atitude, apontando os impasses trazidos pelo escaneamento.

P – Mas você sabia que você poderia ouvir [más notícias sobre o bebê]?
G6 – Huru. Sabia. (...) Eu sou contra [o aborto]. (...) eu encaro como uma vida. É que nem, antigamente ninguém sabia. E mesmo assim nascia, vivia até onde tinha que viver. Os pais cuidavam, né? Com amor e tudo mais. Por quê que agora teria que ser diferente?
(G6)

Já pensava [que os exames de ultrassom pudessem detectar problemas no feto]. É... eu queria logo fazer. Eu queria logo fazer pra saber como, como que ela tava. Se ela tava bem. Que a gente fica preocupado, sabe?
(G17)

As gestantes mostram que conheciam claramente o potencial diagnóstico da ultrassonografia e que mesmo assim fizeram o exame. Tal decisão pode ter sido facilitada nos casos onde as grávidas já tinham um julgamento formado sobre o aborto, independentemente do resultado encontrado no exame. Porém, isso não foi o único

discurso encontrado. Algumas mulheres mostraram-se angustiadas com a temática, indicando não imaginar como reagir nessa situação.

Ah, eu sou contra [o aborto].

[nos casos de malformação fetal] Aí eu não sei. (...) Porque tem... vai depender da situação, né? (...) Eu já num, não consigo imaginar o que fazer. (...) Porque é uma situação, uma decisão bem difícil, né? (...) Então... se não tiver outra saída... se ver que... sei lá. Vai nascer, vai viver... se vai viver com um problema muito sério. Eu não sei... o quê que um... o quê que uma mãe poderia fazer. Tirava ou se... deixava ir até o final.

(G8)

Nesse caso, a mulher se identifica com outras mães ao alegar que não saberia o que fazer frente uma malformação fetal. Verificou-se ainda que essa probabilidade tornou-se realidade para uma pessoa próxima a uma das entrevistadas.

(...) eu tenho caso na família que minha prima tá grávida de sete meses e o médico autorizou pra ela a fazer o aborto que o neném tá sem cérebro. Assim. E ela não sente nada. Tranquila a gravidez. (...) hoje em dia você não sabe, né? Então eu me preocupo muito. (...) [Ela soube] através de exames.

(G16)

Nesse caso, a gestante conhecia bem as possíveis conseqüências dos exames de testagem de pré-natal, mostrando-se preocupada com uma malformação fetal. Contudo, mesmo após ter proximidade com um conflito real, ela não consegue imaginar o que fazer nessa situação.

(...) não sei [o que faria no lugar dela]. (...) Nem consigo pensar. E acho melhor nem tentar pensar. (...) Porque nossa... deve ser um sofrimento... (...) Não sei se eu tenho estrutura pra isso. Tanto é que na hora que o médico falou que tava tudo bem e eu fiquei (...) Tranquila. Tranquila.

(G16)

O sofrimento inerente ao diagnóstico adverso passa a ser temido, mas reconhecido pelas mulheres. Partindo do pressuposto de que ter conhecimentos prévios sobre uma situação é algo totalmente diferente da vivência em si, pode-se pensar que as mulheres não vislumbram a possibilidade remota de que algo tormentoso possa vir a se concretizar. Tal pensamento explicaria os achados de autores como NICOL (2007), que mostram o despreparo das mulheres diante de diagnósticos negativos. Assim, o despreparo não seria

unicamente pela falta de informações, mas também pelo choque emocional provocado pela notícia em si; experiência permeada por dilemas éticos e morais imensos.

Além do dilema central sobre quais condutas adotar frente a uma malformação fetal, outros importantes questionamentos surgem para as mulheres e suas famílias, entre eles a validade do teste diagnóstico.

[Sobre o aborto] Eu não tinha coragem. É errado, né? (...)
 [Sobre o aborto em casos de malformação fetal] Ah, aí já é mais complicado. (...) Por exemplo, às vezes tem coisas que não é certeza. Que nem tipo... tem gente que faz ultrassom e diz que é menina. E de repente quando nasce, nasce menino. Tudo bem que ali... tudo que fala é quase sempre acontece. Mas não é 100% certeza, né? Eu acho. Então eu acho que eu não tiraria não.
 (G11)

Esse discurso diz respeito à falácia diagnóstica, inerente ao processo de escaneamento. Apesar de esta investigação ter sido conduzida com mulheres de baixa escolaridade e renda, pode-se perceber que **a probabilidade de ocorrer um erro no exame de ultrassom foi reconhecida**. Nesse caso, a entrevistada discorre sobre o engano na determinação do sexo fetal, indicando que se a tecnologia pode errar o sexo da criança ela também pode errar um diagnóstico de vitalidade fetal. Dessa forma, ela não abortaria com base no resultado do exame. Esse pensamento corresponde dados encontrados na literatura. O trabalho de KAISER et al. (2000), citado por FILLY e CRANE (2002), investigou a correlação entre as malformações fetais diagnosticadas no pré-natal e dados obtidos por autópsias de fetos que tiveram suas gestações interrompidas. O estudo aponta que em 3% dos casos, não foram encontradas as anomalias nas quais as mulheres se basearam para interromperem suas gravidezes.

Outro dilema encontrado diz respeito ao próprio ato de aceitar ou recusar um exame dessa ordem. Nos casos onde a mulher é contrária ao aborto, pensa-se qual é a necessidade da busca de um diagnóstico prévio sobre a saúde do feto. Determinadas gestantes alegaram que seria bom ter acesso a tais dados para uma possível preparação psicológica acerca do que viria a ocorrer.

Eu acho que sim [que é melhor saber na gravidez sobre um problema com o feto]. Porque você já vai se preparando pra... pra... dependendo da, da, do que tiver. Você já vai se preparando pra ir atrás. Pra, sabe? Pra cuidar melhor.
(G17)

Entretanto, outras apontaram que, ao lado dessa preparação, também surgiriam maiores preocupações com o bebê, achado discutido ainda por ÖHMAN et al. (2006).

(...) eu acho que se souber [sobre uma malformação fetal]... a pessoa fica mais incuada, né? E quando nasce também... Mas eu acho que cê você ama mesmo seu filho, cê já vai ter uma prepa... uma preparação antes. Cê já vai saber como lidar. Cê não vai tar... pega, pega de surpresa, entendeu? (...) Agora você é pega de surpresa... muitas mães rejeitam o filho (...) Acha que tem que ser perfeito. (...) Acho que de certa forma é bom você saber porque cê já fica preparada.
(G19)

O fornecimento de dados sobre o feto vão construindo, portanto, não só uma subjetividade como ainda suas possibilidades de existência. Nesse sentido, é preciso haver cuidado com a qualidade técnica dos escaneamentos, bem como com a comunicação de achados adversos. Essa informação deve ser feita de modo cauteloso, pois, como defendem ALKAZALEH et al. (2004), o modo como os pais recebem as más notícias influencia a extensão do trauma psicológico sofrido.

Sobre a temática da comunicação de resultados adversos existem poucos achados. No trabalho conduzido por ALKAZALEH et al. (2004), os autores concluíram que as mulheres valorizam informações claras, analisadas a partir de vários ângulos e que fornecem dados sobre como será os cuidados futuros com a gravidez e o bebê. Esse momento deve ocorrer em uma situação em que lhes é dada privacidade e tempo necessário para fazer perguntas. A empatia com a pessoa que fornece as notícias foi visto como algo fundamental pelas mulheres, bem como a presença de um acompanhante.

O trabalho de NICOL (2007) não endereça diretamente essa questão, mas discute o problema. A autora reitera a dificuldade da equipe médica na transmissão de más

notícias. Enquanto há avanços tecnológicos constantes, tal evolução não se dá no campo pessoal. Após o descobrimento de uma malformação fetal as mulheres precisam elaborar a notícia de modo solitário, uma vez que falta treinamento adequado da equipe para fornecer suporte e encaminhamento.

