

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**  
**CIÊNCIAS HUMANAS E SAÚDE**

***“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**

**LILIAN KRAKOWSKI CHAZAN**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva. Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Jane Araujo Russo

Rio de Janeiro

2005

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C

C513	<p>Chazan, Lilian Krakowski. “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 / Lilian Krakowski Chazan. – 2005. 2v.</p> <p>Orientadora: Jane Araujo Russo. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.</p> <p>1. Fetos – Cuidados médicos – Aspectos antropológicos – Teses. 2. Ultra-som na obstetrícia – Teses. 3. Subjetividade – Teses. 4. Antropologia cultural – Teses. I. Russo, Jane Araujo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.Título.</p> <p>CDU 612.647</p>
------	---

**LILIAN KRAKOWSKI CHAZAN**

***“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**

**Aprovada em 08 de abril de 2005**

---

Prof<sup>a</sup>. Jane Araujo Russo (orientadora)

---

Prof. Luiz Fernando Dias Duarte

---

Prof. João Luiz Vieira

---

Prof. Francisco Javier Ortega

---

Prof. Kenneth Rochel de Camargo Jr.

A Fayga Ostrower (*in memoriam*) e Anna Bella Geiger,  
tias que construíram meu olhar.

*I photograph what I do not wish to paint and I paint what I cannot photograph.  
(Man Ray).*

*What counts here – first and last – is not so-called knowledge of so-called facts, but vision – seeing. Seeing here implies Schauen (as in Weltanschauung) and is coupled with fantasy, with imagination.  
(Josef Albers, *Interaction of Color*).*

### **O FOTÓGRAFO**

*Difícil fotografar o silêncio.  
Entretanto tentei. Eu conto:  
Madrugada a minha aldeia estava morta.  
Não se ouvia um barulho, ninguém passava entre as casas.  
Eu estava saindo de uma festa.  
Eram quase quatro da manhã.  
Ia o Silêncio pela rua carregando um bêbado.  
Preparei minha máquina.  
O silêncio era um carregador?  
Estava carregando o bêbado.  
Fotografei esse carregador.  
Tive outras visões naquela madrugada.  
Preparei minha máquina de novo.  
Tinha um perfume de jasmim no beiral de um sobrado.  
Fotografei o perfume.  
Vi uma lesma pregada na existência mais do que na pedra.  
Fotografei a existência dela.  
Vi ainda um azul-perdão no olho de um mendigo.  
Fotografei o perdão.  
Olhei uma paisagem velha a desabar sobre uma casa.  
Fotografei o sobre.  
Por fim eu enxerguei a Nuvem de calça.  
Representou para mim que ela andava na aldeia de braços com Maiakovski – seu criador.  
Fotografei a Nuvem de calça e o poeta.  
Ninguém outro poeta no mundo faria uma roupa mais justa para cobrir a sua noiva.  
A foto saiu legal.  
(Manoel de Barros, *Ensaio fotográficos*).*

## AGRADECIMENTOS

Redigir os agradecimentos de uma tese consiste em uma tarefa ingrata. Fica-se diante de duas perspectivas, igualmente desconfortáveis: montar uma lista enfadonha para quem se disponha a lê-los – diante da quantidade de pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para que este trabalho chegasse ao final – ou perpetrar grandes injustiças. Por uma certa praticidade optei pela segunda alternativa, considerando que, mesmo que escolhesse a primeira, de um modo ou de outro também cometeria diversas omissões, algumas delas imperdoáveis.

Agradeço então:

Em primeiro lugar, à minha orientadora Jane Araujo Russo pela orientação atenta, inteligente e sobretudo bem-humorada, tornando esta trajetória, já desde o mestrado, uma experiência, além de rica, prazerosa e gratificante.

Ao Instituto de Medicina Social da UERJ, que ao me aceitar como pós-graduanda possibilitou anos inesquecíveis de aprendizado, convívio e trabalho.

Aos professores Luiz Fernando Dias Duarte, João Luiz Vieira, Francisco Ortega e Kenneth Rochel de Camargo Jr., pelo enriquecimento acadêmico proporcionado por seus cursos e por terem aceito fazer parte da banca examinadora.

Às professoras Maria Luiza Heilborn, Fabíola Rohden, Ana Maria Jacó Vilela e Aparecida Villaça, por me apresentarem temas que foram essenciais para a elaboração de alguns dos pontos-chave desta tese.

Aos funcionários do IMS, pelo atendimento gentil e atencioso e, em especial, Márcia Cristina Fernandes Bezerra e Silvia Regina Nunes Constancio.

Aos médicos e médicas e às inúmeras gestantes e acompanhantes que, anônimos, generosamente permitiram minha intrusão em momentos importantes de suas vidas, sem o que esta pesquisa não teria sido possível.

Aos amigos Heron e Cristina Werner, Patrícia Montenegro, Cristiana Lima, Renata Nogueira, Márcia Jazbik, Maria de Lourdes de Almeida Lima, Cláudia Cabral, Sérgio Simões e Suzana Garcia, cuja colaboração foi fundamental para a realização do trabalho de campo. A Sérgio Simões e Heron Werner, em especial, pela ‘assessoria técnica’ e pela paciência em responder às minhas infindáveis perguntas.

A Maria Lúcia de Resende Vianna, pela revisão exaustiva e cuidadosa, indispensável para que eu conseguisse dar este empreendimento por terminado.

A Messias Tadeu Capistrano e Paula Sibília, além da amizade, pela interlocução essencial para a formulação de diversos pontos deste trabalho.

A Rachel Aisengart Menezes, amiga 'histórica', pelo afeto, acompanhamento e estímulo inabaláveis, desde o início desta já longa trajetória.

A Diana de Oliveira Lima, pelo intercâmbio sempre inteligente e cheio de humor, e por valiosas sugestões.

A Alícia Navarro, pela oportunidade de desenvolver em aulas determinados temas fundamentais para esta tese.

Aos amigos Laura Rónai, Sandra Gonzaga, Maria Agelice e Samy Frant, e Rogério Azize, pelo apoio em um momento no qual pensei não ser possível prosseguir neste empreendimento.

À família Geiger, em especial Noni, Nina, Lew e Anna Bella, pela companhia e carinho constantes e pelos momentos de humor impagável, proporcionando pausas indispensáveis de descanso mental.

A Fátima Amin, pela acolhida calorosa, escuta e interlocução brilhantes, que favoreceram imensamente o andamento deste trabalho.

A Nadir da Silva Pereira e Ana Carolina Salgado de Paulo, meus dois 'anjos-da-guarda', pelo cuidado, amizade e afeto permanentes.

A Arisio Rabin pelo suporte e pela afeição, paciência e ajuda com as imagens.

A meus pais, Nicha e Dawid, simplesmente por tudo.

A Sérgio e Beth, figuras tão queridas, pelo amor e por serem uma boa razão para se viver.

À FAPERJ, pela bolsa que possibilitou a dedicação necessária à realização deste trabalho.



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>ii</b>
<b>Parte I. O PANORAMA</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>Sobre a construção do olhar: paradigmas culturais e modelos de visualidade.</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Camera obscura, razão desprendida</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Estereoscópio, visão subjetiva</b>	<b>12</b>
1.2.1. Objetos óticos, consumo e treinamento visual	22
<b>1.3. A construção do observador moderno</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>Construções do corpo e do olhar contemporâneos. Reconfigurações da Pessoa.</b>	<b>39</b>
<b>2.1. Visualizando o interior do corpo</b>	<b>44</b>
2.1.1. Dissecações	44
2.1.2. Vesalius e o paradigma anatômico	55
2.1.3. Representações do corpo e ‘objetividade’ da imagem técnica	61
<b>2.2. Tecnologia de imagem, cultura visual e medicina</b>	<b>69</b>
2.2.1. Imagem técnica e medicina	70
2.2.2. Os raios-X e a ‘transparência’ do corpo	71
2.2.3. Estudos de movimentos e controle dos corpos	76
2.2.4. Digitalização da imagem e concepções de corpo e Pessoa	80
2.2.5. Normatização, visualidade e consumo	86
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>Medicalização da gravidez e do parto.</b>	<b>90</b>
<b>3.1. Formação da profissão obstétrica. Patologização da gravidez e do parto.</b>	<b>93</b>
<b>3.2. Reforma da profissão e ‘humanização’ do parto</b>	<b>101</b>
3.2.1. Noções de dor e parto bidimensionais. O ‘parto sem dor’	108
3.2.2. Uma nova conjugação de interesses: mulheres e obstetras	112
3.2.3. Novos campos de visibilidade: o panóptico e o parto	121
3.2.4. O <i>bonding</i> e a ampliação do controle dos corpos e das emoções	124
<b>CAPÍTULO 4</b>	
<b>Tecnologias, ‘humanização’, monitoramento e vigilância na obstetrícia. A invenção do feto e o ultra-som.</b>	<b>134</b>
<b>4.1. Tecnologias na obstetrícia</b>	<b>134</b>
4.1.1. Um breve histórico sobre o uso de tecnologia na gravidez	134
4.1.2. Tecnologias de monitoramento, a ética e a reformulação da relação médico-paciente	136
<b>4.2. A invenção do feto e a visibilidade</b>	<b>141</b>
4.2.1. A invenção do feto e o movimento do ‘parto natural’	141
4.2.2. Novas tecnologias e a gravidez ‘humanizada’: o <i>embodiment</i> da visibilidade	150

<b>Parte II. O CAMPO</b>	<b>162</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>163</b>
<b>CAPÍTULO 5</b>	
<b>Vestindo o jaleco. Sobre a entrada no campo e a posição do observador.</b>	<b>179</b>
<b>5.1. O familiar e o exótico: sobre o olhar e o estranhamento</b>	<b>180</b>
<b>5.2. Primeiros contatos e entrada no campo</b>	<b>183</b>
<b>5.3. Descrição das clínicas</b>	<b>185</b>
<b>5.4. Vestindo o jaleco, entrando na sala</b>	<b>191</b>
<b>5.5. Vicissitudes da presença da observadora</b>	<b>193</b>
<b>5.6. Subjetividade e relações de poder na observação etnográfica</b>	<b>198</b>
<b>CAPÍTULO 6</b>	
<b>No escurinho da sala de exames. Interatividade e negociações em torno das imagens fetais.</b>	<b>203</b>
<b>6.1. Aspectos relevantes da rotina do exame, ‘pilotando’ os aparelhos</b>	<b>206</b>
<b>6.2. Respostas ‘genéricas’ ou a construção da ‘gravidez visual’</b>	<b>207</b>
<b>6.3. Respostas ‘específicas’ ou interagindo (também) com imagens</b>	<b>213</b>
6.3.1. Manipulações da imagem	<b>214</b>
6.3.1.1. Estratégias para obter impacto	<b>214</b>
6.3.1.2. Estratégias visuais para contornar tensão ou angústia; a tranquilização pela imagem	<b>217</b>
6.3.1.3. Atendimento a demandas diretas de consumo	<b>220</b>
6.3.2. O esquecimento da medição de parâmetros	<b>222</b>
6.3.2.1. Por tumulto ou conversas na sala de exames	<b>223</b>
6.3.2.2. Por tensão no ambiente	<b>224</b>
<b>6.4. Subjetivando a imagem, medicalizando a gravidez e construindo uma cultura visual</b>	<b>225</b>
<b>6.5. A formação de uma clientela</b>	<b>229</b>
<b>CAPÍTULO 7</b>	
<b>“Se você está dizendo que é, então é.” A produção de verdades médicas e não-médicas.</b>	<b>235</b>
<b>7.1. Verdades médicas</b>	<b>237</b>
7.1.1. Sobre a gravidez	<b>237</b>
7.1.2. Sobre o feto	<b>240</b>
<b>7.2. Verdades não-médicas</b>	<b>243</b>
7.2.1. Significando as sensações maternas	<b>243</b>
7.2.2. Subjetivando o feto	<b>245</b>
7.2.3. ‘Semelhanças’ com a família	<b>246</b>
<b>7.3. Comunicação de más notícias</b>	<b>247</b>
<b>7.4. O mito da ‘objetividade da imagem técnica’ e suas vítimas</b>	<b>252</b>
<b>CAPÍTULO 8</b>	
<b>“O melhor filme da minha vida!” Espetáculo e consumo da imagem ultrasonográfica fetal.</b>	<b>255</b>
<b>8.1. Ultra-sonografia como espetáculo</b>	<b>258</b>
<b>8.2. Produção e consumo da imagem: ‘fotos’, vídeos e outras mídias</b>	<b>264</b>

<b>CAPÍTULO 9</b>	
<b>“Os três risquinhos”. Construção de gênero fetal, consumo e subjetivação.</b>	<b>271</b>
<b>9.1. Determinação do sexo fetal</b>	<b>272</b>
9.1.1. Demanda da gestante, parceiro e/ou acompanhantes	274
9.1.2. Instigação dos médicos	275
9.1.2.1. A ‘simpatia’ dos ovários	276
9.1.2.2. ‘Intuição’ materna	277
9.1.3. Preferências de mãe e pai	278
<b>9.2. Construção de gênero fetal</b>	<b>280</b>
9.2.1. Cores e consumo	282
9.2.1.1. Cores	282
9.2.1.2. Objetos	283
9.2.2. Construção de identidades	286
9.2.2.1. No nome	286
9.2.2.2. Na subjetivação e nas atividades fetais	289
9.2.2.3. Nas ‘profissões’	293
9.2.2.4. Nas questões relacionais	294
9.2.2.5. Nos atributos físicos	295
<b>9.3. Indivíduos fetais. Sexo, gênero e subjetivação.</b>	<b>298</b>
<b>Parte III. CONCLUSÕES.</b>	<b>302</b>
<b>“Meio quilo de gente!” Ilusões do ‘visível’.</b>	<b>303</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>318</b>
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b>	<b>329</b>
<b>Anexo 1</b>	<b>333</b>
<b>Anexo 2</b>	<b>334</b>

## TABELA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema de inversão de imagem da <i>camera</i>	3
Figura 2 - <i>Camera</i> , Athanasius Kircher, 1646	4
Figura 3 - <i>Camera</i> , ilustração da <i>Encyclopédie</i> (1770 - 1775)	4
Figura 4 - Capa de <i>Della Magia Naturale</i> , 1558	5
Figura 5 - O astrônomo. Vermeer. 1668.	8
Figura 6 - O geógrafo. Vermeer. c. 1668-9.	8
Figura 7 - Estúdio de Goethe	13
Figura 8 - Estereoscópio modelo Wheatstone, 1838 (réplica)	33
Figura 9 - Esquema de funcionamento do estereoscópio Wheatstone	33
Figura 10 - Prancha 25. Segundo volume, <i>De Humani Corporis Fabrica</i> . Vesalius. 1543.	57
Figura 11 - Alocução de Alonso d'Avalos, Marchese Del Vasto. Ticiano. 1541.	57
Figura 12 - Mão de Bertha Röntgen, janeiro 1896.	72
Figura 13 - <i>Pall Mall Gazette</i> , “Occasional Notes”, março 1896.	73
Figura 14 - <i>Life Magazine</i> , fevereiro 1896.	73
Figura 15 - Modelo negro de Marey	77
Figura 16 - Registro cronofotográfico, Étienne-Jules Marey, 1894.	77
Figura 17 - Cortes seriados de tomografia computadorizada de crânio [CT]	83
Figura 18 - Ressonância magnética fetal [MRI]	83
Figura 19 - PET- <i>scan</i> do desenvolvimento cerebral de uma criança	83
Figura 20 - Ultra-sonografia obstétrica – coluna vertebral de feto de 11 semanas	84
Figura 21 - Ultra-sonografia fetal 3D	84
Figura 22 - “Mão Amiga”	178

## RESUMO

O foco central desta tese consiste em procurar compreender um fenômeno que se verifica na atualidade em torno das imagens ultra-sonográficas fetais. O que era a princípio e em princípio uma tecnologia de imagem médica, inventada com propósitos diagnósticos, gradualmente transformou-se em objeto de consumo e 'lazer'. Para investigar o fenômeno, a pesquisa teórica aborda como foram construídos o olhar e o observador modernos, e de que modo as tecnologias de imageamento médico incidem na construção social do corpo. Outro aspecto teórico consiste na investigação, de um ponto de vista sócio-histórico, acerca da produção da gravidez e do feto como temas médicos, e de que modo a tecnologia de ultra-som aplicada à obstetrícia está situada na articulação de vários processos: o da construção de um novo olhar, o das reconfigurações do corpo, o da medicalização da gestação e do feto e, finalmente, o da construção do feto como Pessoa antes de seu nascimento. Estudos antropológicos produzidos no exterior, ao longo da década de 1990, apontaram que o fenômeno envolvendo as imagens fetais encontrava-se inscrito nos e delimitado pelos códigos socioculturais específicos de onde ocorriam. A inexistência de pesquisas acerca do tema, no contexto brasileiro, foi o ponto de partida para uma investigação empírica. Foi realizada uma observação antropológica de ultra-sonografias obstétricas, em abordagem etnográfica, em três clínicas privadas de imagem, ao longo de 2003, no Rio de Janeiro, visando compreender como tal fenômeno se dava, de que modo era produzido e significado pelos atores e quais os desdobramentos de tais práticas, modelados por especificidades culturais locais. O trabalho de campo evidenciou que a ultra-sonografia obstétrica caracteriza-se por ser uma tecnologia de imagem interativa, em contraste com outras técnicas de imageamento médico, uma peculiaridade que propicia a construção de diversos significados a partir das imagens fetais cinzentas e esfumaçadas. A produção do prazer de 'ver' o feto é a pedra de toque que une o útil ao agradável, e o consumo de imagens é um ponto de articulação de diversas questões expostas ao longo da tese. Pode-se pensar nesta situação como parte de um panóptico que devassa corpos femininos e fetais, em um mesmo processo normatizando-os e construindo novos sujeitos calcados em corporalidades virtuais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Visualidade; tecnologia de imagem médica; ultra-som obstétrico; medicalização da gravidez; construção de subjetividades; feto-Pessoa; panóptico.

*“HALF A PINT OF HUMANITY?”*

**THE PRODUCTION OF THE PLEASURE OF SEEING AND THE  
CONSTRUCTION OF THE FETAL PERSON MEDIATED BY ULTRA-SOUND  
IMAGING**

**An ethnographic study in imaging clinics in the city of Rio de Janeiro**

**ABSTRACT**

The central focus of this thesis consists of seeking to understand a phenomenon which is presently taking place in the area of fetal ultrasound images. What began as a medical imaging technology, invented for diagnostic purposes, gradually became an object of consumption and “leisure”. In order to investigate this phenomenon, the theoretical investigation looks at how the modern mode of “seeing” and the observer were constructed, and in what way technologies of medical imaging impact the social construction of the body. Another theoretical aspect consists of the investigation, from a socio-historical point of view, of the production of pregnancy and of the fetus as medical subjects, and in what way the technology of ultra-sound applied to obstetrics is situated at the nexus of various processes: the process of constructing a new mode of “seeing”, of the reconfigurations of the body, of the medicalization of gestation and of the fetus, and, finally, of the construction of the fetus as a person before its birth. Anthropological studies carried out abroad, during the nineties, show that the phenomenon involving fetal images was inscribed in and delimited by the specific socio-cultural codes where the imaging was done. The lack of research in this area in the Brazilian context was the point of departure for an empirical investigation. An anthropological observation of obstetric ultra-sounds, with an ethnographic approach, was carried out in three private imaging clinics, during the course of 2003, in Rio de Janeiro, with the intention of understanding how this phenomenon took place, in what way it was produced and signified by those involved, and what were the ramifications of these practices, modeled by local cultural particularities. The field work showed that obstetric ultrasonography can be characterized as an interactive imaging technique, in contrast to other medical imaging techniques, a peculiarity which lends itself to the construction of various significations having as their origin gray and hazy fetal images. The production of the pleasure of “seeing” the fetus is the touchstone which links the useful to the pleasing, and the consumption of images is point of connection for various questions raised in the thesis. One can think of this situation as part of a panopticism which scans female and fetal bodies, at one and the same time normalizing them and constructing new subjects shaped by virtual corporalities.

**KEYWORDS:** **Visuality; medical imaging technology; obstetric ultra-sound; medicalization of pregnancy; construction of subjectivities; fetus as person; panopticon.**

# **INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

### O problema

Quem quer que se lembre da impressão despertada ao ver pela primeira vez as sombras cinzentas das imagens de uma ultra-sonografia obstétrica<sup>1</sup> é capaz de compreender a pergunta central desta tese: **como e por que** imagens tão estranhas tornaram-se objeto de apreciação, culto e desejo.

A idéia de realizar o presente estudo derivou da pesquisa desenvolvida para o mestrado. Nela procurei compreender, de um ponto de vista teórico, o processo de construção do feto como objeto de interesse médico e social e que havia produzido o fenômeno que me intrigava: a expansão da ultra-sonografia obstétrica e os diversos sentidos por ela adquiridos para além de sua utilização diagnóstica. Na dissertação, discuti a construção do *status* do feto como Pessoa<sup>2</sup> mediada pela tecnologia de ultra-som, a que transformações esse movimento corresponderia, com que estratégias vinha se estabelecendo o novo *status* e quais seriam os desdobramentos produzidos por tal mudança. Evidentemente não imaginava esgotar o assunto; pretendi, na época, apenas mapear a questão, visando ao desenvolvimento posterior de um trabalho de campo.<sup>3</sup> Durante essa elaboração, alguns temas despertaram-me particularmente a curiosidade e pareceram-me merecedores de aprofundamento, desafio que, talvez um tanto desavisadamente, me propus a enfrentar neste trabalho.

A partir de fins da década de 1980, a ultra-sonografia obstétrica tornou-se uma prática médica considerada indispensável no acompanhamento das gestações. Tal tendência inscreve-se em um contexto mais amplo, envolvendo a medicalização social que, produto de um longo processo histórico, passou a abranger os mais variados aspectos e etapas da vida. Ao longo da década de 1990, na América do Norte e na Europa, teve lugar a produção de uma série de estudos antropológicos acerca das práticas e dos significados da expansão acelerada do uso do ultra-som na gravidez. Tais estudos evidenciaram o uso político dessas imagens no contexto da discussão acerca dos direitos reprodutivos

---

<sup>1</sup> Utilizo eventualmente ‘ecografia’, como sinônimo de ultra-sonografia.

<sup>2</sup> A utilização do termo ‘Pessoa’ com maiúscula visa vincular a presente pesquisa à abordagem antropológica inaugurada por Marcel Mauss (1974) em 1938, que deu origem a uma longa série de estudos, no decorrer do século XX, dentre os quais destacaria o clássico de Fortes (1973), a revisão de La Fontaine (1984), Seeger e Viveiros de Castro (1979), Beillevaire e Bensa (1984), Allen (1985) e, mais recentemente, Dumit (1997), entre diversos outros.

<sup>3</sup> Cf. Chazan, 2000.



(Petchesky, 1987), a construção do feto como Pessoa mediada pela tecnologia (Rapp, 1997), a produção do feto como detentor de ‘direitos civis’ (Heriot, 1996), a ‘invisibilidade’ do corpo feminino no decorrer da gestação (Duden, 1993; Stabile, 1998), transformando o feto ‘visível’ em um ser destacado do corpo da gestante, entre diversas outras questões.<sup>4</sup>

A revisão dos artigos antropológicos produzidos sobre o tema no exterior apontava, a partir dos mais variados ângulos e de maneira recorrente, para a importância das especificidades culturais locais para a produção do modo como tal fenômeno se apresentava. Um artigo, entre todos, foi de particular importância para a elaboração do projeto que resultou nesta tese: o estudo de Mitchell e Georges (1998), no qual as autoras estabelecem uma comparação entre a prática da ultra-sonografia obstétrica na América do Norte e na Grécia e discutem os modos locais de antecipação da existência social do feto a partir das imagens fetais. A inexistência de trabalho similar no contexto brasileiro foi o estímulo necessário para empreender esta pesquisa. Nela, busquei observar e compreender de que maneira os diferentes atores lidavam, em termos de discursos e práticas, com a ultra-sonografia obstétrica, no decorrer dos exames em clínicas de ultra-som.<sup>5</sup> Para isso, ao longo do ano de 2003, etnografei exames ultra-sonográficos em três clínicas privadas da cidade do Rio de Janeiro. O foco da pesquisa consistiu nas negociações ocorridas em torno das imagens fetais durante os exames, um dos motivos pelos quais foi feita a opção de não realizar entrevistas com as gestantes. O objetivo principal consistia em captar nas atitudes e falas espontâneas<sup>6</sup> dos atores como eram significadas as imagens e, portanto, neste sentido as entrevistas pouco teriam a acrescentar.<sup>7</sup>

Inicialmente pretendia investigar como se passava, em um determinado universo, a construção do feto como Pessoa mediada pela ultra-sonografia. Iniciei a pesquisa empírica calcada nos estudos sobre a visualidade. No campo, de imediato algumas peculiaridades da prática da ultra-sonografia chamaram-me a atenção. Ao complementar a elaboração teórica com o estudo sobre a medicalização da gravidez, tornou-se evidente que o ponto central da

---

<sup>4</sup> A revisão bibliográfica desta literatura é parte da dissertação de mestrado. Cf. Chazan (2000).

<sup>5</sup> Os atores incluíam a gestante, o médico e os diversos tipos de acompanhantes que compareciam às sessões.

<sup>6</sup> Tanto quanto é possível com a presença de uma observadora tomando notas, um dos temas do capítulo 5.

<sup>7</sup> Outro motivo da opção por não realizar estudos de caso ou entrevistas envolve minha trajetória profissional – graduação em medicina, especialização em psiquiatria e, a seguir, em psicanálise. Por ser a psicanálise minha área original de inserção, considerei que dificilmente conseguiria desvencilhar-me de referenciais por demais familiares, caso procurasse uma aproximação mais individualizada com os sujeitos da pesquisa. Como buscava realizar um trabalho na área de Ciências Sociais, utilizei esta estratégia – ou subterfúgio – de modo consciente, em especial por considerar a psicanálise um instrumento apropriado para o estudo do indivíduo, mas totalmente inadequado para o de fenômenos sociais como o que eu buscava compreender.

questão estava em outro lugar, consistindo na **produção do prazer de ver** as imagens fetais, cuja expressão prática se encontrava no modo como o ultra-som obstétrico se expandiu em determinados grupos sociais e cujo sentido tornou-se o tema principal desta tese. Ao concluir a investigação teórica, ficaram delineadas uma série de hipóteses que o material etnográfico forneceu elementos para elaborar.

As imagens fetais parecem ser um ponto de articulação de inúmeras vertentes, dentre as quais cito brevemente apenas algumas. Uma delas diz respeito à importância da visualidade que ao longo do século XX constituiu-se como o principal modo de lidar com o mundo. Outras questões consistem na medicalização e no controle do corpo da mulher, na discussão bioética sobre o começo da vida humana, no modo como a visualidade incide na construção do corpo (Sturken & Cartwright, 2001) e sobre o conhecimento confiável (*authoritative knowledge*) biomédico (Cartwright, 1995), no estudo semiótico das transformações dos ecos em imagens – e destas em ‘bebês’ (Petchesky, 1987) – e na própria reconfiguração da Pessoa, na atualidade, permeada pelos mais diversos tipos de interação entre o sujeito e a tecnologia (Chazan, 2001, 2002a, 2002b).

Em todas as sociedades humanas, a concepção de novos seres e seu nascimento são objeto de atenção e de construção de sentidos.<sup>8</sup> Por este prisma, a perspectiva adotada neste trabalho é, portanto, de estudo do que considero um caso particular deste tópico: o modo pelo qual as imagens fetais obtidas por meio do ultra-som vêm contribuindo para a reconfiguração da gravidez e da noção de Pessoa em um determinado segmento social no Rio de Janeiro. Trata-se, por conseguinte, de uma ‘meta-busca’,<sup>9</sup> na medida em que procuro compreender o significado desta forma particular – medicalizada, visual – de um determinado grupo social construir e dar sentido à gestação e à produção de novos seres. É um estudo crítico na medida em que pretende encontrar, por meio de um esgarçamento da trama de uma prática amplamente difundida e de certa forma ‘naturalizada’ na sociedade em que vivemos – a realização de ultra-sonografias obstétricas – um significado mais amplo e aprofundado das condições que propiciaram a construção de tal fenômeno, assim como de suas articulações internas. Eventualmente o termo ‘crítica’ contém uma acepção de ‘ataque’. Este trabalho não é um ataque à tecnologia, o que seria, acima de tudo,

---

<sup>8</sup> Nunca será demais sublinhar que tal produção é sempre histórica, política, cultural e socialmente determinada, e os sentidos produzidos são modelados e estão delimitados por estes fatores, em um movimento de realimentação dinâmica.

<sup>9</sup> Utilizo aspas duplas quando o termo é de autor citado ou para falas dos atores do campo observado. Aspas simples são de minha autoria e lancei mão de *itálico* para termos estrangeiros. As ênfases dadas pelos atores em suas falas estão sublinhadas. Os termos em **negrito** no corpo do texto e nas falas dos atores no campo correspondem a ênfases **minhas**. Nas citações indico quando as ênfases são originais ou acrescentadas.

anacrônico e ingênuo. Viso, sobretudo, desenvolver uma reflexão sobre algo que nos parece ‘dado’. Meu posicionamento é, portanto, o de quem busca, através de desconstruções e de questionamentos, promover um pensar sobre um fenômeno específico. Se, ao final da leitura, este objetivo for atingido, dou-me por satisfeita. Minha pretensão máxima é a de que esta pesquisa seja, parafraseando Lévi-Strauss, ‘boa para pensar’. Se é possível pensar em uma linha mestra ou fio diretor que una os aspectos aparentemente díspares da parte teórica deste trabalho, eu diria que esse fio consiste em compreender o processo que desembocou no deslumbramento produzido na atualidade pelas imagens fetais e, principalmente, qual o sentido desse fascínio.