Como indicam PETERSEN e JAHN (2008), as especificidades dos exames em condições reais tendem a ser menores do que em laboratórios, resultando em uma ampla gama de achados suspeitos ou de FP. De modo geral, as mulheres desse espectro se submetem a exames mais precisos, freqüentemente tendo suas preocupações e ansiedades aumentadas. Esse foi o cenário investigado por ÖHMAN et al. (2006) que acompanhou 24 mulheres com suspeita de carregarem um bebê com Síndrome de Down. Após a ultrassonografia associada ao exame de translucência nucal, essas eram encaminhadas a amniocentese. O objetivo era investigar como elas reagiam ao diagnóstico do ultrassom. Após o exame cromossômico, descobriu-se que apenas quatro bebês eram portadores da doença, totalizando 20 resultados FP. O período de espera pelo resultado foi descrito como horrível ou mesmo insuportável.

Nesse estudo, percebeu-se que o resultado FP causou fortes reações de ansiedade e preocupação com o futuro do bebê. Em reação, as mulheres agiram tentando “suspender a gestação”, levando suas vidas como se não estivessem mais grávidas. Somente após o resultado da amniocentese elas recuperaram a confiança na gestação, porém duas delas precisaram de novos exames de ultrassom para voltar a se sentirem grávidas. Depois de dois meses do nascimento das crianças as mulheres foram novamente entrevistadas. Verificou-se que uma delas ainda sofria efeitos da experiência do diagnóstico FP. Outra afirmou que se arrependeu de ter participado do programa de exames fetais. Outras duas afirmaram que ainda estavam preocupadas com seus bebês e uma achava que o teste em si pudesse estar errado. Uma delas falou que ainda mantinha a imagem do bebê anormal em sua mente. Conclui-se que um resultado de FP pode causar forte ansiedade e rejeição

da gravidez. A prevalência dessas reações pode ser a longo termo, gerando sofrimentos desnecessários aos futuros pais.

BEECH (1999) corrobora essa visão. Aponta que os pais que passam por um resultado FP evitam amar seus bebês, caso precisem fazer um aborto. Destaca ainda danos incalculáveis causados por um aborto errôneo e pelos diagnósticos equivocados, temas que não são abordados pela equipe médica e que recaem cada vez mais na esfera do Direito.

Esses sofrimentos e efeitos trazidos com a tecnologia devem ser pensados como conseqüências diretas do processo de medicalização maciça sobre os corpos das mulheres e a normatização das famílias. É doloroso enfrentar o fato de para a maioria das anormalidades cromossômicas que são alvo do exame não há tratamento disponível. Assim, o que se pode fazer com um diagnóstico adverso?

“Pode-se dizer, de um modo geral, que o conjunto de métodos de diagnóstico e terapêuticos introduzidos durante as duas últimas gerações cuja eficácia seja comprovadamente superior à dos tratamentos tradicionais constitui pequeno número, é de baixo custo e de aplicação muito simples. Não obstante, a maior parte da despesa médica é destinada a diagnósticos e tratamentos cujo benefício para o paciente é nulo ou duvidoso, porque o seu efeito, em caso de sucesso, é mudar a patologia, freqüentemente prolongando e intensificando o sofrimento” (ILLICH, 1975, p.27).

ILLICH (1975) é muito preciso em sua colocação: em alguns casos, o recurso diagnóstico não traz benefícios ao sujeito. No caso da ultrassonografia, as únicas condutas a serem seguidas diante de uma adversidade grave recaem na opção pelo aborto terapêutico ou na sofrida preparação psicológica dos pais para a chegada de um bebê doente. Tais desfechos precisam ser informados aos pais, bem como a probabilidade de resultados FP e FN. Pode-se verificar que a extensão do problema está aumentando com a difusão da técnica, mas infelizmente os danos emocionais causados pelos diagnósticos são pouco abordados nas investigações médicas.

Como apontado na literatura, (BEECH, 1999; GORDIS, 2000; ÖHMAN et al., 2006), algumas pessoas diagnosticadas positivamente com uma doença e/ou condição nunca terão esse rótulo apagado, mesmo com resultados negativos em testes posteriores. Acredita-se que, não só os dados diagnósticos modelarão uma subjetividade fetal; todos os elementos apresentados sobre o feto influenciaram a constituição do bebê imaginário no psiquismo materno. A equipe de saúde precisa conhecer o poder do ultrassom como ferramenta que interfere diretamente nos pais e no bebê.

Os achados da presente pesquisa e os estudos da literatura mostram como os dilemas éticos e morais, impingidos pelo uso da ultrassonografia, podem ter sérias conseqüências. Acredita-se que esses podem ser considerados riscos invisíveis, pois são pouco discutidos, conhecidos e, portanto, considerados em um processo de escolha. Dessa maneira não se pode apenas discutir a problemática do aborto. Tudo o que está por detrás de um processo de rastreamento de patologias fetais influencia a vida da gestante e seu entorno.

6.5 ENTRE PERIGOS E DESEJOS: MANEJANDO RISCOS

A linguagem das probabilidades de desfechos favoráveis ou desfavoráveis permeia atualmente o discurso da gravidez. O exame de ultrassom, bem como outros procedimentos de teste de diagnóstico fetal, redimensiona o corpo e o psiquismo da mulher, modelando atitudes de controle de possíveis riscos.

Percebeu-se que na prática do escaneamento ultrassonográfico existem riscos visíveis e invisíveis à mulher. Os primeiros estavam voltados aos perigos técnicos inerentes da própria tecnologia, enquanto os segundos diziam respeito às questões que envolviam o

resultado diagnóstico. A existência desses aspectos deve ser levada em conta pela equipe de saúde no atendimento de pré-natal.

A ultrassonografia, teste capaz de diagnosticar entre 70 a 80% das patologias fetais, pode alterar radicalmente o curso de uma gravidez. Entretanto, sua validade depende sempre do conjunto: operador, maquinário e tempo de exame, características que não são de conhecimento da gestante.

Verificou-se que qualquer que seja o resultado diagnóstico esse traz implicações. Um resultado de normalidade fetal pode gerar sensações de segurança na mulher, mas tem como efeito colateral a criação de um **estado de alerta contínuo**. Tal fenômeno mostra que as mulheres passam a “necessitar” da tecnologia de modo acentuado, levando ao uso abusivo. O desejo de ver da gestante ganha força na busca de readquirir uma tranquilidade constante. Nesse sentido, observa-se que **as mulheres passaram a depender emocionalmente da tecnologia de ultrassom** para sentirem-se confiantes e próximas de seus bebês. Esse comportamento parece movido por insegurança e medo, o que pode representar um **efeito iatrogênico**, capaz de produzir traumas psíquicos.

Diante disso, pode-se pensar que cada novo ultrassom pode ser visto como o momento do parto, pois características do feto passam a ser acessíveis e dignas de qualificação. Uma vez que não se sabe o que se pode encontrar durante o exame, percebeu-se que o maior risco no uso do ultrassom pode ser sua própria função diagnóstica, já que tal fato cria implicações sobre as mulheres e suas famílias.

Nos casos de malformação fetal letal ou grave, a possibilidade do aborto terapêutico pode ser a única opção viável. No entanto, a imprecisão dos testes diagnósticos gera dificuldades que contemplam desde questões econômicas até embates de ordem subjetiva. Desse modo, os níveis de complexidade do problema aumentam com o uso indiscriminado da ultrassonografia.