### **Encaminhamento**

Muitas vezes, insistir no **porquê** de uma determinada questão torna-se um exercício estéril. Acredito, por outro lado, que ao se buscar entender o **como** frequentemente acaba-se encontrando pelo meio do caminho o **porquê** procurado. E, de fato, o próprio caminho da pesquisa apontou questões que não se apresentavam quando foram levantadas as perguntas iniciais. No caso do presente trabalho, tanto a investigação teórica quanto o trabalho de campo reorientaram a pergunta e o foco da pesquisa.

No tocante ao encaminhamento da pesquisa teórica, considerando que se trata aqui de um estudo que envolve uma tecnologia de imagem médica, imagens fetais, mulheres grávidas e acompanhantes, assim como profissionais médicos, utilizei três fios ou eixos-mestre para a construção do raciocínio. O primeiro trata de um aspecto que ultrapassa e encompassa o tema específico desta tese: o da visualidade ou, em outros termos, o da construção do olhar e do observador modernos que, em conjunto com as tecnologias de imagem, vem também reconfigurando noções sobre corpo e Pessoa, em uma via de mão dupla. O segundo eixo de raciocínio aborda o processo de medicalização da gravidez e do parto, que se encontra inscrito em uma questão mais ampla, envolvendo a medicalização social – nos termos de Foucault (1998b). O terceiro eixo para a construção do argumento – que articula e dá sentido aos dois anteriores – consiste na observação etnográfica de ultrasonografias obstétricas. A escolha dos fios é semi-arbitrária; arbitrária porque qualquer escolha o é, por definição. ‘Semi’ porque, desde a primeira abordagem do tema, ainda no mestrado, os dois primeiros eixos apresentaram-se de modo recorrente.

A estrutura deste trabalho, como um todo, assemelha-se de certo modo à tecnologia de imagem que lhe é central. A ultra-sonografia produz imagens de cortes do corpo que, ao serem trabalhadas por um sistema computacional, reconstituem-no como imagens

bidimensionais. Dependendo do grau de sofisticação desse sistema, a recomposição produz imagens que parecem tridimensionais. A analogia consiste em considerar que os três fios ou eixos que escolhi para abordar o tema denso e complexo da cultura visual e os desdobramentos produzidos e/ou permitidos pelo ultra-som obstétrico corresponderiam aos cortes, as conclusões deste trabalho equivalendo à produção final de uma ultra-sonografia que constrói a imagem virtual de uma situação concreta e complexa – no caso do ultra-som, a existência do feto; no caso da tese, a existência de um fenômeno que, por sua complexidade, só pode ser alcançado de modo fragmentário.

Na Parte I, composta de quatro capítulos, trato de delinear, do ponto de vista teórico, um panorama do campo que permita uma compreensão sobre a origem, a construção social e os desdobramentos do fenômeno do ultra-som obstétrico.

Ao longo da revisão bibliográfica sobre o tema da ultra-sonografia na gestação, duas perguntas inter-relacionadas haviam surgido. Ambas eram concernentes à questão da visualidade, que percebi ser um aspecto que merecia aprofundamento e problematização, na medida em que meu objeto de estudo envolvia uma tecnologia visual médica. A primeira pergunta dizia respeito a como se constituiu a visualidade na sociedade ocidental contemporânea, e de que modo passou a ocupar o lugar de destaque em relação aos outros quatro sentidos na produção de ‘verdades’. A segunda pergunta consistia no porquê de a imagem técnica médica ter adquirido o grau de credibilidade que hoje detém. Nos dois capítulos iniciais abordo, portanto, o primeiro eixo escolhido – o da visualidade.

Ao buscar situar o lugar e o papel desempenhados na cultura por uma tecnologia visual médica – no caso, a ultra-sonografia obstétrica – uma primeira questão se impôs: considerando que as vivências humanas sejam cultural e historicamente construídas, torna-se necessário buscar uma compreensão sobre a construção do olhar e, em especial, do lugar ocupado pelas tecnologias de imagem neste olhar. No primeiro capítulo abordo, portanto, a construção histórica do olhar do observador moderno, modelada no contexto de diferentes paradigmas culturais. Visando entender esses aspectos, detive-me em primeiro lugar no estudo da construção da visualidade e do observador moderno, baseada no historiador da arte Jonathan Crary (1999a, 1999b, 2001), articulado com outros autores, como Charles Taylor (1997) e Colin Campbell (1987, 2001).<sup>10</sup>

Crary vincula a visualidade aos paradigmas culturais vigentes, historicizando e

---

<sup>10</sup> Utilizei sempre que possível a tradução brasileira do texto de Campbell, lançando mão da versão original em pontos nos quais a tradução brasileira era inexata ou mesmo eventualmente incorreta.

contextualizando a construção do olhar. Inicia sua discussão utilizando como ponto de partida para a construção do olhar moderno o aparato ótico da *camera obscura*.<sup>11</sup> Sua abordagem discute e critica a visão conservadora de que a *camera* seria uma espécie de “evento inaugural” de uma longa evolução em busca de crescente verossimilitude, que ter-se-ia iniciado com a invenção da perspectiva no Renascimento e chegou aos nossos dias na forma de fotografia e cinema – uma busca da “visão natural”. Discorda também dos historiadores que alocam a *camera obscura* e o cinema em um mesmo aparato de poder político e social desenvolvido ao longo dos séculos, disciplinando de maneira contínua o *status* do observador (Crary, 1999b: 26). Busca, ao invés disto, compreender o modelo visual da *camera* em termos de sua especificidade histórica, com o sentido de entender de que maneira este modelo de visão desmoronou no século XIX (Crary, 1999b: 27). Taylor (1997), por sua vez, foi um autor útil para a compreensão do modo como se estabeleceram diferentes paradigmas culturais que deram origem ao *self* moderno. Do estudo de Campbell, interessou-me em particular de que maneira se sancionou o ilusório como fonte de prazer e como foi gerado um terreno favorável ao surgimento de ‘novidades’ científicas que se transformaram em objetos de consumo – uma situação marcadamente presente nos dias atuais no tocante à ultra-sonografia obstétrica, conforme será visto no material etnográfico, na parte II.

No segundo capítulo, discuto de que modo se encontra, na atualidade, a articulação entre visualidade e construções do corpo e da Pessoa na cultura visual, montando para tal uma breve genealogia das representações do corpo. Nela, abordo o tema da gradual neutralização do horror relacionado à visão do interior do corpo, desde as dissecações na Idade Média, passando pela instauração do paradigma anatômico com Vesalius. Ainda neste capítulo, procuro mapear como foi construído o mito da ‘objetividade’ associado à imagem técnica, uma idéia pregnante nos dias atuais, presente na cultura leiga e médica. A abordagem das pesquisadoras de cultura visual Lisa Cartwright e Marita Sturken (2001) possibilitou uma compreensão da construção da credibilidade da imagem técnica médica e de sua inserção na cultura visual contemporânea. Outros autores, como Daston e Galison (1992) e Martin Kemp (1998) possibilitaram um esclarecimento mais aprofundado,

---

<sup>11</sup> Optei por manter a grafia *camera obscura*, ao invés de câmara escura, para designar o dispositivo ótico que consiste em uma caixa fechada, de tamanho variável, com o interior escuro, na qual é aberto um pequeno furo que permite a passagem de um feixe luminoso. No lado oposto à abertura, surge projetada uma imagem invertida do objeto ou paisagem que se encontra no exterior, diante do furo. Durante aproximadamente dois séculos – de fins do século XVI a fins do XVIII – a *camera obscura* foi um objeto muito em voga, tendo caído em desuso no início do século XIX. Para efeito de fluência no texto, ocasionalmente utilizo *camera* como sinônimo de *camera obscura*.

historicizando essa construção. A seguir, são abordadas as maneiras pelas quais as diversas tecnologias de imagem surgidas a partir do final do século XIX incidem na construção cultural do corpo e da Pessoa contemporâneos. Detive-me, em especial, na discussão sobre o surgimento dos raios-X, que representou uma mudança qualitativa fundamental tanto para a cultura visual quanto para a construção do corpo.

Um estudo desenvolvido por Cartwright, *Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture* (1995) revelou-se útil para a delimitação e o esclarecimento da construção de uma 'cultura visual médica' e das reconfigurações do corpo e da Pessoa a partir da tecnologia de imagem médica. Nos dias atuais, cercados como vivemos nas áreas urbanas pelos mais diversos tipos de tecnologia, há inúmeras interações corpo-máquina – 'máquina' *lato sensu* – possíveis. Optei por abordar apenas alguns aspectos dessas interações de passagem, como forma de estabelecer um breve pano de fundo. Dada a vastidão do tema, restringi o escopo da minha discussão às tecnologias de imagem e, em especial, às tecnologias de imagem médica.

O segundo eixo de raciocínio envolveu a exploração do tema da construção da gravidez e do parto como assuntos médicos e de que modo este tipo de *constructo* configura a construção social do feto, temas dos capítulos terceiro e quarto.

No terceiro capítulo, delineio de que maneira a constituição da obstetrícia como campo profissional articula-se à transformação da gravidez e do parto em 'patologias potenciais' e de que modo, ao longo da segunda metade do século XX, entrelaçaram-se a reforma da profissão obstétrica – em conjunto com diversas mudanças na medicina e na cultura em geral – e as diferentes concepções acerca da gestação e do parto, que contribuíram de modo relevante para a construção do feto como Pessoa.

A abordagem sócio-histórica do sociólogo William Ray Arney é esclarecedora para a compreensão de diversos aspectos da obstetrícia contemporânea que, em conjunto com a visualidade, compõem o pano de fundo da questão da ultra-sonografia obstétrica. No livro *Power and the Profession of Obstetrics*, de 1982 – anterior, portanto, ao *boom* ocorrido com a ultra-sonografia na obstetrícia, na década de 1990 – Arney oferece uma grade conceitual que permite compreender, por exemplo, como e por que o ultra-som adquiriu o *status* de que hoje desfruta. O autor segue a abordagem sócio-histórica inaugurada por Michel Foucault. Analisando a estruturação da obstetrícia como profissão de uma perspectiva sociológica, mostra de que modo foram construídos o entendimento cultural e a abordagem obstétrica da gravidez tal como se encontram nos dias atuais. Evidentemente, como toda perspectiva teórica, é uma entre várias interpretações possíveis acerca de

determinado fenômeno. Há um aspecto problemático na abordagem de Arney, por não levar em conta – ao menos de modo explícito – a delegação social da gravidez e do parto aos médicos. Poder-se-ia argumentar em seu favor que este aspecto estaria implícito em sua perspectiva, todo o tempo claramente informada pela discussão sobre a rede de relações de poder formulada por Foucault. Ainda assim, fica o reparo, posto que frequentemente Arney parece reificar o poder obstétrico como uma via de mão única e, desse modo, corre o risco de demonizar a obstetrícia e a própria medicina.

Conforme assinala Camargo Jr. (2003), a abordagem de Foucault evidencia a dimensão disciplinar contida na prática da medicina, seja pela redução de determinados problemas a “questões médicas”, seja pela normalização dos corpos, no processo referido como o de “medicalização”. Camargo Jr. alerta, contudo, para o fato de que uma leitura apressada desta abordagem pode levar a uma simplificação maniqueísta deste processo, onde o ‘mal’ é encarnado pela corporação médica:

As complexas intermediações sociais constituintes do campo médico-sanitário são perdidas de vista, e passa a trabalhar-se na ilusão de que a medicina no Ocidente é autodeterminada, sendo a medicalização o resultado da atividade deliberada e consciente de uma categoria profissional, sem referência a nada do que cerca essa atividade. Se por um lado é possível apontar de modo inequívoco um projeto político especificamente médico, por outro é uma simplificação grosseira não levar em conta outras forças presentes que, eventualmente, sobrepujam qualquer estratégia corporativa que a classe médica possa determinar (...) (Camargo Jr., 2003: 51).

Outro ponto problemático do livro de Arney é a ausência inexplicável de uma discussão sobre métodos contraceptivos – aí incluída a pílula anticoncepcional – assim como a quase inexistência de referências à construção da ginecologia como profissão. Um aspecto a ser sublinhado consiste no fato de Arney construir seu argumento baseado na história da obstetrícia na França, na Inglaterra e nos Estados Unidos. Considerei válida a sua abordagem para a elaboração deste capítulo no tocante ao entendimento da construção de um panorama cultural global contemporâneo relativo à gravidez e ao parto porque, conforme apontam Franklin & Ragoné, para uma abordagem antropológica de determinado tema é importante

(...) tanto enfatizar a especificidade de significados, práticas e técnicas como parte de relações vividas, negociadas e debatidas, como transcender as limitações impostas por este tipo de visão. (...) [No contexto das novas tecnologias reprodutivas]<sup>12</sup> é essencial reconhecer não apenas as

---

<sup>12</sup> Embora a referência seja específica, considero que este tipo de perspectiva é válido também para o tema deste capítulo.

dimensões locais, regionais ou nacionais, que são o pano de fundo e informam estudos de caso ou pesquisas de campo, mas também dar-se conta e entender as formações internacionais e globais que exercem uma evidente e característica influência cultural (Franklin & Ragoné, 1998: 5).

Ainda que com tantas ressalvas, optei por trabalhar com Arney porque sua análise acerca da formação da profissão obstétrica vinculada à medicalização da gravidez e do parto foi a que forneceu mais chaves de inteligibilidade para o problema que eu buscava investigar: de que modo uma tecnologia de imagem – a ultra-sonografia aplicada à obstetrícia – pôde expandir-se de maneiras tão diversificadas e com desdobramentos tão inusitados.<sup>13</sup> Assim, tomo este trabalho como base para a construção de um panorama mais amplo no tocante à medicalização e ao entendimento cultural contemporâneo da gestação e do parto, validado em especial pelo fato de que a obstetrícia brasileira no pós-guerra – assim como a medicina em geral – tem seguido muito de perto o modelo americano. Se em muitos aspectos houve uma defasagem de cerca de 20 anos, em outros, as transformações ocorreram praticamente em seguida ao seu surgimento no exterior.<sup>14</sup> O estudo de Salem (1987) forneceu elementos interessantes que permitiram matizar a análise de Arney, sobretudo por esta autora desenvolver extensa descrição e uma discussão aprofundada sobre o entrelaçamento do movimento da contracultura e os movimentos em favor do ‘parto natural’.