Há de se considerar ainda os dilemas éticos e morais que podem trazer sérias conseqüências sobre os envolvidos. Conclui-se que o uso dado à tecnologia impinge riscos visíveis e invisíveis que devem ser considerados em um processo de testagem diagnóstica, tanto pelas mulheres quanto pela própria equipe de saúde, aspectos esses que são pouco discutidos em um processo de escolha. Portanto, a discussão deve amplificar a problemática do aborto, abrangendo os aspectos mais sutis trazidos por um diagnóstico fetal.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o decorrer do tempo a gravidez deixou de ser um processo fisiológico natural da vida de uma mulher e tornou-se uma patologia médica, digna de monitoramento e medicalização. A criação de uma indústria da gravidez, com instrumentos que variam desde a criação de medicamentos básicos até o consumo de procedimentos de alta tecnologia, despertou novas demandas nas mulheres, tendo, como expoente máximo, o controle da vida fetal.

Essa atitude frente à gravidez e ao conceito formulam discursos que garantem a utilização de recursos médicos e tecnológicos, teoricamente focados na garantia da saúde materno-fetal. As mulheres, gradualmente, foram ensinadas a demandar esses recursos, aceitando diversas intervenções. Como resultado, o aprofundamento da manipulação do corpo e o desenvolvimento das tecnologias de diagnóstico de imagem reconfiguraram o processo gestacional. A ultrassonografia, procedimento utilizado no pré-natal mundialmente, tem lugar de destaque nesse processo, sendo eleita como tema da presente investigação.

Este estudo apresentou achados importantes sobre como as mulheres vivenciaram o exame de ultrassom e quais discursos formularam sobre esse momento. Tais dados foram pensados à luz do conceito de medicalização social. Observou-se que o exame de ultrassom apresentou caráter polissêmico, mostrando diferentes sentidos na vida das entrevistadas. Concluiu-se que a ultrassonografia obstétrica vai muito além de um procedimento médico, sendo considerada experiência indispensável na cultura vigente.

Inicialmente, o ultrassom foi descrito como uma ferramenta poderosa na reconfiguração das percepções corporais. A própria confirmação e crença na realidade da gravidez foram influenciadas pela tecnologia que, ao aliar visualidade e cientificidade, constrói

elementos corporais ainda desconhecidos da mulher, entre eles, os sintomas gravídicos e os movimentos fetais. A visualização do corpo reconfigurou sensações femininas e antecipou atitudes, como a entrada na maternagem. Essas passaram a se sentirem mães após a visualização de seus corpos, algo sentido como capaz de produzir certezas. Nesse sentido, a ultrassonografia foi significada como fonte de conhecimento confiável sobre o corpo gravídico, em detrimento as percepções e emoções das gestantes. Como resultado, as mulheres precisaram cada vez mais de dados médicos sobre seu estado para garantir conhecimentos sobre sua própria gravidez.

As representações das gestantes sobre o exame forneceram elementos para compreensão da aceitação do mesmo, fato visto em sua rápida expansão no país. O discurso mostrou que elas atribuíram uma noção de normalidade ao uso da tecnologia, baseadas em uma suposta inocuidade do exame associado a uma rotina de pré-natal já estabelecida. Outro ponto importante para sua aceitação foi o reconhecimento das gestantes de que esse exame está imerso em um cenário social, que possibilita a aproximação de companheiros, familiares e amigos junto à gestação. Tal fato foi reforçado pela importância da presença de um acompanhante, especialmente o pai do bebê, durante o escaneamento. Representações fornecidas pela mídia ainda fortaleceram o caráter social do ultrassom, formulando um ideário sobre ele.

A medicalização modelou demandas e comportamentos sobre a tecnologia, sendo o mais importante a criação nas mulheres de um desejo de verem seus filhos. Elas passaram a querer ver seus bebês e obter informações sobre eles, como se estivessem exteriorizados de seus corpos. Apesar do temor de uma incompreensão das imagens do bebê, as mulheres pareceram entender o que era mostrado, levando algumas delas a experiências surpreendentes, como a possibilidade de descobertas sobre o feto no monitor. Diante das imagens, médicos, gestantes e acompanhantes utilizavam mecanismos de personificação fetal, onde elementos físicos e subjetivos eram inseridos em um conceito de

“personalidade de um bebê”. Dados sobre o sexo e condição humana do feto foram privilegiados no discurso das mulheres.

Um importante argumento utilizado pelas mulheres para dar suporte ao seu desejo de “ver o bebê”, foi a suposta obtenção de uma segurança emocional com relação ao andamento da gestação e a saúde do filho, via acompanhamento visual da gravidez. Como efeitos desse novo hábito feminino, apareceram a necessidade de monitoramento fetal, a dependência emocional dos resultados do exame e o uso abusivo de repetidos escaneamentos. As mulheres demandaram ativamente o uso do procedimento, algumas recorrendo inclusive, à prática privada para obterem um exame qualificado. Esse cenário pode ser expandido para a cultura de risco gravídico erigida na sociedade atual.

Os aspectos do ambiente médico e da postura dos profissionais foram elementos fundamentais na vivência das mulheres sobre o ultrassom. O encaminhamento do obstetra para a realização do exame foi considerado, pelas mulheres, insuficiente para sanar suas dúvidas sobre o procedimento. Entretanto, não apareceram maiores questionamentos sobre esse comportamento médico, fazendo com que elas cumprissem as rotinas pré-estabelecidas. Quanto ao ultrassonografista, percebeu-se que ele ganha papel preponderante na gravidez. Sua subjetividade e postura foram avaliadas criticamente pelas gestantes, característica implícita desta tecnologia que aproxima médico e paciente. O modo como esse profissional realiza o exame e se comunica com a mulher foram fundamentais para o entendimento delas sobre a saúde de seus filhos e a segurança da gravidez. Em consequência, determinadas gestantes endereçaram ao ultrassonografista questões e demandas antes do obstetra, principalmente nos casos em que eles agiram carinhosamente, como, por exemplo, discutir rumos da gravidez, diagnóstico de malformações, prescrição de medicamentos e situações clínicas.

Percebeu-se uma redefinição nas representações sobre os médicos na assistência pré-natal, apesar de as mulheres diferenciaram os papéis de obstetra e ultrassonografista.

Apontou-se a hipótese de que, com o declínio da qualidade do atendimento clínico e a supervalorização de tecnologias diagnóstico-científicas, o papel do ultrassonografista, apoiado em uma tecnologia produtora de “verdades”, passou a ser considerado o responsável pela gravidez.

A maioria das gestantes adotou uma postura crítica em relação ao comportamento médico: esperavam um padrão de atendimento que envolvesse aspectos subjetivos dos profissionais, além da competência clínica. Afirmaram que gostariam de ser informadas sobre o andamento da gravidez e empregaram um sentido de destaque às informações, tema preponderante nos discursos. Percebeu-se que as mulheres detêm conhecimentos sobre a função do exame e possíveis conseqüências oriundas do diagnóstico. Nesse ponto, a pesquisa trouxe um achado relevante: as mulheres estão mais imbuídas de saberes. Elas buscaram as ferramentas de pesquisa, como televisão e internet, e desejavam argumentar escolhas, ou seja, serem ativas nos processos de decisão. Apesar de uma atitude mais questionadora, a possibilidade de empoderamento das gestantes, como recusa e negociação, frente à tecnologia foi pequena. Isso porque a postura crítica delas ficou mascarada pelas relações hierárquicas frente ao poder/ saber médico que dá suporte ao uso desse procedimento científico. Todos esses aspectos apontados podem ser considerados conseqüências diretas do processo de medicalização social que, traz em si, formas efetivas de controle dos corpos com vistas à normalização.

Outra questão relevante a ser destacada foi a angústia vivida pelas mulheres investigadas. O ultrassom marcou profundamente suas gestações, exercendo impacto bastante importante na mulher, mesmo após semanas do escaneamento. A intensidade dessa vivência esteve associada ao conhecimento sobre as funções do exame, sendo que as gestantes precisaram manejar o conflito entre desejo de verem seus bebês e os possíveis riscos desse ato, tanto relacionados aos aspectos técnicos do procedimento quanto à possibilidade de descobertas adversas. Surgem aqui os inevitáveis dilemas éticos e morais inerentes ao processo de rastreamento de patologias fetais, sendo o

aborto o mais extremo deles, uma vez que a detecção precoce de doenças não implica, necessariamente, a existência de uma terapêutica disponível. Essa limitação leva ao questionamento da função de um resultado diagnóstico, tema mais complexo em países onde o aborto é proibido.