No quarto capítulo, ainda acompanhando a análise de Arney, abordo a forma como a obstetrícia, instrumentada pelas tecnologias – em especial a tecnologia de imagem do ultra-som – produz nos dias atuais determinados sentidos sobre os corpos femininos e fetais, enfocando a questão por um prisma biopolítico. Discuto a ‘invenção do feto’ no contexto das novas tecnologias de pré-natal e, finalmente, focalizo a ultra-sonografia obstétrica como produto e produtora de novos conceitos sobre a gravidez e o feto, baseando-me especialmente na etnografia desenvolvida por Janelle Taylor (1998) em uma

---

<sup>13</sup> O que me interessou no estudo de Arney, resultado de ampla pesquisa realizada nos EUA e na Inglaterra, foram os trabalhos centrados na obstetrícia, desvinculada da ginecologia, não só porque não desejava ampliar demasiadamente o escopo desta tese, mas sobretudo porque não se trata aqui de uma tese sobre a medicina da mulher, sobre a qual outros autores – entre os quais destacaria Rohden (2000; 2001; 2003) – já se dedicaram com maior competência. A discussão acerca da profissão tem como objetivo apenas construir parte do panorama geral no qual se desenrola o ultra-som obstétrico. Pelo mesmo motivo, não explorei os estudos especificamente voltados para a obstetrícia no Brasil, tema discutido e aprofundado por Mott (1994) e Rohden (2000; 2001; 2003), dentre outros.

<sup>14</sup> Por exemplo, os movimentos das vanguardas obstétricas, como o ‘parto sem dor’, e outros que se seguiram na mesma linha. De acordo com Tornquist (2002: 486), o Brasil esteve na rota desses ideólogos desde a primeira geração. Salem (1987) também destaca a rápida difusão de tal ideário em camadas médias do Rio de Janeiro, vinculando esta aceitação à ideologia do individualismo libertário – discussão que abordo no capítulo 3. É importante também levar em conta as transformações radicais ocorridas nos últimos 20 anos, em termos da rapidez da difusão de informações pelas mais diversas mídias.



clínica de ultra-som de um hospital de Chicago, EUA.

Na Parte II, apresento o material etnográfico do campo no qual foi desenvolvida a pesquisa. Para delimitar o escopo da investigação de modo mais nítido, optei por elaborar uma segunda introdução, retomando brevemente a revisão da literatura antropológica produzida no exterior acerca do assunto. Os artigos pesquisados para a dissertação de mestrado apontavam e descreviam um fenômeno que gradualmente tornou-se corriqueiro nas sociedades urbanas contemporâneas: o da ampliação da medicalização da gravidez, do feto, e a sua construção social como Pessoa, antes do nascimento, mediada pela ultrasonografia obstétrica – questões historicamente construídas e culturalmente informadas. Conforme mencionei inicialmente, esta produção evidenciava o fato de que os aspectos culturais vigentes no campo informam e determinam de modo marcante a maneira como essa tecnologia é apropriada, significada e manipulada pelos atores nela envolvidos e, em virtude de não ter encontrado referências nem estudos pelo prisma antropológico acerca do tema no Brasil, decidi empreender tal pesquisa no Rio de Janeiro.

O projeto inicial, como sói acontecer, revelou-se amplo demais em seu escopo logo no início do trabalho de campo. A princípio, pretendia desenvolver um estudo comparando a prática da ultra-sonografia obstétrica em um hospital público, um hospital universitário e uma clínica particular.<sup>15</sup> A observação foi iniciada por esta última, e o motivo da escolha deveu-se a uma conjunção um tanto aleatória de fatores, que envolviam facilidades de deslocamento, o tempo de que eu dispunha para a observação e a facilidade de contato com os profissionais.

Decorridos os três primeiros meses de observação, percebi a necessidade de redimensionamento do escopo do campo, em virtude de ter verificado que, dada a riqueza do material etnográfico, se fosse seguido o projeto original, o número de variáveis em jogo tornaria a análise inviável no tempo disponível para a conclusão da tese. Contudo, mais importante do que este aspecto operacional, um dos fatores que mais pesaram na decisão de mudar o escopo da pesquisa consistiu no fato de que a observação na primeira clínica evidenciou peculiaridades na realização da ultra-sonografia obstétrica que levantaram perguntas acerca de aspectos idiossincráticos do operador da aparelhagem, da interatividade constitutiva dessa tecnologia de imagem e da construção de uma cultura visual específica dos atores do universo observado – temas que me pareceram merecedores

---

<sup>15</sup> O comitê de ética do Instituto de Medicina Social da UERJ, vinculado à CONEPE, emitiu parecer favorável à realização deste projeto em outubro de 2002.

de uma investigação mais aprofundada. Em decorrência de tais questões, o trabalho de campo foi redirecionado para a observação de mais duas clínicas privadas que, por motivos de ordem variada, atendiam a gestantes de diferentes estratos das camadas médias da população.

Esta estratégia de restrição do campo para a observação de ultra-sonografias obstétricas apenas em camadas médias da população no Rio de Janeiro possibilitou um refinamento na observação de aspectos relativos à interação entre profissionais, gestantes e acompanhantes e permitiu um aprimoramento na distinção entre o que era devido a singularidades de cada profissional e o que era uma característica genérica desse campo.

No campo, procurei observar de que maneira as imagens fetais eram apropriadas, negociadas e significadas conjuntamente por profissionais de saúde, gestantes e parceiros. Desse modo, entre outros aspectos, visei contribuir para a discussão sobre o tema da construção do feto como Pessoa, mediada pela tecnologia de imagem, além de buscar compreender os discursos e as práticas dos sujeitos envolvidos nessa produção. Mais precisamente, tratou-se de observar e analisar, em estudo etnográfico, de que maneira o feto era percebido e significado pelos atores presentes no decorrer da realização da ultra-sonografia obstétrica.

Busquei no conjunto de observações, em especial nas falas de médicos, médicas, gestantes e acompanhantes, recorrências e regularidades a partir das quais fosse possível esclarecer de que modo se passa a construção do feto como Pessoa, mediada pela tecnologia do ultra-som. Tratei o conjunto como constituindo um compósito, construído pelo amálgama das diversas falas. Considerei esta polifonia esclarecedora dos pressupostos subjacentes à construção do feto como Pessoa no universo observado. Por este motivo, na apresentação das vinhetas do campo utilizo ‘G’ para designar genericamente todas as gestantes, e ‘P’ para seus parceiros.

Organizei o material sob determinadas rubricas, correspondentes aos temas mais recorrentes surgidos no campo ao longo do tempo da observação. Trata-se necessariamente de uma redução diante da infinidade de assuntos que se articulam nos discursos e práticas da ultra-sonografia obstétrica. Optei deliberadamente por apresentar o material etnográfico com um mínimo de edição nas falas do material de campo, mantendo gírias, eventuais erros de concordância e contrações verbais. Visei com este procedimento – mesmo que incorrendo no risco de críticas por apresentá-lo deste modo quase bruto – preservar a vivacidade e a espontaneidade das falas dos atores. Em algumas ocasiões, os exemplos apresentados o foram de modo extenso, com o intuito de situar e contextualizar algum

ponto específico do qual tratava no texto e, por vezes, um mesmo caso, mais denso de significados, é retomado e analisado por ângulos distintos em diferentes capítulos. Nestes casos, criei um nome fictício para a gestante, para facilitar a sua localização.

Um aspecto recorrente ao longo da etnografia consistiu em situações eventualmente um tanto cômicas – e sublinho este ponto para deixar claro que, ao descrever ou reproduzir diálogos e/ou situações por vezes muito engraçadas, não pretendi em momento algum ridicularizar os atores do universo observado. Penso que o humor – voluntário ou involuntário – consiste em uma forma bastante eficaz de se lidar com situações potencialmente causadoras de ansiedade e preocupação, como é o caso de exames em que se buscava, acima de tudo, ter certeza de que fetos e gestantes gozavam de boas condições de saúde. O fato de tais emoções, no decorrer dos exames ultra-sonográficos, nem sempre serem explicitadas, não significava que estivessem ausentes.

No capítulo 5, discuto a minha entrada no campo e as diversas questões relativas ao fato de ser graduada em medicina e buscar uma abordagem antropológica em ambiente médico. Esta dupla identidade, por assim dizer, necessariamente configurou meu olhar e o relacionamento com os atores do universo observado. Por um lado, facilitou os contatos iniciais e a aceitação da pesquisa pelos responsáveis pelas clínicas, por se tratar de uma ‘colega’. Por outro lado, a familiaridade com o ambiente médico de quando em vez dificultava o distanciamento e o estranhamento necessários para a elaboração de uma etnografia. O fato de ser psicanalista e psiquiatra também emergiu como uma questão identitária no campo mas, pela perspectiva da questão do estranhamento antropológico – tema no qual focalizei o capítulo e que me pareceu mais relevante do ponto de vista metodológico – foi secundária ou acessória à duplicidade principal de ser médica e estar realizando uma pesquisa antropológica naquele ambiente.

No capítulo 6, abordo o tema que de imediato me chamou a atenção após um breve período de observação: a interatividade que é característica da tecnologia de ultra-som, se comparada com as outras tecnologias de imagem médica, nas quais o médico ‘relaciona-se’ quase que exclusivamente com as imagens obtidas por meio da aparelhagem. Em primeiro lugar, a ultra-sonografia é – no dizer dos próprios observados – uma tecnologia ‘operador-dependente’, na medida em que é um exame dinâmico no qual o médico que o realiza vai em busca das imagens a partir das informações visuais que obtém e decodifica ao longo do próprio exame. Acrescente-se que nesse tipo de exame existe o contato físico mediado pela sonda do ultra-som que, ou desliza sobre um gel que é espalhado sobre a região do corpo a ser examinada, ou é introduzida – protegida por preservativos

descartáveis – em cavidades como, por exemplo, a vagina, dependendo do que se quer examinar ou da fase gestacional em que se encontra a mulher.<sup>16</sup>

A ultra-sonografia obstétrica leva ao limite este aspecto interacional e de intimidade, em contraste com um exame ultra-sonográfico de qualquer outra parte do corpo, como fígado, rim, músculo esquelético e outros. Em segundo lugar, o médico, em virtude de o objeto principal do exame ser o feto, entra necessariamente em contato com uma gama de aspectos interpessoais – aí incluídas demandas e ansiedades manifestadas explicitamente tanto pela gestante como pelos acompanhantes ali presentes – muito mais ampla do que em outros tipos de exames de ultra-som.<sup>17</sup> O atendimento e a compreensão, ou não, dessas demandas estabelece diferenças marcantes no renome que os profissionais que realizam ultra-sonografias obstétricas adquirem entre a clientela atendida.

No capítulo 7, exponho a produção de ‘verdades’ médicas e não-médicas a partir das imagens ultra-sonográficas, uma atividade que tem como pedra basilar o que chamo de ‘mito da objetividade da imagem técnica’, tema abordado no capítulo 2,<sup>18</sup> e discuto de que modo este mito opera no campo observado. Para minha surpresa, talvez ingênua, observei que os profissionais especialistas em imagem mostravam-se bastante cientes do aspecto subjetivo necessariamente presente na área de imagem técnica médica, relativizando a ‘verdade’ produzida apenas pelas imagens, em contraste com especialistas de outras áreas da medicina e o público leigo. Analiso algumas das vicissitudes envolvidas na existência deste mito, assim como os seus desdobramentos do ponto de vista cultural e nas práticas médicas observados no campo.

O capítulo 8 é dedicado à investigação da questão talvez mais marcante em termos de sua penetração na cultura e que parece ser uma característica do universo observado, em contraste com outros países: a ultra-sonografia como espetáculo e objeto de consumo em si, assim como uma tecnologia indiretamente propiciadora e instigadora do consumo de bens ‘para o bebê’. O aspecto ‘consumo’, envolvido na prática de ultra-som, é um

---

<sup>16</sup> O exame transvaginal permite uma boa visualização dos ovários. Na gravidez, é realizado até a 14ª semana gestacional, após a qual o feto já está crescido demais para que se obtenham boas imagens por este meio. Conforme explicado por um informante, a sonda transvaginal emite uma alta frequência, com baixa penetração na matéria, adequada para a obtenção à curta distância de imagens de objetos pequenos, como é o caso em exames de útero e ovários, assim como na gravidez inicial.

<sup>17</sup> Um informante sugeriu-me que acompanhasse alguns exames gerais para adquirir uma noção da dimensão desta diferença. Citou como um “*exemplo bom*” para tal comparação um exame de fígado em que estivessem sendo procuradas imagens de nódulos metastáticos, quando, em geral, a preocupação do paciente dificilmente é explicitada. Embora considerando a sugestão muito interessante, não me foi possível ampliar o escopo da observação por motivos óbvios.

<sup>18</sup> Cf. item 2.1.3.

elemento fundamental para a construção não apenas de uma cultura visual específica e de uma estetização das imagens fetais, como também desempenha um papel de fundamental importância para o reforço do panopticismo envolvendo a gravidez e o feto que, em um movimento de realimentação positiva, aprofunda e serve como combustível para a medicalização da gravidez. Considero a produção do prazer de ver as imagens fetais como a pedra de toque nesse processo, uma discussão que será explorada na conclusão da tese.

No capítulo 9, trato de um fenômeno que esteve presente todo o tempo e que articula várias das questões anteriores: a construção de gênero fetal, uma atividade conjunta dos atores observados – médicos, gestantes e acompanhantes – que tinha seu início, na maior parte das vezes, no momento em que era feita a determinação do sexo fetal, em termos probabilísticos ou de certeza, dependendo do estágio da gravidez no qual a gestante se encontrava. A curiosidade – espontânea da gestante ou instigada pelo médico ou médica – era uma constante no campo. Apenas uma mulher, entre cerca de 200 observadas, declarou explicitamente não querer saber o sexo fetal.

A construção de gênero fetal é uma atividade discursiva que se dá frequentemente apoiada nas imagens fetais decodificadas e explicadas pelo profissional, mas que por vezes prescinde delas. Está ao mesmo tempo fortemente modelada pelas concepções vigentes acerca de gênero e serve-lhes de reforço, constituindo-se como um dos momentos relevantes na transformação do feto em Pessoa, na medida em que a construção de subjetividade fetal é, na maior parte das vezes, generificada. Além deste aspecto, o consumo de objetos para o futuro bebê ocupa um lugar relevante na construção tanto de gênero como de subjetividade fetais. A construção de gênero fetal é também um momento importante de produção de ‘verdades’, agora não-médicas e subjetivantes, sobre o feto.

Na parte III, nas conclusões, procuro articular em um conjunto coerente todos os aspectos anteriormente apresentados. Busco em especial estabelecer uma compreensão e desenvolver algumas reflexões sobre o significado biopolítico do fenômeno da ultrasonografia obstétrica tal como se apresentou no campo observado, assim como levantar questões. Tento, sobretudo, formular possíveis respostas ao problema de **como e por que** imagens tão estranhas tornaram-se objeto de apreciação, culto e desejo. A construção do prazer de ver as imagens fetais parece ser o ponto central de conexão de inúmeras questões sendo, simultaneamente, produto destas e motor de realimentação da ampliação do controle dos corpos e da produção precoce de novos indivíduos fetais que, visibilizados, medicalizados, normatizados, subjetivados e generificados são transformados em Pessoa

antes de virem ao mundo.