Em consequência, após a confirmação da saúde do bebê pelo ultrassom, as sensações de alívio e segurança foram descritas pelas mulheres que passam a acreditar que se o exame não detectou nada anormal, isso se torna uma certeza. Entretanto, o exame não é capaz de detectar 100% das patologias fetais, tendo como efeito colateral o aumento na ansiedade da mulher durante o processo gestacional; sensação essa que só poderia ser “eliminada” com um escaneamento futuro. Assim, o fato de não ver o bebê continuamente passa a ser algo angustiante para mulher, dano iatrogênico. Outro efeito danoso refere-se à imprecisão do resultado, percebida pelas mulheres como diagnósticos errados.

Apesar de ser reconhecida a presença de elementos ultrassonográficos que contribuem para o estabelecimento de uma suposta “relação das mulheres com seus bebês”, análise vista no discurso por meio do surgimento de pensamentos novos, de sonhos, da intensidade do laço parental e da insegurança sobre o desenrolar da gravidez, pensa-se que isso vem sendo naturalizado em um *constructo* social. Acredita-se que esse discurso automatizado funcionaria, na verdade, como uma repetição de outros discursos dominantes e hegemônicos, entre eles o do vínculo materno-fetal ou *bonding*. Trata-se de uma maternagem mediada pela tecnologia.

Percebeu-se que o ato de visualizar o ultrassom envolveu duas perspectivas distintas, ponto chave para o entendimento das diferentes representações do exame entre médicos e gestantes. Para os médicos, o exame consiste na avaliação de um feto a ser julgado em sua viabilidade. Para as mulheres, o exame mostrava um bebê a ser significado em uma condição de humanidade. Esse desencontro é sinal da assimetria existente nessas

posições. A visualização do bebê foi vista como elemento da mulher moderna, que entende e reproduz o uso da tecnologia. Em resultado, modificou-se a percepção interna feminina, o olhar pessoal sobre o filho e o processo de maternagem. Dados externos, como imagens fetais, ou “fotos do bebê”, passaram a ser indispensáveis em uma gravidez tecnologizada.

Pode-se concluir que todos os elementos que envolveram o exame de ultrassom influenciaram a vivência das gestantes. Acredita-se que tanto os elementos diagnósticos da tecnologia, como aspectos subjetivos de gestantes e profissionais, modelaram as significações sobre a gravidez e a condição fetal. Apesar de as gestantes transferirem as habilidades do ultrassom do diagnóstico fetal para o prazer em ver o bebê, diferentemente dos pressupostos iniciais dessa dissertação, as mulheres não estavam alheias a questões como riscos e confiabilidade do exame. Em decorrência disso, faz-se necessário que a equipe de saúde conheça o alcance da tecnologia de ultrassom, como ferramenta que interfere diretamente no psiquismo dos pais e no bebê.

Para contribuir na discussão sobre a melhoria do atendimento dos serviços de saúde sugere-se a implantação de uma política de consentimento informado prévio ao exame de ultrassom, pois tal conduta levantaria questionamentos das mulheres e suas famílias sobre as reais potencialidades e limitações da tecnologia. Tal ação ainda seria benéfica à própria equipe de saúde, que seria capaz de reconhecer aspectos de cada mulher, preferências e opiniões, aperfeiçoando o atendimento e estabelecendo vínculos interpessoais.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alhusen JL. A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *JOGNN*. 2007; 37: 315-328.
- Alkazaleh F, Thomas M, Grebenyuk J, Glaude I, Savage D, Johannesen J, Caetano M, Windrim R. What women want: women's preferences of caregiver behavior when prenatal sonography findings are abnormal. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004; 23: 56-62.
- Badinter E. *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- Banta D. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? [Relatório de evidências em saúde] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003 [acesso em 27 fev 2007]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/E82996.pdf>
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- Barrios PMM. Ecocardiografia fetal. In: Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 208-217.
- Beech BL. Ultrasound: Weighing the Propaganda Against the Facts. *Midwifery Today Int Midwife*. 1999; 51: 31-38.
- Benute GRG. *Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez: psicodiagnóstico e intervenção [tese de doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2005.
- Bleger J. *Temas de Psicologia: Entrevistas e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- Buchabqui JA, Abeche AM, Brietzke E, Maurmann CB. Assistência pré-natal. In: Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 25-41.
- Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 4ed. São Paulo: Graal; 2004.
- Caponi S. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(2):445-455.

Cayres AZFde. Projetos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza [homepage na internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP; c2009 [acesso em 07 jan 2009]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/boletim.php?lang=&visionId=10172034200306&style=homepage>

Chazan LK. Fetos, máquinas e subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como pessoa através da tecnologia de imagem [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2000.

Chazan LK. O Corpo Transparente e o Panóptico Expandido: Considerações sobre as Tecnologias de Imagem nas Reconfigurações da Pessoa Contemporânea. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2003; 13 (1):193-214.

Chazan LK. “Meio quilo de gente!” - Produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2005a.

Chazan LK. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. *Cadernos de campo*. 2005b; 14(13):15-32.

Chazan LK. As imagens fetais e a produção do prazer de ver: a construção do feto como Pessoa mediada pela ultra-sonografia obstétrica. *Mnemosine*. 2005c; 1(1): 346-363.

Chazan LK. “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007a.

Chazan LK. Antes, as Imagens Eram Horríveis!‘ Construindo a Estabilização da Tecnologia de Ultra-som como Produtora de Conhecimento Confiável na Gravidez. In: IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social, XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde; 2007b; Salvador, BR. Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5ed. São Paulo: Cortez Editora; 2001. Da pesquisa qualitativa; p.77-87.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 [monografia na internet]. Brasília; 1996 [acesso em 7 jan 2008]. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>

Doron R, Parot F, org. Dicionário de Psicologia. São Paulo: Editora Ática; 2002.

Ekelin M, Crang-Svalenius E, Dykes Anna-Karin. A qualitative study of mother's and father's experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*. 2004; 20: 335-344.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Erikson SL. Fetal Views: Histories and Habits of Looking at the Fetus in Germany. *J Med Humanit*. 2007; 28:187–212.

Ewigman BG, Crane JP, Frigoletto FD, LeFerve ML, Bain RP, McNellis D. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome: the RADIUS Study Group. *N Engl J Med*. 1993; 171:821–827.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes: Assistência Pré-Natal [monografia na internet]. São Paulo: 2006 [acessado em 22 set 2007]. Disponível em www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf

Filho HAG, Filho SMZ, Júnior EA, Pires CR. Ultra-som 3D/4D: a Imagem do Futuro ao nosso alcance. *Femina*. 2006; 34(10): 719-72

Filly RA, Crane JP. Routine Obstetric Sonography [editorial]. *J Ultrasound Med*. 2002; 21:713–718.

Folha de São de Paulo. Síndrome de Down. 2007 Abr 5; *Equilíbrio*:11 (col.2).

Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30(1):13-18.

Foucault M. História da sexualidade – a vontade de saber. 18ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007a.

Foucault M. A ordem do discurso. 15ed. São Paulo: Edições Loyola; 2007b.

Foucault M. Microfísica do Poder. 26ed. Rio de Janeiro: Graal; 2008a. O nascimento da medicina social; p. 79-98.

- Foucault M. *Microfísica do Poder*. 26ed. Rio de Janeiro: Graal; 2008b. A política de saúde no século XVIII; p. 193-207.
- Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 35ed. Petrópolis: Vozes; 2008c.
- Foucault M. *Microfísica do Poder*. 26ed. Rio de Janeiro: Graal; 2008d. O nascimento do hospital; p. 99-111.
- Gammettoft T. Sonography and Sociativity – Obstetrical Ultrasound Imaging in Urban Vietnam. *Medical Anthropology Quarterly*. 2007; 21(2): 133-153.
- Garcia J, Bricker L, Henderson J, Martin MA, Mugford M, Nielson J, Roberts T. Women's Views of Pregnancy Ultrasound: A Systematic Review. *Birth*. 2002; 29(4): 225-250.
- Geocze C, Gorodscy RC. Nove meses na vida de uma mãe solteira: o sentido subjetivo da gravidez. [Monografia de conclusão do curso de Psicologia]. São Paulo: Faculdade de Psicologia da PUC-SP; 2002.
- Geocze C, Moretto MLT, Inácio M. Puberdade precoce: em busca das relações entre imagem corporal e adoecimento. [Monografia de conclusão do curso de especialização e aprimoramento em Psicologia Hospitalar]. São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; 2004.
- George SM. Millions of missing girls: from fetal sexing to high technology sex selection in India [artigo de revisão]. *Prenat Diagn*. 2006; 26: 604–609.
- Georges E. Fetal ultrasound imaging and the production of authoritative knowledge in Greece. In: Davis-Floyd RE, Sargent CF. *Childbirth and authoritative knowledge*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1997. p.91-112.
- Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. *Soc. Sci. Med*. 2003;56:2045-2057.
- Gomes AG, Piccinini CA. A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. *Estudos de Psicologia*. 2005; 22(4): 381-393.
- Gomes AG, Piccinini CA. Impressões e Sentimentos de Gestantes em Relação à Ultra-Sonografia Obstétrica no Contexto de Normalidade Fetal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20 (2): 179-187.

- Gordis L. Epidemiologia. 2ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- Minayo MCSde. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Gudex C, Nielsen BL, Madsen M. Why women want prenatal ultrasound in normal pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 27: 145-150.
- Gracia TI. O giro lingüístico. In: Iñiguez L (coord). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais.* 2ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2005. p.19-49.
- Haguette MF. Metodologias qualitativas na Sociologia. 5ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
- Harris G, Connor L, Bisits A, Higginbotham N. “Seeing the Baby”: pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous australian woman. *Medical Anthropology Quaterly.* 2004; 18(1): 23-47.
- Iñiguez L (coord). *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais.* 2ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2005. A linguagem nas ciências sociais: fundamentos, conceitos e modelos. p.50-103.
- Illich I. A expropriação da saúde – nêmesis da medicina. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
- Isfer EV, Sanchez RCde, Saito M, Moron AF, Abrahão AR, Hashimoto EM. *Manual de medicina fetal: aspectos básicos.* São Paulo; 1993.
- Ji E-K, Pretorius DH, Newton R, Uyan K, Hull AD, Hollenbach K, Nelson TR. Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: a comparison of two- and three-dimensional imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005; 25: 473–477.
- Jordan B. High Technology: The Case of Obstetrics. *World Health Forum:* 1987; 8:3:312-319. Disponível em: <http://www.lifescapes.org/Writeups.htm>
- Jordan B. Technology and the Social Distribution of Knowledge: Issues for Primary Health Care in Developing Countries. In: Coreil J, Mull D (ed). *Anthropology and Primary Health Care.* Boulder: Westview Press; 1990. p.98-120.
- Kodaira SK. Princípios físicos. In: Pastore AR, Cerri GG. *Ultra-sonografia: obstetrícia, ginecologia.* São Paulo: Sarvier; 1997. p. 1-16.
- Kowalcek I, Mühlhoff A, Bachmann S, Gembruch U. Depressive reactions and stress related to prenatal medicine procedures. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002; 19:18-23.

Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 3ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002. Experiência; p.365-367.

Lee S, Pretorius DH, Asfoor S, Hull AD, Newton RP, Hollenbach K, Nelson TR. Prenatal three-dimensional ultrasound: perception of sonographers, sonologists and undergraduate students. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007; 30: 77–80.

Leithner K, Maar A, Fischer-Kern M, Hilger E, Löffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E. Affective state of women following prenatal diagnosis: predictors of a negative psychological outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004; 23:240-246.

Luna SVde. O falso conflito entre tendências metodológicas. In: Fazenda I (org). *Metodologia da Pesquisa Educacional.* 3ed. São Paulo: Cortez Editora; 1994. p.23-33.

Maciel RAde, Roseburg CP. A Relação Mãe-Bebê e a Estruturação da Personalidade. *Saúde e Sociedade.* 2006; 15(2): 96-112.

Maldonado MTP. *Psicologia da Gravidez.* 5ed. (revisão ampliada) São Paulo: Saraiva; 1997.

Magalhães JA, Dias RP. Aconselhamento pré-concepcional. In: Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia.* Porto Alegre: Artmed; 2006. p.43-45.

Magalhães JA, Magalhães OAde. Medicina Fetal. In: Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia.* Porto Alegre: Artmed; 2006. p.46-57.

Magalhães JA, Schlatter D, Chaves MTP. Ultra-sonografia obstétrica. In: Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia.* Porto Alegre: Artmed; 2006. p.218-227.

Maingueneau D. *Análise de textos de comunicação.* 3ed. São Paulo: Cortez; 2004.

Mattar R. A cerclagem para prevenção da prematuridade: para quem indicar? [editorial]. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006; 28 (3): 139-142.

Marrero L. Mulheres Suruí: narrativas sobre saúde e doença relacionadas à experiência sexual e reprodutiva. In: IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, X Congresso da Associação Latino Americana de Medicina Social, XIV Congresso da Associação Internacional de Política de Saúde; 2007; Salvador, BR. *Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização.*

- Minayo MCSde. O desafio do conhecimento. Metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 1989.
- Minayo MCSde. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF; 2000a.
- Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF; 2000b.
- Ministério da Saúde. 5ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF; 1975.
- Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília, DF; 2005.
- Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF; 2006a.
- Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília, DF; 2006b.
- Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília: c2007. Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura. [acesso em 19 set. 2007]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizartexto.cfm?idtxt=24085>
- Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília: c2007. Descobrimo que está grávida... [acesso em 19 set. 2007]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=615
- Nicol M. Vulnerability of First-Time Expectant Mothers During Ultrasound Scans: An Evaluation of the External Pressures That Influence the Process of Informed Choice. Health Care for Women International. 2007; 28:525–533.
- Nicolaides KH, Duarte LBde, Marcolim AC, Duarte G. Rastreo para anomalias cromossômicas no primeiro trimestre da gestação. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(12):647-53

Novaes HMD. Social impacts of technological diffusion: prenatal diagnosis and induced abortion in Brazil. *Soc. Sci. Med.* 2000; 50: 41-51.

Öhman SG, Saltvedt S, Grunewald C, Waldenström U. Does fetal screening affect women's worries about the health of their baby? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83:634-640.

Öhman SG, Saltvedt S, Waldenström U, Grunewald C, Olin-Lauritzen S. Pregnant Women's Responses to Information About an Increased Risk of Carrying a Baby with Down Syndrome. *Birth.* 2006; 33(1):64-73.

Oomman N, Ganatra BR. Sex Selection: The Systematic Elimination of Girls. *Reproductive Health Matters.* 2002; 10(19):184-197.

Pastore AR, Cerri GG. *Ultra-sonografia: obstetrícia, ginecologia.* São Paulo: Sarvier; 1997.

Petersen J, Jahn A. Suspicious Findings in Antenatal Care and Their Implications from the Mothers' Perspective: A Prospective Study in Germany. *Birth.* 2008; 35(1): 41-49.

Piontelli A. *De feto a criança.* Rio de Janeiro: Imago Editora; 1995.

Presidência da República Federativa do Brasil [homepage na internet]. Brasília: c2007. Decreto-lei no. 2.848 de 7 de dezembro de 1940. [acesso em 12 nov. 2007]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/De12848.htm>

Press N, Browner CH. Why women say yes to prenatal diagnosis. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45 (7): 979-989.