Lembro-me de, ainda no início do mestrado, na conferência de abertura do primeiro congresso de antropologia do qual participei, ter ouvido um experiente antropólogo<sup>19</sup> dizer que havia finalmente descoberto que o padroeiro dos antropólogos era Exu, por ser ele o senhor das encruzilhadas. E que esta era a principal característica destes profissionais: colocar-se em encruzilhadas. Em uma delas me coloquei. O propósito do presente trabalho é manter-me nela, após ter explorado alguns dos caminhos que dela saem ou que nela desembocam. A meu ver, este é o melhor lugar para continuamente se fazer perguntas e buscar respostas.

---

<sup>19</sup> Prof. Dr. Ordep Serra, UFBA. Conferência inaugural da 22ª Reunião Brasileira de Antropologia, Brasília, julho de 2000.

## **PARTE I**

### **O PANORAMA**

# CAPÍTULO 1

## SOBRE A CONSTRUÇÃO DO OLHAR: PARADIGMAS CULTURAIS E MODELOS DE VISUALIDADE.

Como chegamos a ‘ver’ o que ‘vemos’ na atualidade? Longe de pretender esgotar o tema, posto que esta não é uma tese sobre visualidade, busco neste capítulo investigar inicialmente duas questões. A primeira delas consiste em entender o lugar da visão na construção do conhecimento no Ocidente moderno. O segundo ponto a ser estudado aborda o modo como os sujeitos modernos foram transformados em ‘espectadores’.

O historiador da arte Jonathan Crary desenvolve um estudo delineando de que modo a compreensão sobre a visualidade, ou melhor dizendo, sobre o lugar e o papel da visão na cultura, variou historicamente, estando delimitada, codificada e configurada pelo paradigma cultural vigente. O argumento geral de Crary (1999a, 1999b) é que, contrariamente ao que diversos autores sustentam – que o advento da fotografia teria modificado profundamente o olhar do observador no século XIX – a fotografia surgiu em um momento no qual o olhar do observador já fora profundamente alterado. A invenção da fotografia data de meados do século XIX e, para esse autor, a mudança fundamental teria ocorrido nas duas primeiras décadas do século XIX.

A inovação de sua abordagem consiste no fato de que, em geral, os historiadores da arte discutem as modificações ocorridas nas obras dos artistas em termos estruturais e de conteúdo, enquanto Crary focaliza a mudança ocorrida **no** observador, tanto na posição ocupada por este quanto na constituição de seu olhar. Para ele, a modificação da posição do observador está articulada a uma transformação profunda – uma ruptura do ponto de vista epistemológico conforme discutida por Foucault (1999) – envolvendo a ampliação e a consolidação do poder disciplinar. O aspecto que diferencia radicalmente Crary de outros estudiosos de história da arte é a sua insistência na descontinuidade existente entre o olhar do século XVIII e o do século XIX. Opõe-se aos autores que afirmam que a emergência da fotografia e do cinema no século XIX teriam sido o coroamento de descobertas tecnológicas e desenvolvimentos ideológicos contínuos, nos quais a *camera obscura* seria um dispositivo precursor da câmera fotográfica. Para Crary, a semelhança entre os dois aparatos é apenas formal, pois o observador da *camera obscura* não é o mesmo da fotografia e do cinema (Crary, 1999b: 26).



O ponto de partida para a construção de seu argumento é a discussão sobre a *camera obscura* como paradigmática de um certo tipo de olhar, do ponto de vista visual e também filosófico, nos séculos XVII e XVIII. A modificação operada no olhar, nas duas décadas do início do século seguinte, iria dar origem à invenção de diversos tipos de aparelhos óticos que guardavam um sentido radicalmente diferente daquele da *camera obscura*. Crary discute de modo minucioso a articulação existente entre a visualidade e o paradigma cultural no qual esta se inscreve, fornecendo elementos que permitem ampliar a discussão para a construção do olhar contemporâneo em conjunto com a emergência de novos paradigmas culturais e novas tecnologias visuais – médicas e não-médicas.

### 1.1. CAMERA OBSCURA, RAZÃO DESPRENDIDA

O fenômeno de inversão da imagem, que veio a dar origem à *camera obscura*, era conhecido há cerca de 2 mil anos, havendo referências a ele desde Aristóteles (Crary, 1999a: 30) [Figura 1].

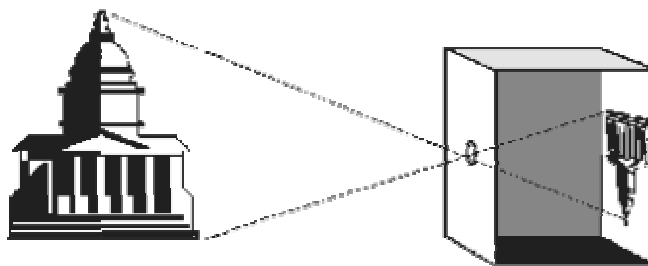


Fig. 1 - Esquema de inversão de imagem da *camera obscura*

Crary aponta que existe, contudo, uma enorme diferença entre o fato empírico de produção de imagens dessa maneira e o artefato socialmente construído, posto que a *camera* não era apenas um objeto inerte ou um conjunto de premissas técnicas conjugadas em um artefato artesanal. Assinala que, a rigor, ela estava inserida e profundamente enraizada em uma organização de conhecimento e de sujeitos observantes muito mais ampla e densa (Crary, 1999a: 31). No decorrer dos séculos XVII e XVIII, em especial, os princípios óticos e estruturais da *camera* vigoraram como o paradigma predominante de descrição das possibilidades e do *status* do observador, sendo o modelo mais amplamente utilizado para explicar a visão humana e também para representar a relação entre um

sujeito que percebe e conhece e o mundo externo. Nesse período, foi utilizada como metáfora filosófica e modelo para a física ótica, além de outras atividades culturais [Figuras 2 e 3].

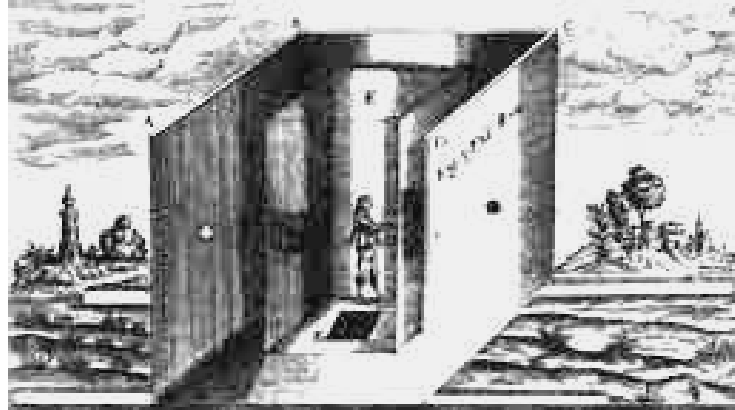


Fig. 2 - *Camera*, Athanasius Kircher, 1646



Fig. 3 - *Camera*, ilustração da *Encyclopédie* (1770-1775)

Para o pensamento empírico e racionalista, a *camera* era o modelo de como a observação levava a inferências verdadeiras acerca do mundo (Crary, 1999b: 26).

Crary aponta que é importante entender-se o surgimento da *camera* em um contexto pós-Copérnico, no qual a Terra havia perdido seu lugar de centro do universo. O napolitano Giovanni Battista della Porta, tido como um dos inventores da *camera obscura*, em 1558 a

descreve em seu livro *Della Magia Naturale* [Figura 4]. Em 1589, publica a segunda edição do livro, onde apresenta alguns aperfeiçoamentos do engenho.



Fig. 4 - Capa de *Della Magia Naturale*, 1558

Há registros de existência de *camera obscura* – o objeto – desde 1038.<sup>1</sup> A importância de Battista della Porta, para Crary, consiste em inaugurar um tipo de organização de conhecimento que finda por minar o conhecimento científico renascentista, do qual seu trabalho era um exemplo. Della Porta, assim como muitos outros pensadores do Renascimento, tinha uma concepção do mundo como basicamente uno e apreensível pela contemplação. É possível encontrar nesse autor a busca do entendimento de um *logos* ôntico, visando domesticar as forças da natureza. O observador, nesse contexto, estaria em última instância buscando compreender uma linguagem universal de signos e analogias que lhe permitisse levar a cabo aquele intento. Esse entrelaçamento renascentista entre o mundo e a sua representação será abolido pela *camera obscura*, ao instituir um regime ótico que, através de um dispositivo mecânico,<sup>2</sup> separa e distingue o objeto de sua imagem (Crary,

<sup>1</sup> O estudioso árabe Hassan ibn Hassan ou Ibn al Haitam descreve uma *camera obscura* em seus manuscritos de 1038, os quais atualmente se encontram na Indian Office Library, em Londres. Em 1267, Roger Bacon descreve também uma *camera*, utilizada para observar eclipses solares, em seu livro *De Multiplicatione Specierum* (capturado na Internet em 05/11/2002, no site [www.rleggat.com/photohistory/history/cameraob.htm](http://www.rleggat.com/photohistory/history/cameraob.htm)).

<sup>2</sup> A ênfase, neste caso, é na **mediação** proporcionada pelo aparelho na representação dos objetos, posto que a **distinção** objeto-imagem obviamente já existia na pintura, em especial a partir da invenção da perspectiva. A pintura do período que antecede o Renascimento estava calcada em outros códigos representacionais, simbólicos, em escalas hierárquicas ligadas a valores religiosos, tema que foge ao escopo deste trabalho.

1999b: 37). Para Cassirer, na tradição mágica do Renascimento, contemplar um objeto significava fundir-se com ele:

(...) mas essa unidade só [era] possível se o sujeito e o objeto, o conhecedor e o conhecido, fossem da mesma natureza; eles deveriam ser parte de um mesmo complexo vital. Toda percepção sensorial é um ato de fusão e reunificação (Cassirer, 1972 *apud* Crary, 1999b: 38).<sup>3</sup>

A visão renascentista do mundo, totalizante e mágica, do início do século XVI, gradualmente cede lugar à sua objetificação, e a proximidade entre o observador e o observado vai sendo rompida.<sup>4</sup> A *camera obscura* desempenha um papel de destaque nesse processo ao separar o observador do objeto, em conjunto com outras modificações no pensamento da Europa do século XVII. Essa separação delimita e redefine relações, indicando o surgimento de um novo modelo de subjetividade, na medida em que a *camera* pressupõe necessariamente um observador isolado e confinado (Crary, 1999b: 38).<sup>5</sup> Verifica-se também um processo de ‘de-corporificação’ da visão mediada pelo dispositivo ótico, destacando-se este sentido em relação aos outros quatro. Tal processo seria radicalizado com o pensamento de Locke e Descartes.

Para Locke, a *camera* era uma forma de visualizar espacialmente a posição de um observador do mundo: a *camera* como um cômodo onde estaria um juiz ou autoridade – a razão – que julgaria a verdade, destacada assim do mundo exterior (Crary, 1999a: 32). De acordo com Charles Taylor, Locke acrescenta ao sujeito do controle desprendido e racional uma forma de os sujeitos se constituírem, denominada por Taylor de “*self* pontual”. O controle é adquirido através do desprendimento que leva a uma objetificação do que é observado, e da adoção de uma postura neutra em relação ao mundo físico (Taylor, 1997: 210). A descrição e a representação ‘perfeitas’ carregam também a noção de uma perfeição do conhecimento e, em última instância, do ser que as constrói. A *camera obscura*, vazia, funciona como uma metáfora da mente adequada à postura lockiana radical – que estabelece os termos de definição do *self* pontual – oposta a qualquer teoria de idéias inatas (Taylor, 1997: 215).

A *camera* como metáfora de um local de julgamento coaduna-se com a proposição

---

<sup>3</sup> Todos os textos citados em língua estrangeira foram traduzidos por mim, salvo menção expressa em contrário.

<sup>4</sup> Esta questão também se apresenta no tocante às representações do corpo humano, em especial a partir de Vesalius, conforme será visto no capítulo 2, item 2.1.2.

<sup>5</sup> Do mesmo modo, a noção de ‘objetividade’ é também reconfigurada, conforme será discutido no capítulo 2, item 2.1.3.

de Locke de que, para que se conheça a verdade, opondo-se a “um punhado de sínteses gratuitas aprovadas pelo costume e pela autoridade, sem qualquer base racional”, é necessário “que se suspenda o julgamento sobre essas idéias tradicionais” e que “se examinem suas bases antes de aceitá-las” (Locke, *apud* Taylor, 1997: 217).

Conforme apontado por Taylor, a teoria gerada por Locke reflete um ideal de independência e de auto-responsabilidade, “uma noção da razão como algo livre do costume estabelecido e da autoridade local dominante” (Taylor, 1997: 219). O observador isolado dentro da *camera obscura* – desligado, afastado e de certo modo liberto do mundo do qual vê apenas uma imagem estável, fixa e invertida – passa a ser mais do que apenas uma metáfora do *self* pontual de Locke, podendo ser entendido como a imagem ‘encorporada’ (*embodied*) daquele que busca o conhecimento da verdade destacado das imagens enganosas e das paixões do mundo real.

O objetivo do conhecimento, tanto para Locke quanto para Descartes, era chegar ao entendimento do modo ‘como as coisas são na realidade’ e, para alcançar esse fim, a melhor forma seria através da razão. A maneira de se chegar à pura racionalidade difere entre estes dois pensadores mas, para ambos, conforme assinala Taylor, “[A] racionalidade é sobretudo uma propriedade do processo de pensar, e não o conteúdo substantivo do pensamento” (Taylor, 1997: 220). Para Locke, os hábitos tradicionais de pensamento até então estabelecidos precisam ser rompidos e recriados pelo controle racional (Taylor, 1997: 223). A *camera obscura*, vazia de conteúdo e potencialmente produtora de verdades, funciona também como modelo da própria racionalidade enquanto processo. A inversão da imagem do exterior, obtida no interior da *camera*, metaforiza a ruptura com os hábitos estabelecidos do pensamento tradicional.

Taylor assinala um dos grandes paradoxos da filosofia moderna gerado pela noção do *self* pontual de Locke: a objetividade radical só é acessível e inteligível através da razão humana, ou seja, através de uma subjetividade radical (Taylor, 1997: 229). A metáfora da *camera obscura* apresenta esta subjetividade radical como a de um sujeito totalmente destacado e isolado do mundo que pretende conhecer. Contudo, a subjetividade dos séculos XVII e XVIII difere em muito daquela do início do século XIX, igualmente radical, porém construída a partir de outros pressupostos epistemológicos.