Rapp, R. Refusing Prenatal Diagnosis: The Meanings of Bioscience in a Multicultural World. *Science, Technology, & Human Values.* 1998; 23(1): 45-70.

Riesco MLG. *Que parteira é essa?* [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Rocha D, Deusdará B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA.* 2005; 7(2): 305-322.

Rustico MA, Mastromatteo C, Grigio M, Maggioni C, Gregori D, Nicolini U. Two-dimensional vs. two- plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005; 25: 468-472.

Sedgmen B, McMahon C, Cairns D, Benzie RJ, Woodfield RL. The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment

and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 27: 245–251.

Serrão D. Estatuto do Embrião. *Bioética.* 2003; 11(2):109-116.

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG do. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1281-1289.

Sharma BR, Gupta N, Relhan N. Misuse of prenatal diagnostic technology for sex-selected abortions and its consequences in India. *Public Health.* 2007; 121: 854–860.

Shipp TD, Shipp DZ, Bromley B, Sheahan R, Cohen A, Lieberman E, Benacerraf B. What Factors Are Associated with Parents' Desire To Know the Sex of Their Unborn Child? *Birth.* 2004; 31(4): 272-279.

Silver LD. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Giffin K, Costa SH. *Questões da Saúde Reprodutiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz;1999.

Sjöström K, Thelin T, Maršál K, Valentin Lil. Effects of maternal anxiety on perception of fetal movements in late pregnancy. *Early Human Development.* 2003;72:111-122.

Spink, MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Porto Alegre: Edipucrs; 2004. As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano; p. 53-76.

Tanaka ACd'A'. *Maternidade – Dilema entre nascimento e morte.* São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec e Abrasco; 1995.

Tanaka, ACd'A, Alavarenga T de. Tecnologia e Medicalização na Concepção e Anticoncepção. In: Galvão L, Díaz J, organizadores. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios.* São Paulo: Hucitec, 1999, p.198-208.

The Fetal Medicine Foundation. Down's Screening at 11-13+6 Weeks [monografia na internet]. Londres: 2007 [acessado em 20 dez 2007]. Disponível em: <http://www.fetalmedicine.com/f-downs.htm>

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais.* São Paulo: Editora Atlas S.A.; 1987.

Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. [sítio da internet]. São Paulo: 2009 [acessado em 27 fev 2009]. Disponível em: <http://www.uspleste.usp.br/cursos.php?pagina=obstetricia>

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2ed. Guia de apresentação de teses. São Paulo; 2006.

Wagner M. Ultrasound: More Harm than Good? *Midwifery Today*. 1999; (50):28-33.

Watson MS, Hall S, Langford K, Marteau TM. Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of information. *Prenat Diagn*. 2002; 22:569-575.

Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

Wax JR, Pinette MG. Nonmedical fetal ultrasound – why all the noise? [editorial]. *Birth*. 2006; 33:1.

Wilheim J. O que é psicologia pré-natal. 3ed (atualizada). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Williams C, Sandall J, Lewando-Hundt G, Heyman B, Spencer K, Grellier R. Women as moral pioneers? Experiences of first trimester antenatal screening. *Soc. Sci. Med*. 2005; 61:1983-1992.

Wojciechowski V. Reações iniciais e níveis de stress da gestante frente ao diagnóstico de malformação fetal não letal [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2004.

World Health Organization. What is the efficacy/effectiveness of antenatal care? [monografia na internet]. Geneva: 2007. [atualizado em 01 nov. 2004; acesso em 04 nov. 2007]. Disponível em: http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/antenatal/20031223_1

ANEXOS

Anexo 1 – Modelo de Ficha Médica (Parte Externa)

Anexo 2 – Modelo de Ficha Médica (Parte Interna)

Anexo 3 – Questionário

1. Atualmente a senhora está trabalhando?
2. Quantas horas por semana?
3. A senhora tem alguma religião?
4. É praticante?
5. Qual é a renda pessoal da senhora?
6. Qual é a sua renda familiar?
7. Quantas pessoas contribuem para a renda familiar?
8. Quantas pessoas vivem com a renda familiar?

Anexo 4 – Roteiro da Entrevista Semi-Dirigida com os Principais Tópicos
Investigados nas Mulheres Gestantes

Tópico 1: Descoberta da gravidez

Questão de abertura: Fale-me sobre como é estar grávida

Temas a serem abordados:

Quando e como a senhora descobriu que estava grávida?

Como a senhora reagiu frente à notícia da gravidez?

A senhora já imaginava que poderia estar grávida?

A senhora estava pensando em engravidar?

A senhora tem um companheiro? Há quanto tempo?

A senhora sentiu alguma mudança relacionada com sua aparência após a gravidez?

Como se sente em relação a isso?

Tópico 2: Aspectos relacionados à maternidade

Questão: Para senhora o que significa a palavra ‘mãe’?

Tópico 3: Pré-natal

Questão de abertura: Fale-me sobre o seu pré-natal

Temas a serem abordados:

Quando a senhora decidiu fazer o pré-natal?

Como a senhora está vendo o andamento do seu pré-natal?

Quais exames a senhora já realizou?

Tópico 4: O exame de ultra-som obstétrico

Questão de abertura: Me conte e descreva como foi o seu exame de ultra-som

Temas a serem abordados:

Como a senhora imaginava o exame de ultra-som?

Em sua opinião, para que serve o exame de ultra-som? Qual a sua função?

O que a senhora achou sobre ter feito o exame de ultra-sonografia?

Quando a senhora fez o exame de ultra-som o que viu na tela?

Qual foi o momento mais importante do exame para senhora?

O pai do bebê assistiu o exame de ultra-som? Como foi?

Quando o médico deu o resultado do exame como a senhora se sentiu?

A senhora acha que o exame de ultra-som pode trazer algum tipo de risco?

Quando o médico da senhora indicou o exame de ultra-som ele explicou os motivos?

A senhora possui dúvidas sobre exame de ultra-som? Quais?

Em sua opinião o exame de ultra-som fez diferença na sua gravidez? De que maneira?

Como a senhora imagina que seu bebê seja?

Como você imagina sua relação com seu filho?

Como a senhora se imagina como mãe antes e depois do exame de ultra-som?

Se a senhora precisasse explicar para alguém como é o exame de ultra-som o que você diria?

Identificar intercorrências de saúde relacionadas a gestação.

Anexo 5 – Aprovação da Banca de Qualificação

Anexo 6 – Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo

Anexo 7 – Termo de anuência do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cep:01246-904 – Cerqueira César
São Paulo – Tel/ fax: 3066-7721

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Eu, Ana Cristina d' Andretta Tanaka, diretora do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza, que pertence à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CSGPS/FSP/USP), declaro estar de acordo com a realização da pesquisa intitulada **“Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres grávidas submetidas ao ultra-som obstétrico”**, nesta instituição, desde que a pesquisa seja aprovada por Comitê de Ética.

Sem mais, atenciosamente.

Prof. Dra. Ana Cristina d' Andretta Tanaka
Diretora do CSGPS/FSP/USP

São Paulo, 17 de janeiro de 2008

Anexo 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cep:01246-904 – Cerqueira César
 São Paulo – Tel/ fax: 3061-7000

I – Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome:

Documento de Identidade número:

Data de Nascimento:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone:

Celular:

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres grávidas submetidas ao ultra-som obstétrico.

Pesquisador: Caroline Geocze

Documento de Identidade número: 29629445-7

Cargo/Função: Psicóloga e aluna de Pós-graduação em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no nível Mestrado.

Departamento: Saúde Materno-Infantil.

Este projeto tem o objetivo de compreender as experiências de mulheres que realizam o ultra-som obstétrico na gravidez e identificar os significados que elas atribuem ao exame. Para tanto será pedido que a senhora responda um questionário para conhecimento de seus dados sócio-econômicos. A seguir será feita a entrevista, que será gravada, com duração aproximada de uma hora. É assegurado o anonimato das participantes em todos os momentos da pesquisa. A senhora será identificada por um

número de conhecimento exclusivo da pesquisadora e sua identidade será preservada. Será garantido seu anonimato e a senhora poderá desistir a qualquer momento sem prejuízo de seu atendimento. A entrevista não envolve praticamente problemas para sua saúde, mas se a senhora sentir algum desconforto emocional em consequência de sua participação na pesquisa lhe será fornecido apoio psicológico.

Durante a execução do projeto foram pensados que os riscos trazidos com a participação na pesquisa são mínimos. Em caso de qualquer tipo de problema ou desconforto relacionado com a participação na pesquisa, a senhora poderá ligar para a pesquisadora no Departamento de Saúde materno-infantil nos telefones (11) 30617703 e 30813451. A senhora tem o direito de ligar para a pesquisadora, sempre que desejar, para esclarecer dúvidas sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa e a resposta será fornecida. A participação no estudo é voluntária, não remunerada, e a senhora pode, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa, mesmo ao final da entrevista.

A senhora também pode procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone (11) 3061-7779 ou 3061-7742 ou Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, CEP: 01246-904, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados na comunidade científica, mas com o sigilo de sua identidade.

Declaro que estou ciente do conteúdo acima e aceito participar da pesquisa.

Eu, Caroline Geoczze, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

Assinatura do sujeito de pesquisa
(carimbo ou nome legível)

Assinatura do pesquisador

São Paulo, de de .

Anexo 9 – Termo de Responsabilidade do Pesquisador

Eu, Caroline Geocze, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **“Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres grávidas submetidas ao ultra-som obstétrico”**, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente às instituições envolvidas e ao CNPq toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

São Paulo, 24 de Janeiro de 2008.

Caroline Geocze

Anexo 10 – Ficha médica das gestantes

Anexo 11 – Material de Análise de G1: resumo da entrevista e quadros de discursos

Resumo da entrevista G1: 05/06/08

G1 inicia contando que a gestação trouxe modificações profundas. Morava no exterior, legalizada, e com estabilidade profissional. Conta que trabalhava muito e que vive com o companheiro há dois anos. Após a notícia da gravidez, decidiu vir ao Brasil porque sentiu-se só e com medo. Relata fantasias de desamparo, medo e insegurança. O companheiro veio ao país com ela e o sustento da família ficou a cargo do pai de G1, fato que a incomoda. Pretende regressar ao exterior no futuro. Apresenta preocupações com o marido e com a gestação. Acha que ele passa segurança e estabilidade. Diz que ele ficou feliz com a gestação.

Conta que descobriu a gravidez por meio de exames. Usava diafragma e após sentir alergia passou a não utilizar nada. A reação inicial á notícia foi surpresa. Achou que sua vida tinha acabado. Diz que chorou muito e que procurou o médico para desabafar. Ele disse que a idade dela era ótima pra ser mãe e que ela estava bem para ter filhos. Relata que após essa fala se conformou com a gravidez e sente-se feliz. Falou sobre o senso de responsabilidade que a maternidade desperta. Diz que seu humor mudou e que não sente vontade de sair. Relata que tem medo do parto e da situação nova imposta pela gravidez. Acha o novo corpo estranho e sente preocupações estéticas. Diz que os médicos do exterior são diferentes e piores que os do Brasil. São secos, sistemáticos e brutos. Acha que eles deveriam ser mais doces. Não se sentia a vontade com eles para conversar e tirar dúvidas.

Com relação aos exames, ela diz que existia um protocolo a ser seguido sem explicações e que ali a ultrassonografia se encaixava. Achava que era um exame normal, pois sempre via na TV. Inicialmente, diz que não via nada na tela. Estava com 12 semanas. Não ouviu o coração, o que a deixou triste. Diz que a única prova de seu

exame é uma foto do bebê, porque não ganhou laudo ou resultado. Conta que os médicos não deram informações, o que gerou sensações de descaso e abandono. Achava que poderia conversar com eles e que receberia explicações, entretanto, nem as dúvidas foram respondidas. A interação com o médico se resumiu na fala “olha o seu bebê”, sem dados sobre a saúde fetal. Compara ter feito o exame a ter tomado um analgésico para dor de cabeça, a ter feito um exame de sangue e não saber a doença.

Sobre as funções do exame, fala que não sabe dizer ao certo, mas que serve para verificar o coração e se não faltam partes no bebê. Conta que não pensou que o bebê pudesse ter algum problema, ou não estar bem. Quando viu que ele estava bem, quis acreditar que isso fosse verdade. Após um tempo de observação, entendia o que estava sendo mostrado. Diz que, durante o exame, se sentiu como um animal e ficou sem reação. Queria deixar a sala. Diz que o ponto alto do exame é ver a imagem, pois ela ganhou importância em sua mente. Mudou o modo como ela se via como mãe, pois ajuda a mulher a entrar no papel de mãe. Diz que quando se vê o bebê é diferente de somente saber que se está grávida. Ver leva a acreditar na gestação e a sentir-se mãe. Não imagina gravidez sem ultrassom. Guarda a imagem do corpo do bebê na tela. Passou a imaginar o rosto do bebê após ver a foto, que ela carrega sempre com ela. Acha que o ultrassom faz muita diferença na gravidez porque a partir dele o bebê ganhou espaço e importância. Conta que o marido só acreditou na gravidez após a ultrassonografia. Sobre o risco, afirma que a única coisa que imagina é um choque elétrico.

Categorização e seleção de discursos (unidades de análise) G1

Eixo temático 1 – “Discursos relacionados ao exame de ultra-som”