Para Descartes, a *camera obscura* era a demonstração cabal de que o mundo podia ser conhecido por um observador unicamente através da percepção mental. Na Terceira Meditação declara: “Agora fecharei meus olhos, tamparei meus ouvidos e serei indiferente

aos meus sentidos” (Descartes *apud* Crary, 1999a: 32). O posicionamento do observador isolado dentro de si mesmo era uma pré-condição necessária para se atingir o conhecimento do mundo externo, claramente diferenciado do interno. Se, para Descartes, o conhecimento só podia ser atingido escapando do domínio das sensações, a *camera obscura* era compatível com a possibilidade de uma visão puramente objetiva do mundo. A penetração ordenada e calculável de raios luminosos pela abertura da *camera* correspondia, de acordo com Crary, “à inundação da mente pela luz da razão, diferentemente do perigoso ofuscamento dos sentidos provocado pela luz [plena] do sol” (Crary, 1999b: 43).

Ainda segundo Jonathan Crary, duas pinturas de Vermeer, “O astrônomo” [Figura 5] e “O geógrafo” [Figura 6], de 1668, representam de forma clara o paradigma cartesiano. Em ambas há uma figura masculina estudando em um ambiente relativamente escuro, iluminado apenas por uma janela à esquerda. O astrônomo estuda um globo celeste com o mapa das constelações. O geógrafo examina uma carta náutica. Nenhum dos dois olha pela janela, ou seja, o mundo exterior pode ser conhecido por meio do escrutínio mental de sua representação clara – indicada pelo globo e pela carta – ao invés de o ser diretamente através dos sentidos. O cômodo sombreado que aparece nas pinturas, isolado do mundo, não é um obstáculo ao conhecimento. Para Crary, estas pinturas são uma demonstração da função apaziguadora da *camera obscura*: “(...) seu interior é a interface entre o *res cogitans* e o *res extensa* cartesianos absolutamente diferentes, assim como a interface entre o observador e o mundo” (Crary, 1999b: 46). Tanto a *camera* como o aposento pintado por Vermeer são os lugares nos quais pode ser conhecida uma projeção ordenada do mundo, tornado disponível, dessa forma, ao conhecimento pela mente. Essa projeção, vale assinalar, é feita em duas dimensões (Crary, 1999b: 46).

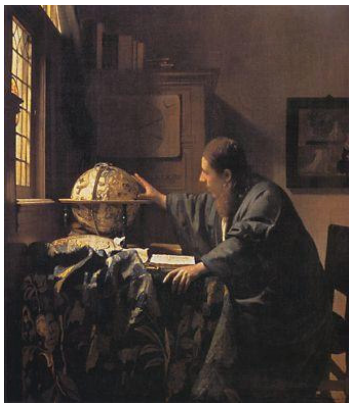


Fig. 5 - O astrônomo. Vermeer, 1668



Fig. 6 - O geógrafo. Vermeer, c.1668-9

A abertura da *camera* corresponde a um único ponto – passível de expressão matemática – através do qual o mundo pode ser deduzido e representado de maneira lógica. A *camera obscura* está calcada nas ‘leis da natureza’, na ótica geométrica, sendo um aparelho mecânico e monocular, socialmente constituído como produtor de verdades autênticas, e que faz parte de um paradigma de saber no qual o conhecimento obtido através das sensações foi deslocado para uma posição depreciada e secundária (Crary, 1999a: 32). A visão monocular – frisando, de um único olho – é congruente com a busca humana de uma única verdade ‘objetiva’. Em alguma medida, a abertura da *camera* apresenta uma visão singular, análoga ao olho de Deus. A analogia transforma o dispositivo ótico em um olho metafísico infalível, cuja autenticidade do olhar não pode ser questionada (Crary, 1999b: 48).

A descrição da *camera obscura* por Descartes, em *La dioptrique* [1637], estabelece claramente a analogia desta com o olho humano:

Suponha uma câmara fechada, com apenas um único furo, uma lente de vidro colocada sobre o furo, e um pano branco esticado a uma certa distância atrás dela, de forma que a luz que atravessa a lente forme imagens sobre o pano. Pode-se dizer que o quarto representa o olho, o furo a pupila e a lente o cristalino (Descartes, 1637 *apud* Crary, 1999b: 47).

A seguir, sugere uma experiência um tanto bizarra: que o leitor extraia o cristalino do olho de uma pessoa recentemente falecida, ou de um boi, e o use no lugar da lente, desta forma obtendo “(...) não sem prazer e assombro, um quadro representando em perspectiva natural todos os objetos [situados] do lado de fora” (Descartes *apud* Crary, 1999b: 47). Essa separação radical do olho e sua instalação em um aparelho mecânico, produzindo representações objetivas, designam ao olhar um *status* incorpóreo, compatível com a noção de uma razão desprendida da confusão dos sentidos (Crary, 1999b: 48).

Segundo Taylor, Descartes apresenta, em relação a Platão, um novo entendimento da razão, atribuindo a esta uma posição de hegemonia, se comparada às paixões. O universo deveria ser compreendido de forma mecânica, matemática. ‘Conhecer’ a realidade é ter desta uma representação ‘correta’: um quadro interior adequado da realidade externa, ambas as coisas completamente separadas. A noção de ‘idéia’ perde o sentido ôntico que tinha para Platão, passando a significar os conteúdos da mente, intrapsíquicos. Para Descartes, as representações adquirem um *status* de conhecimento por gerarem certezas, e a ordem das representações deve desenvolver-se por meio de uma cadeia de percepções

claras e distintas (Taylor, 1997: 190). A *camera obscura*, com seu olho monocular, distanciado da realidade, produtora de imagens da mesma, transforma-se em uma metáfora mais que perfeita do pensamento cartesiano. A questão da ‘objetividade’ da representação emerge nesse período como uma meta a ser alcançada.<sup>6</sup>

O mundo é objetificado, assim como o corpo humano, em uma visão mecânica, exterior a ele (Taylor, 1997: 192). A experiência proposta com o olho de um cadáver recente, humano ou animal, parece exemplificar de forma explícita esta noção do corpo como um objeto passível de conhecimento, decomponível em diversas partes, e funcionante tal como uma máquina.<sup>7</sup> A matéria, para ser totalmente compreendida, precisa ser objetificada e tornada um mero mecanismo, desencantado. De acordo com Taylor, esta concepção rompe com a ontologia tradicional e se choca com a experiência comum, incorporada. Para Descartes, é necessário haver uma libertação do reino das sensações, geradoras de confusão. A *camera obscura* é paradigmática dessa separação: a imagem projetada ‘ao vivo’ no interior da *camera* é pura imagem, destacada de sua materialidade exterior e passível de ser observada e estudada sem a interferência de outras sensações além da visual. Para que haja clareza e diferenciação é necessário o desprendimento de si mesmo – uma postura mais radical do que a de Platão – uma vez que, para Descartes, os sentidos deixam de ser considerados como meio válido para o tipo de apreensão do mundo que leva ao conhecimento. A alma, para ele, reafirma sua natureza imaterial objetificando o corpo e tornando-o passível de ser conhecido pela razão, agora totalmente desprendida (Taylor, 1997: 193).

Ainda de acordo com Taylor, libertar-se do senso comum, ilusório, que mistura mente e matéria, permite que se conheça e se controle esta última (Taylor, 1997: 197). A questão do controle instrumental da matéria, através da razão, é crucial em Descartes. Para isto, é necessário haver uma ação eficaz constante em direção ao que se pretende e, ao mesmo tempo, um distanciamento em relação ao resultado (Taylor, 1997: 199). O envolvimento distanciado coaduna-se com a posição passiva do observador na *camera obscura*. A valorização da racionalidade produz concomitantemente as noções de

---

<sup>6</sup> Este tema será discutido em maior profundidade no capítulo 2.

<sup>7</sup> Cabe assinalar, de passagem, que para Descartes o corpo humano era uma máquina maravilhosa, criada por Deus. Há uma famosa analogia estabelecida por esse autor entre o corpo humano em funcionamento e os autômatos dos jardins do palácio de Versalhes. Seu experimento com o olho encontra-se inserido neste campo conceitual. A noção de corpo-máquina se tornou um paradigma hegemônico a partir do século XVII, que atravessaria, pelo menos, dois séculos e não desapareceria de todo, informando as mais diversas áreas do conhecimento, inclusive a medicina, tema abordado no capítulo 3.



interioridade e subjetividade em oposição franca ao mundo externo.

Leibniz tenta conciliar a validade de verdades universais com o fato inescapável do mundo empírico constituído por uma multiplicidade de pontos de vista. Para ele, o conceito de ‘mônada’ expressa fragmentação e de-centramento do mundo, a ausência de um ponto de vista onisciente, elaborando-se desta maneira um relativismo essencial. Ao lado dessa fragmentação, cada mônada representa uma totalidade, refletindo em si o universo inteiro de um ponto de vista finito, em que a *camera* funciona como uma estrutura conceitual (Crary, 1999b: 50). Leibniz parece aceitar a visão lockiana da *camera*, mas há uma diferença marcante concernente à noção do espectador como sujeito passivo. De acordo com esse autor, para que a semelhança entre o observador e a *camera* seja completa,

(...) teríamos que postular que há uma tela dentro da câmara, para receber a imagem, (...) que não é uniforme, mas variada, por existirem dobras na tela que representam elementos de conhecimento inato; e, mais, que esta tela ou membrana, estando tensionada, dispõe de uma espécie de elasticidade ou força ativa que, de fato, age (ou reage) de maneiras adaptadas tanto a dobras passadas como a novas dobras (Leibniz, 1765 *apud* Crary, 1999b: 51).

Segundo Crary, tanto na perspectiva de Locke quanto na de Leibniz, o observador do século XVIII encontrava-se diante de um espaço unificado de ordem, não modificável por seu aparato sensorial ou fisiológico. Nesse mundo ordenado, os conteúdos da realidade externa podiam ser estudados, comparados e conhecidos em termos de múltiplas relações (Crary, 1999b: 55). A questão sublinhada é que o conhecimento nos séculos XVII e XVIII não estava organizado exclusivamente em torno da visualidade. Apesar da força paradigmática da *camera obscura* privilegiar a visão em relação aos outros sentidos, ela por seu turno estava – *a priori* – a serviço da razão: uma faculdade não-sensorial de compreensão capaz de, sozinha, apresentar uma concepção verdadeira do mundo. Para Crary, a noção de heterogeneidade dos sentidos, no século XVIII, era bastante diferente da autonomização da visão e da separação dos sentidos que viriam a ocorrer no século XIX (Crary, 1999b: 57). No século XVIII, o testemunho dos cinco sentidos era tomado em conjunto, como pode ser exemplificado em Thomas Reid (1710-1796), escocês iluminista, um dos fundadores da escola filosófica do senso comum:

(...) se a faculdade de ver estivesse no olho, a de ouvir no ouvido e o mesmo para os outros sentidos, a consequência necessária disto seria que o princípio do pensamento, que chamo de eu, não é uno, mas vário. Contudo, isto é contrário à convicção de todos os homens. Quando eu digo, eu vejo, eu ouço, eu lembro, isto implica que é um e o mesmo *self* que executa essas operações (Reid, 1785 *apud* Crary, 1999b: 58 n.74).

De Descartes a Diderot a visão é concebida em analogia com o tato, e em *Lettres sur les aveugles* [1749] Diderot sustenta que tanto um sentido quanto o outro detêm a capacidade de apreender verdades universalmente válidas. A certeza do conhecimento dependia da relação entre um aparelho sensorial uno e um espaço ordenado delimitado, cujas posições podiam ser conhecidas e comparadas – e não apenas da visão. Os sentidos eram concebidos menos como órgãos fisiológicos do que como auxiliares de uma mente racional – mesmo para os assim chamados materialistas, como Diderot. Para este filósofo, em uma pessoa capaz de ver, os sentidos eram desiguais, mas através de ‘assistência recíproca’ poderiam fornecer conhecimento sobre o mundo. Mesmo com este discurso sobre os sentidos e as sensações, ainda se está no mesmo terreno epistemológico da *camera obscura* e do afastamento da evidência subjetiva imediata do corpo (Crary, 1999b: 59). Esse campo seria radicalmente alterado no início do século XIX, conforme será visto a seguir.

## 1.2. ESTEREOSCÓPIO, VISÃO SUBJETIVA

Em 1810, Johann Wolfgang von Goethe publica a *Doutrina das cores* [*Farbenlehre*]. Em um dos parágrafos iniciais propõe ao leitor a seguinte experiência:

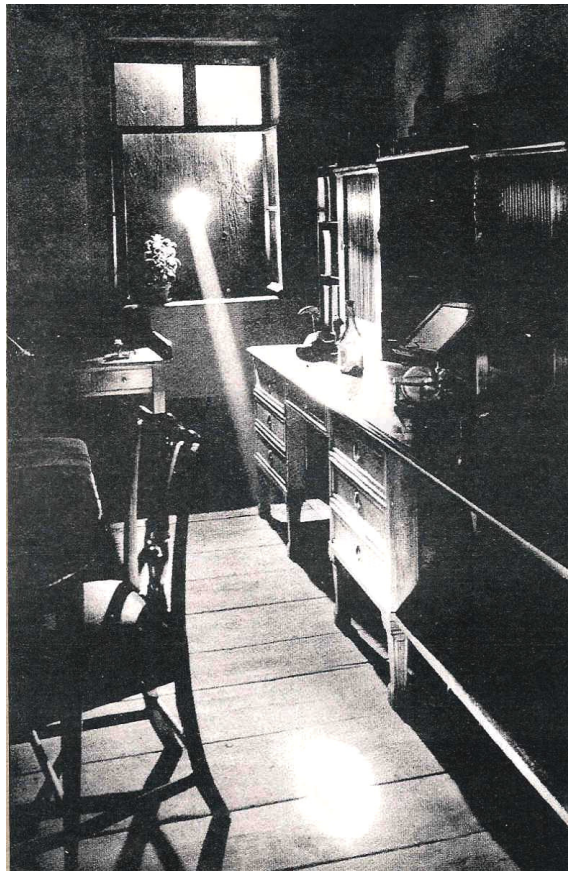
Num quarto o mais escuro possível, deixe que o sol brilhe, por uma fresta de três polegadas de diâmetro na janela, sobre um papel branco e olhe de certa distância fixamente para o círculo iluminado. Quando se fecha a abertura e se olha para a parte mais escura do quarto, vê-se diante de nós uma imagem circular. O meio do círculo parecerá claro, incolor, tendendo moderadamente ao amarelo; a borda, entretanto, logo parecerá púrpura. Demora um certo tempo para que essa cor púrpura possa encobrir, da borda para o centro, o círculo inteiro, eliminando finalmente por completo o centro claro. (...) A imagem minguia pouco a pouco, tornando-se mais fraca e menor. Vemos aqui, mais uma vez, como a retina, mediante oscilações sucessivas, gradualmente se recupera da forte impressão de algo externo (Goethe, 1993: 59).