Discursos relacionados ao exame de ultra-som	Representações sobre o exame antes de fazê-lo	<i>Eu imaginava que... Que ela ia me dizer. Que, que a médica, quando eu fosse, entrasse para fazer o exame... Durante o exame fosse me explicando alguma coisa. Olha tá assim por isso. Que me explicasse o que tava acontecendo. Normalmente. Como um exame. E... e não... Mas, não... eu num, eu não sei. Eu pensava que podia escutar o barulho do coraçãozinho. E eu não escutei nada. (...) Não. Não botaram para escutar nada. Só me falaram: ah, esse aí é o bebezinho. Olha onde tá o bebezinho.</i>
	Representações sobre o exame após fazê-lo	<i>Eu me senti como seu eu fosse uma vaca. E... o... o... o... uma pessoa vem e tira leite. E num... Sabe? Como se eu fosse um animal. Basicamente me senti como se eu fosse um animal. Não, num... Para mim não é natural. Eu acho que devia até fazer uma coisa assim mais... sabe mais? (...)Mas não. Foi absolutamente como se... eu tivesse esperando em uma fila. E não tinha. E eu era a única do dia (risos). E num... E... Não sei... É como eu te falo. Como se eu fosse um animal. Como se tivesse fazendo num animal. Como você não entende nada, você não vai falar nada</i>
	Conhecimentos sobre o exame	<i>Ah, normal porque eu sempre via na TV (risos). (...) Eu sempre assisto documentário então, como eu sempre assis...olha...via bastante documentário e tal. (...) Não foi nenhuma surpresa. É... Foi um exame normal É... não sei assim bem [para que serve o exame]. Eu não tenho muita, não tenho exatidão. Eu penso que é para ver como ele tá dentro. Se... os movimentos... Não, não sei... não sei... Se falta alguma... (risos) alguma parte. Se ele tá bem. É isso. Não sei. O coração. Não sei. Pra ver se ele tá tudo... se tá funcionando como... Desenvolvendo natural... naturalmente</i>
	Conflito corpo vs. emoção vs. tecnologia	<i>Como se tivesse fazendo num animal. Como você não entende nada, você não vai falar nada [gestante falando como não se sentiu percebida pela equipe médica]. Sentir... Tudo bem. Mas, na hora que você vê [no ultrassom] é diferente.</i>
	Sobre a visualidade	<i>E... E eu não entendi o que eu tava vendo porque eu vi umas manchinhas, assim... Não sabia onde tava (risos). E, ah... Aí apareceu direitinho. Aí ele tem assim... Apareceu melhor. Aí eu vi o quê, o que era. Um bebezinho... Eu via a cabeça, assim, o corpinho e tenho até foto! A parte do ultra-som sim. Que... que isso ajuda bast... mais. Sabe? Você assume melhor o papel.</i>
	Construções sobre o feto	<i>Eu, enquanto eu não vi... eu... Eu nem dava... Apesar de que eu nem dava tanta importância. (...) Pro nenê. Não é que eu não dava importância. Não é que eu maltratava, nem nada. Mas... eu não falava... eu num pensava no que eu ia falar. Sabe? Eu falava qualquer porcaria. Assim, qualquer coisa. Ah, eu não queria tá grávida. Ah, como? Por que agora? Ah, acabou minha vida. Sabe assim? Eu falava um montão de besteira. E depois que eu vi... Eu pensei assim: aí, não vou falar isso porque vai que ele entende... ou vai que ele se lembra... (risos). Não existe lembrança assim, né? É... mas... Na minha cabeça eu comecei a respeitar mais ele, entendeu? É isso. Acho que é isso. Entendeu? Eu comecei a... a... a levar mais em consideração que era uma pessoa. Que eu não devia falar essas coisas. Entendeu? Não era uma coisa imaginária. Eu não tava imaginando que eu tava grávida. Não! Eu tava grávida! Eu vi a foto, entendeu?</i>
	Questões relacionadas ao companheiro e ao exame	<i>A cara dele foi a coisa mais cômica porque ele ficava olhando assim (risos)... Mas a gente não escutou o barulhinho, né? Mas foi legal. Foi muito legal. E... aí... Mas depois daí é que foi acho legal. Porque pra ele ainda não tinha. Ele ainda não tinha se dado conta do que era. Do, da... Da verdade que era. Que tava aí dentro. Porque ele pensava: não, não deve tar não. Eu não sei o que passava na cabeça dele, sabe? Eu sei que ele falou, na hora que a gente saiu ele falou: agora sim eu acredito! (...) Agora sim eu acredito. Porque eu vi! Então na hora que ele viu é que ele... Ele realmente acreditou que... que tava, que ia ter filho (risos).</i>

Categorização e seleção de discursos (unidades de análise) G1

Eixo temático 2 – “Discursos sobre as vivências relacionadas ao ambiente médico no uso do ultrassom no uso do ultrassom: rotinas, procedimentos técnicos e relacionamento interpessoal entre médico e gestante”

Discursos sobre as vivências relacionadas ao ambiente médico no uso do ultrassom no uso do ultrassom: rotinas, procedimentos técnicos e relacionamento interpessoal entre médico e gestante	Experiências anteriores relacionadas a gravidez e ao exame de ultrassom	<i>Eu acho que eles são muito frios [os médicos do exterior]. Às vezes eles nem... olham na sua cara. Então muitas vezes você num, não tem nem como explicar uma, o que você tá sentindo. Uma dor. Uma coisa. Porque são tão... É claro não são todos, mas a grande maioria. Eles são frios. Eles não são como a gente aqui.</i>
	Expectativas colocadas aos médicos	<i>Eu não ia chegar lá no médico chorando. Então, eu tava tão des... tão... é... com medo... tão assustada. Em tar num lugar só. Que eu socorri, eu me socorri ao médico para chorar. É que antes para mim era... era... pra mim tanto faz. Tanto fazia se me atendia olhando na minha cara ou não. Porque eu ia e se me passasse o remédio e melhorasse... Pra mim era o que... tava bem. Só que depois, quando eu fui... (...) na gravidez...</i>
	Impressões das gestantes sobre a relação com os médicos	<i>Quando eu fui no pré-natal. No primeiro. Eu achava muito estranho, porque a... a médica era muito... sistemática, sabe? Muito é... ah... é... Brava. Assim. Eu achava estranho porque eu pensava: tá lidando com uma coisa tão delicada. Tá trabalhando com um, em um meio. Em uma situação em que as pessoas tem até que ser mais delicada. Porque é mulher e bebê, é criança. Entende? E eu achava elas muito... muito brutas. Então eu não gostava, eu já não gostava. Mas, eles não me explicavam. Não me davam... não me orientavam tão bem assim. Não tinham... acho que paciência, sabe?</i>
	Reações das gestantes frente à postura médica	<i>Eu ia perguntar o quê (risos)? Eu fico... você fica até sem reação. O que eu queria era sair da sala. Entende? Elas acabam assustando as... as... as mã... mães, as pessoas. Porque você fala: o quê que? A minha idéia... A minha cabeça...</i>
	Expectativas sobre o dito de informações médicas	<i>Ele me passou o exame e acabou. Não me falou pra que era, nem pra onde ia, nem o que ia ter que fazer. (...) Mas ele não me falou que nem: vou te passar ultra-sonografia que serve para isso, ou pra aquilo, pra... pra analisar. Ou... eu não sei. Não me falou. Não... simplesmente me deu o papel e... e... sabe... o problema é seu. Vai cuidar da sua vida (risos)! Porque é... eles não me falam... é... O médico primeiro não me falou pra que era. E... o... o qual o objetivo do exame. (...) Então eu fiquei sem saber o fundamento. Para quê que eu fiz. O porquê... Porque eu fiz. É... Sem nada. Eu acho que foi um exame alea... É como... te passar um... um... não sei. (...) Um remédio pra dor de cabeça. Em geral se elas tivessem falado tá tudo bem... Pode ir para casa tranqüila que ele tá se desenvolvendo bem. Hum, aparentemente não falta nada. Ele tá... (risos) normal. Não me falaram nada. Então eu fiquei sem saber.</i>

Categorização e seleção de discursos (unidades de análise) G1

Eixo temático 3 – “Discursos sobre o risco ligado ao uso do ultrassom: avaliação da saúde do feto, falha tecnológica e os possíveis dilemas éticos e morais”

Discursos sobre o risco ligado ao uso do ultrassom: avaliação da saúde do feto, falha tecnológica e os possíveis dilemas éticos e morais	A questão do risco	<i>Um choque?! Pode ser?! (risos) Não, a única coisa que me passou pela cabeça foi um choque, mas até aí...(risos). Na, na... do gel com a... maquininha (risos). Eu pensei. Não pensei, mas assim é o que me pode passar pela cabeça, sabe? Não sei se... se... se vai acontecer alguma coisa. Não acredito, mas... A única coisa me, que me parece provável que possa vir a acontecer é um choque, né? Até então eu acho que não sei... Não é possível.</i>
	Sobre a saúde do feto	<i>Não [não pensou que o bebê não estivesse bem]. Isso não. Não pensei. Não. Isso eu não pensei. Mas eu não pensei não é porque me falaram nada. É exatamente porque eu vi. Então eu pensei comigo...tem... não sei... não sei porquê. Eu pensei que num, não tava... que tava tudo bem e... aparentemente... que tava tudo bem. Então se eu tava vendo que tava tudo bem eu queria acreditar que estava tudo bem. Porque já que ninguém me falou nada.</i>
	Repercussões psicossociais do exame	<i>Porque eu pensava, mas o quê que tá bem? O quê que tá... Eu sei que se ela não fala, que ela claro se ela não falou que tava mal... Não vai tá mal. Entende o que eu quero dizer? Se ela não dizer tá mal, isso, isso e isso... É porque tá bem. É isso que eu quero dizer.</i>
	Possíveis dilemas éticos e morais	<i>Dá para ver... alguma... algumas coisas. E ver que aparentemente que ele tá bem...</i>

Anexo 12 – Mídia Digital Contendo o Material de Análise: resumos das
entrevistas e quadros de discursos

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)