O início da experiência ótica, como tantas outras da época, passa-se na *camera obscura*, que parece estabelecer limites claros entre o exterior e o interior <sup>8</sup> [Figura 7]. Contudo, a proposta de Goethe de fechar o furo abandona subitamente a organização constituída pela *camera*, desorganizando-a e negando-a, tanto como um sistema ótico quanto como figura epistemológica – o fechamento da abertura desarticula a separação

---

<sup>8</sup> Newton elaborou seu estudo sobre física ótica em experiências desenvolvidas dentro da *camera obscura*,

dentro/fora, na qual se baseia o funcionamento da *camera* (Crary, 1999b: 68). Um fenômeno visual pode ser produzido **no** e **pelo** indivíduo, sendo o corpo o local privilegiado da ocorrência do fenômeno.



**Fig. 7 - Estúdio de Goethe**

De acordo com Crary, há uma dimensão crucial nessa mudança: a inserção da corporalidade humana no discurso e nas práticas da visão. Este autor aponta para a nova centralidade atribuída ao corpo em tal situação. Em contraste com a teoria anterior, que dependia da exclusão da corporeidade para a sua elaboração, no novo modelo de visão subjetiva, o organismo é introduzido juntamente com a fisiologia que possibilita o fenômeno visual (Crary, 1999a: 34). Da transparência do feixe de luz que penetrava na *camera* passa-se à opacidade e densidade do corpo humano, a experiência visual dissociada do estímulo externo.

---

por exemplo.

Goethe foi o primeiro de uma longa série de pesquisadores que se ocuparam da produção dessas pós-imagens.<sup>9</sup> Os estudos evidenciaram o papel produtivo do corpo na sensação visual. A posição do observador muda radicalmente: sua subjetividade corporal, excluída na conceituação da *camera obscura*, torna-se o lugar por excelência da observação (Crary, 1999b: 69). As pós-imagens eram conhecidas desde a Antiguidade, mas sempre foram consideradas como ilusões, sendo conseqüentemente colocadas à margem dos estudos de ótica. A multiplicidade de pesquisas desenvolvidas na Europa dos anos 1820 e 1830 acerca das pós-imagens denota uma inversão de sinal: da negatividade da ilusão passa-se à positividade do estudo fisiológico dessas sensações. Crary assinala que tal produção coletiva definiu a visão como um amálgama irreduzível de processos fisiológicos e estimulação externa, dissolvendo assim o conceito de oposição dentro/fora metaforizado pela *camera*. A corporeidade da visão acrescentava uma outra dimensão ao fenômeno: a de temporalidade, a visão como um processo desenvolvido no tempo em um corpo concreto, finito e sujeito à deterioração (Crary, 1999a: 34). Outro aspecto apontado pelo autor é a autonomia e a produtividade designadas ao observador tornarem-no também o tema de novos tipos de conhecimento e de técnicas de poder. O observador observado emerge em um campo diferente do saber no século XIX: a fisiologia. O corpo surge como um novo território a ser conhecido e mapeado (Crary, 1999a: 35), em bases diversas das que existiam anteriormente, calcadas no paradigma anatômico do qual Vesalius era icônico.<sup>10</sup>

A ‘verdade científica’ da teoria das cores de Goethe é irrelevante diante de sua importância fundamental ao delinear, ainda que de maneira um tanto assistemática, a conceituação de visão subjetiva. A *Doutrina das cores* é, acima de tudo, exemplo de uma proposta de abordagem científica que viria a constituir a ‘ciência romântica’ do século XIX. Embora ‘ciência romântica’ possa parecer uma contradição em termos, de acordo com Duarte (1995) esta nova proposta buscava

contribuir para o melhor avanço da ‘ciência’, temperando o universalismo com a ênfase metódica e sistemática na singularidade/totalidade ontológica e na inseparabilidade entre determinação do objeto e consideração do sujeito (...) (Duarte, 1995: 1).

Goethe propunha a inclusão da subjetividade do pesquisador na experiência como

---

<sup>9</sup> Optei por traduzir o termo *afterimage* como pós-imagem para designar o fenômeno também chamado de ‘imagem posterior’ ou ‘imagem atrasada’: a sensação visual que ocorre após cessado o estímulo externo.

<sup>10</sup> Isto não quer dizer em absoluto que o paradigma anatômico desapareça, mas sim que se institui outra concepção do corpo que, em tensão com o modelo que o antecedeu, torna-se constitutiva de um novo tipo de compreensão do lugar do corpo na cultura vigente.

forma de apreender a totalidade do objeto investigado, lançando as bases para uma perspectiva crítica da ‘neutralidade’ científica: “Não é indiferente o lado pelo qual se aborda um saber, uma ciência, e faz muita diferença a porta por onde se entra” (Goethe, 1993: 49).

O corpo torna-se central para as novas experiências e observações, que devem ser feitas em contato com a natureza, com a evocação das sensações do observador (Goethe, 1993: 70). Goethe propõe um método baseado na empiria com um sentido diverso do que esta dispunha nos séculos anteriores. A abstração decorre da imersão total na experiência, partindo-se sempre da dedução de fenômenos que ocorrem na vida. A partir da experiência, classificam-se os fenômenos em rubricas empíricas gerais, subordinadas a rubricas científicas mais amplas. Tudo se submete a leis e a regras superiores, apreensíveis não por meio de palavras e hipóteses reveladas para o entendimento, mas sim através da intuição (Goethe, 1993: 85).

O caminho preconizado é inverso ao procedimento cartesiano, na medida em que as sensações, a intuição e o próprio observador estão incluídos na atividade observada. Abol-se o destacamento sujeito-objeto do modelo da *camera*. Apenas através da intuição é possível ao pesquisador atingir o conhecimento dos “fenômenos primordiais”. Partindo deles, torna-se possível descer gradualmente até o caso mais comum da experiência cotidiana (Goethe, 1993: 85, 86). Os “fenômenos primordiais” são encontrados pela intuição e devem ser deixados “[pelo investigador da natureza] em sua eterna quietude e magnificência (...)” (Goethe, 1993: 86). Encontra-se aqui uma justaposição da vocação científica e da subjetividade radical, ao colocar-se a intuição como um instrumento-chave para a apreensão dos “fenômenos primordiais”. Mesmo contrapondo-se à visão cartesiana, é evidente, ao longo de toda a *Doutrina*, a preocupação em serem estabelecidas condições rigorosas para a observação científica. Evidencia-se a tensão referida por Duarte “(...) entre a disposição de busca da verdade pela ciência e de preservação da reserva romântica em nome da vivência, da experiência, da totalidade” (Duarte, 1999: 64) – uma tensão estruturante, presente em especial nas ciências humanas até os dias atuais.<sup>11</sup>

Crary observa que o aspecto principal levantado por Goethe em sua descrição das pós-imagens consiste na

(...) inseparabilidade de dois modelos geralmente apresentados como distintos e irreconciliáveis: um observador fisiológico que será descrito

---

<sup>11</sup> Sobre Goethe e ciência romântica, cf. Chazan (2002c).

de forma cada vez mais detalhada pelas ciências empíricas no século XIX e um observador apresentado pelos vários ‘romantismos’ e modernismos do início como produtor autônomo de seu (ou sua) experiência visual (Crary, 1999b: 69) (Grifo original).

Para Goethe, a cor e a visão, a ela associada, elevam-se sobre os outros fenômenos (Goethe, 1993: 124). O destacamento e a preponderância da visão sobre os demais sentidos tornaram-se gradualmente hegemônicos ao longo do século XIX e, principalmente adiante, no decorrer do século XX.<sup>12</sup> Para Kant, a ‘revolução copernicana’ fora um sinal definitivo da nova organização e do novo posicionamento do sujeito no mundo. A epistemologia kantiana centrada no ser humano era, de acordo com Foucault, o oposto da noção de visão na era clássica. Na seqüência do trabalho de Kant, a idéia de transparência do sujeito como observador é radicalmente modificada. Para Goethe e, pouco depois, também para Schopenhauer, a visão consistia em um complexo irreduzível de elementos pertencentes ao corpo do observador e de dados do mundo externo (Crary, 1999b: 70). Instaura-se assim um novo modelo de visão calcado na opacidade corporal do observador.

Esta formulação aproxima-se do que Taylor conceitua como “natureza como fonte”. De acordo com este autor, a filosofia da natureza como fonte foi crucial para o movimento *grosso modo* referido como romantismo, que implicou uma transformação radical no pensamento e na sensibilidade (Taylor, 1997: 471). É possível articular a ênfase na subjetividade da visão e na exploração científica do corpo – a natureza dentro do ser humano, ou este pertencendo a ela, ambos fundidos em uma única forma de conhecimento: a exploração científica. Ainda de acordo com Taylor,

(...) os românticos afirmavam os direitos do indivíduo, da imaginação e do sentimento (...) Essa noção de uma voz ou impulso interior, a idéia de que encontramos a verdade dentro de nós e, em particular, em nossos sentimentos – esses foram os conceitos cruciais que justificaram a rebelião romântica em suas várias formas (Taylor, 1997: 472).

A voz interior pode ser também compreendida como o impulso da natureza dentro dos seres humanos. Há nesse período inúmeras pesquisas buscando compreender cientificamente a natureza das sensações, entre elas – em lugar privilegiado – a visão. Ao

---

<sup>12</sup> Diversos fatores contribuíram nesse processo, conforme aponta Elias (1994). A contenção da ação, que gradualmente se instaura como norma ao longo do ‘processo civilizador’, transforma o prazer da ação em um prazer passivo em assistir. O autocontrole socialmente inculcado impede que os indivíduos toquem no que desejam ou odeiam. Nesse contexto, “(...) o olho assume importância muito específica na sociedade civilizada (...) [e] se torna um mediador do prazer precisamente porque a satisfação direta do desejo pelo prazer foi circunscrita por um grande número de barreiras e proibições” (Elias, 1994: 200). O consumo visual de fotografias, do cinema e da televisão, no século XX, denota a radicalização dessa tendência.

longo do século XIX, a relação entre arte/ciência, subjetividade/sensibilidade e exploração científica tornam-se complementares. Há uma tensão que se torna constitutiva do saber ocidental e se situa entre a busca do universalismo científico e o subjetivismo romântico.<sup>13</sup>

Schopenhauer radicaliza a noção de subjetividade da visão e afirma que a cor é um fenômeno exclusivamente fisiológico, em contraposição à classificação de cores de Goethe, que as dividia em fisiológicas, físicas e químicas. Para Schopenhauer, a cor é única e exclusivamente resultado das reações e da atividade da retina. O ponto relevante acerca das duas teorias é que ambos os autores revelam uma reversão na noção hegemônica em vigor no século XVIII acerca da visão e estão comprometidos com uma reação germânica mais geral à física ótica de Newton, no início do século XIX. Em contraposição a Locke, que privilegiava as qualidades primárias dos objetos em relação às secundárias, produtoras de sensações, Goethe e Schopenhauer sustentam que são as qualidades secundárias que constituem a imagem primária de uma realidade externa. As qualidades primárias lockianas – posição, tamanho, solidez – têm sentido apenas após a experiência fundadora que se inicia com a excitação da retina e que se desenvolve seguindo as possibilidades dadas pela constituição do órgão visual (Crary, 1999b: 74).

A suposta correspondência entre qualidades primárias e objeto real, em vigor nos séculos anteriores, é radicalmente contestada por Schopenhauer – as cores passam a ser estudadas e referidas única e exclusivamente às sensações do corpo do observador. Segundo ele, a separação entre interior e exterior torna-se irrelevante, não havendo uma distinção na consciência entre

(...) objeto e representação (...) a única coisa imediata é a sensação, mesmo assim confinada à esfera embaixo de nossa pele. Isto pode ser explicado a partir do fato que ‘fora’ é uma determinação exclusivamente espacial, mas o espaço em si é (...) uma função de nosso cérebro (Schopenhauer *apud* Crary, 1999b: 75).

Para Schopenhauer, a subjetivação radical corresponde a uma biologização igualmente radical ou, em outros termos, a uma biologização das sensações e da percepção do mundo. Tudo acontece no cérebro e a noção de eventos exteriores a ele é uma apreensão equivocada da realidade. Em Schopenhauer, o discurso estético e o científico encontram-se fundidos. Crary aponta a existência de heterogeneidade no pensamento schopenhaueriano, posto que, apesar de se autodenominar um idealista, os detalhes de corporeidade são

---

<sup>13</sup> Esta questão apresenta-se de modo crucial nos atlas do século XIX, no tocante ao problema da representação pictórica de fatos/objetos naturais, conforme será visto adiante, no capítulo 2, item 2.1.3.

profusamente citados, com inúmeras alusões a textos de fisiologia. Além deste aspecto, ressalta que as idéias centrais de Schopenhauer estão freqüentemente relacionadas à anatomia específica do cérebro, ao sistema nervoso e à medula espinhal. Seu sujeito estético, um observador liberto do desejo e do corpo, capaz de ‘percepção pura’, não está separado de sua preocupação com a fisiologia. Para Crary,

(...) quanto mais Schopenhauer envolveu-se no novo conhecimento coletivo de um corpo fragmentado, composto por sistemas orgânicos separados, sujeito à opacidade dos órgãos sensoriais e dominado pela atividade reflexa involuntária, mais ele buscou estabelecer uma visualidade humana que escapasse às demandas desse corpo (Crary, 1999b: 76).

Schopenhauer discorda da visão kantiana acerca do pensamento abstrato, sustentando que as representações consistem em processos fisiológicos complexos que ocorrem no cérebro de um ser animal, cujo resultado é a consciência de um quadro ou imagem naquele momento. No núcleo do seu trabalho está a sua aversão à vida instintual do corpo, sua utopia da percepção estética constituindo-se uma tentativa de retirada de um mundo em processo acelerado de modernização, que transformava o corpo em um aparelho previsível de atividades reflexas, esquematizado pelos cientistas. A fusão entre o subjetivo e o fisiológico, na obra de Schopenhauer, ocorreu entre as duas primeiras edições de *O mundo como vontade e representação*, no período de 1819 a 1844. Nesse espaço de tempo, na Europa, as idéias sobre o aparelho ótico e o corpo foram profundamente modificadas. A visão subjetiva apontada por Goethe e Schopenhauer, que construiu o observador com autonomia perceptiva, faz parte de um mesmo processo de transformação do sujeito em objeto de novos conhecimentos e de novas tecnologias de poder (Crary, 1999b: 78).

A recente ciência da fisiologia desempenha um papel central nessa articulação, tornando-se o lugar de novas reflexões epistemológicas dependentes, por seu turno e dentre outros aspectos, dos conhecimentos acerca do olho e da visão. De acordo com Foucault, a fisiologia é uma das ciências que marcam uma ruptura na *episteme* entre os séculos XVIII e XIX. Nessa ruptura, o ser humano surge como um ser cuja transcendência passa a ser mapeada no empírico. Na Europa, a primeira metade do século XIX foi palco de diversas explorações acerca do corpo. Há uma infinidade de trabalhos sobre o cérebro e suas funções, diversas tentativas de localização e mapeamento de atividades cerebrais correlacionadas às atividades corporais (Crary, 1999b: 84).

Nesse continente, o estudo das pós-imagens, a partir da década de 1820, expandiu-se rapidamente. Foram desenvolvidos trabalhos quantitativos acerca da irritabilidade do



olho, pesquisou-se a convergência e a acomodação da visão binocular e a sua relação com a curvatura da retina. A ótica clássica, voltada para o estudo da parte transparente do sistema ótico, cedeu lugar à cartografia do olho em suas partes opacas, assim como ao estabelecimento de parâmetros de normalidade e patologia da visão. Entre diversos pesquisadores, destacaram-se Joseph Plateau, que calculou a duração da pós-imagem em um terço de segundo, Jan Purkinje, que continuou as pesquisas de Goethe acerca das transformações na pós-imagem, e Gustav Fechner.<sup>14</sup> Este último buscou estabelecer equações matemáticas para o fenômeno da percepção e é considerado, em conjunto com Johann Friedrich Herbart, como um dos fundadores da moderna psicologia de estímulo-resposta.

Em outras pesquisas, conseguiu-se localizar funções dos nervos e do cérebro e estabeleceu-se a distinção entre funções motoras e perceptivas, produzindo novas verdades sobre o corpo. Essas distinções constroem a noção da separação dos sentidos, sustentada principalmente pelas investigações do fisiologista alemão Johannes Müller, autor da primeira grande teorização científica sobre o assunto. Seu trabalho contribuiu decisivamente para a ruptura com a noção de observador vigente na era clássica. Suas pesquisas demonstraram que os nervos dos cinco sentidos eram fisiologicamente distintos entre si, e que causas uniformes – estímulos elétricos, por exemplo – geravam sensações diferenciadas, dependendo do tipo de nervo estimulado. Paralelamente, demonstrou que diferentes estimulações de um mesmo nervo provocavam a mesma sensação. Evidenciava-se dessa maneira uma relação basicamente arbitrária entre estímulo e sensação: por exemplo, a sensação da luz, para o observador, não tinha necessariamente conexão com a luz em si (Crary, 1999a: 36). A visão é separada e especializada, distanciando-se cada vez mais do modelo clássico. Um mundo real ‘novo’ é construído sobre a ausência de referenciais fixos: a natureza empírica daquele que percebe torna as identidades instáveis e móveis. Crary observa que:

---

<sup>14</sup> Fechner padeceu um colapso nervoso, com perda da visão, durante alguns anos. Havia um caráter místico em suas investigações, às vezes em um sentido delirante. Por um lado, estava profundamente imerso na *Naturphilosophie*, movimento filosófico que cristalizou a visão romântica do mundo, um ideário no qual o conhecimento advinha da razão mas, sobretudo, da experiência sensorial e sensível dos sujeitos, uma proposta de busca de fusão do homem com uma totalidade que fora supostamente perdida; por outro, Fechner desenvolveu estudos quantitativos empíricos rigorosos, sendo considerado um dos precursores da psicologia científica de Wilhelm Wundt e Ernst Mach (Crary, 1999b: 141pp.). Outros pesquisadores – Plateau, Brewster – tiveram a visão seriamente afetada por olharem diretamente para o sol no decorrer de suas pesquisas. Plateau perdeu definitivamente a visão. Parece haver, por parte desses pesquisadores, a busca de uma imersão total – de caráter marcadamente romântico – na luz plena, natural, observável, por exemplo, nas pinturas de

(...) a doutrina da energia específica dos nervos redefine a visão como uma capacidade de [o sujeito] ser afetado por sensações que não estão necessariamente ligadas a algo concreto, ameaçando desta maneira qualquer sistema coerente de significados (...) (Crary, 1999a: 40).

Nessa mesma época, estavam sendo desenvolvidas diversas pesquisas concernentes à natureza da luz, por Augustin Jean Fresnel e outros. O terreno da ótica, durante séculos inteiramente separado das demais áreas do conhecimento, funde-se naquele momento com o estudo de alguns fenômenos físicos – eletricidade e magnetismo, por exemplo. Em outros termos, torna-se problemática a própria identidade independente da luz (Crary, 1999b: 88).

Para Gusdorf, a idéia da existência de uma ‘força vital’, um dos eixos centrais da ciência romântica, estabeleceu um fundamento para os estudos da eletricidade e do magnetismo se desenvolverem. As experiências com a eletricidade evidenciavam incontestavelmente

(...) a existência de uma força natural, até o momento quase insuspeita, que se manifesta em diversos fenômenos naturais (o raio, por exemplo) ou em condições artificialmente provocadas (...) [Na fagulha elétrica] o fluido invisível, impalpável, faz-se bruscamente visível, sensível, para desaparecer como veio, não sem infligir comoções e até mesmo convulsões poderosas aos indivíduos situados em seu percurso. Impunha-se a idéia de que se tratava aí de uma força da natureza, imaterial em sua essência, aparentada à vida, cuja presença é constatada como um excesso de significação vindo habitar a realidade sólida (Gusdorf, 1985: 176).

Gusdorf chama a atenção para o aspecto espetacular que envolve as experiências com eletricidade, fundindo a ciência com um imaginário fantástico. Tem-se a idéia de que visualizar os fenômenos elétricos significa um acesso à própria intimidade da natureza (Gusdorf, 1985: 176). Segundo este autor, “A síntese da *Naturphilosophie* englobará magnetismo e eletricidade em uma inteligibilidade conjunta” (Gusdorf, 1985: 177). O fenômeno do ímã, conhecido desde a Antigüidade – quando era interpretado segundo a concepção global do universo – adquire um outro sentido ao tornar-se objeto de interesse no século XIX. Ao longo da História, as interpretações dos fenômenos elétricos e magnéticos variaram de acordo com os distintos paradigmas de saber vigentes. O magnetismo freqüentemente esteve associado a idéias místicas e mágicas. Durante os séculos XVII e parte do XVIII essas idéias foram rechaçadas pelo rigor científico que se impunha. A física e a química rejeitaram a noção de ação à distância e fluido magnético.

Apenas em fins do século XVIII – concomitantemente ao movimento *Sturm und Drang* –<sup>15</sup> surgem possibilidades de submeter esses fenômenos ao estudo científico (Gusdorf, 1985: 177-183). Luz, eletricidade e magnetismo passavam a ser compreendidos dentro de um paradigma de saber no qual a noção de ‘influência’ à distância ocupava um lugar de destaque.

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. Crary sublinha que, nesse período, as sensações foram dramaticamente expandidas e transformadas, adquirindo um significado substancialmente diverso do sentido que tinham para o século XVIII (Crary, 1999b: 92).

No final do século XIX, os centros urbanos e industriais tornaram-se intensamente saturados de estímulos sensoriais capazes de produzir acentuada dispersão. Diante da crescente automação da indústria, a desatenção passou a ser perigosa e problemática. A ‘atenção’ é transformada em foco de grande parte dos estudos de psicologia científica (Crary, 2001: 84). De acordo com Crary,

É possível ver como um aspecto crucial da modernidade uma crise contínua de atenção, ver as configurações variáveis do capitalismo impulsionando a atenção e a distração a novos limites e limiares – com a introdução ininterrupta de novos produtos, novas fontes de estímulo e fluxos de informações – e em seguida respondendo com novos métodos de administrar e regular a percepção (Crary, 2001: 83).

Esse processo demandava e impulsionava a construção de um tipo diferente de atenção visual; a visão precisava ser compatibilizada com outros processos de modernização que criavam incessantemente novas necessidades, uma nova produção e um novo consumo (Crary, 2001: 82). Nesse contexto, surgem diversos artefatos óticos desenvolvidos para estudo por pesquisadores, como Joseph Plateau, dr. John Paris, Sir David Brewster e Charles Wheatstone, entre outros, que rapidamente se transformaram em objetos de consumo popular. Essa forma de entretenimento contribuía de maneira marcante para a construção de um tipo específico de atenção e treinamento visual, assim como para a consolidação da atividade visual e das imagens como elementos geradores de prazer.

---

<sup>15</sup> Movimento surgido em fins do século XVIII, considerado precursor do movimento romântico alemão. Sobre romantismo alemão e pesquisas de fisiologia, cf. Bonet (2003).

### 1.2.1. Objetos óticos, consumo e treinamento visual

A discussão detalhada desenvolvida por Colin Campbell sobre a constituição do consumismo moderno em *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno* (1987, 2001) acrescenta elementos interessantes para a elaboração e o entendimento do panorama no qual as mudanças no olhar e no observador foram construídas. O autor desenvolve um estudo sistemático do que seria uma acentuada inflexão romântica – ou neo-romântica – presente na cultura ocidental contemporânea. Sua investigação contribui para esclarecer a vertente de consumo que envolveu os novos inventos óticos, um movimento que representou um reforço significativo na construção de um novo olhar no decorrer do século XIX. O argumento de Campbell é extenso e muito complexo, e por ser bastante esclarecedor para este tema merece aqui uma breve digressão. Passo, portanto, a expor seu ponto de vista, mesmo que de forma um tanto sintética.<sup>16</sup>

Para Campbell, o consumismo emerge do mesmo contexto que deu origem à ética protestante estudada por Weber (1999). De acordo com Campbell, “aquela comoção que se deu sob o título de Revolução Industrial devia ser apreciada como se centralizando numa revolução tanto do consumo quanto da produção” (Campbell, 2001: 19). Para ele, a tese de ética protestante de Weber, construída em um contexto específico visando responder à pergunta de por que o capitalismo surgiu primeiramente na Europa ocidental, não se constitui em uma explicação completa da evolução do pensamento ocidental. A perspectiva deste autor consiste em construir um

texto de acompanhamento (...) uma imagem de seu espelho. A afirmação de Weber referente à natureza do elo entre protestantismo e capitalismo não é negada, mas estendida de tal modo que tanto os aspectos ascético e racional como o pietista e sentimental desse movimento religioso são vistos como contribuições para o desenvolvimento da economia moderna (Campbell, 2001: 23).

Em seu desenvolvimento do argumento weberiano, aponta que o puritanismo não pretendeu banir de todo o prazer da vida: “(...) era permitida a ‘recreação racional’, isto é, recreação que poderia ser vista como servindo a um propósito útil” (Campbell, 1987: 102). Apesar da ênfase no caráter racional dos seres humanos, havia igualmente fortes doses de emocionalismo no pensamento puritano. A caridade e a bondade consistiam em um tipo de prazer sensual permitido, na medida em que preenchiam os propósitos de Deus e, portanto,

---

<sup>16</sup> Sua exposição de modo mais detalhado escapa ao âmbito deste texto; limitei-me a apresentar, de maneira resumida, apenas os aspectos diretamente ligados ao tema aqui explorado.

não eram prazeres ‘inúteis’. O foco era mais intenso nos sentimentos do que nas ações propriamente ditas, e Campbell refere-se a um hedonismo ‘altruístico’ que pode ser deduzido desse tipo de atitude. Essas emoções tornaram-se cruciais para a construção da ética da sensibilidade no século XVIII (Campbell, 1987: 121). A melancolia característica dos puritanos era igualmente valorizada, sendo-lhe atribuída uma significação altamente espiritual. Diferentemente de outras emoções, que não deveriam ser demonstradas, havia um certo incentivo para que se exibissem a tristeza e o desespero (Campbell, 1987: 124).

O interesse acerca dessa experiência profundamente emocional contida na proposta protestante consiste na construção e no reforço de um determinado tipo de subjetividade. À medida que avança a secularização da sociedade, novas funções e significados vão sendo atribuídos a tais emoções religiosas (Campbell, 1987: 129, 133). Para Campbell, o cultivo da melancolia encontra-se na origem do sentimentalismo. Nos termos desse autor, “(...) os puritanos, ou os que herdaram esta mentalidade, tinham-se tornado adictos à estimulação de emoções poderosas e, agora, buscavam substitutos para o original” (Campbell, 1987: 134). Por exemplo, o terror religioso guardava estreita conexão psicológica com o terror romântico e o gosto pelas novelas góticas. As crenças formais religiosas sofreram um declínio mais rápido do que as emoções que lhes eram correspondentes. Gerava-se, dessa maneira, uma valorização, de caráter secular, do mundo interno, subjetivo, associado à idéia de liberdade – em última instância, uma valorização da ilusão, em tensão com o paradigma cartesiano que valorizava a ‘objetividade’.

De acordo com Campbell, é possível concluir-se que no século XVIII havia duas poderosas correntes culturais de pensamento e ética desenvolvidas a partir do puritanismo inglês. A primeira delas corresponderia à ética protestante, cuja racionalidade, instrumentalidade e produtividade foram sublinhadas por Weber (1999). A outra iria se desenvolver no culto à benevolência e à melancolia, encontrando sua expressão mais evidente no sentimentalismo. Ambas as correntes foram plenamente assumidas pelas classes médias e cada uma delas, à sua maneira, contribuiu decisivamente para a construção do modo de vida burguês (Campbell, 1987: 137). Charles Taylor, em *As fontes do self* (1997), expõe um quadro do pensamento inglês do início do século XVIII que vem de encontro à tese de Campbell. Delineio brevemente o seu argumento.

Segundo Taylor, naquele período havia surgido uma corrente de pensamento oposta ao mecanicismo empiricista, representada pelos neoplatônicos de Cambridge, em que estes se opunham à teoria extrínseca do bem e, com isto, produziam uma nova inflexão para a

interioridade, considerando a existência de uma tendência natural do homem para o bem. A interioridade constitui-se como um foco de investigação, busca-se o “espírito na natureza e a natureza no espírito” (Taylor, 1997: 332). Para eles, o sentimento é transformado em uma categoria moral, com a “teoria dos sentimentos morais” e a afirmação da vida cotidiana. Hutcheson, defendendo a noção de existência de um “senso moral” nos seres humanos deduz que este senso moral leva-os à benevolência, propiciadora de felicidade (Taylor, 1997: 337). A mola mestra do bem seria interna, e esta tendência intrínseca para o bem estaria evidenciada por meio do sentimento e assumiria a forma de uma “benevolência universal” (Taylor, 1997: 341).

O culto da sensibilidade, marcante no século XVIII, encontrava-se estreitamente associado à idéia de modernidade e progresso da raça humana. Desse modo, ‘ser sensível’ era, ao mesmo tempo, uma qualidade pessoal e um ideal de caráter. A expressividade emocional era desejada e estimulada pelo prazer intrínseco que era capaz de produzir. Assim, em conjunto com seu significado virtuoso, o emocionalismo hedonista encontrava sua completa justificação ética (Campbell, 1987: 139, 141). A fruição estética passa a ser intensamente vinculada à capacidade de se emocionar, esta sendo identificada a uma qualidade moral crucial. O consumo de romances e novelas cresce, atendendo à crescente busca de emoções. A insensibilidade é associada à crueldade (Campbell, 1987: 151).

O reforço da subjetividade relativiza também os parâmetros estéticos, gerando a noção de que ‘gosto não se discute’. Para Campbell, a questão do ‘gosto’ é central para a compreensão do consumismo. Ter ‘bom gosto’ está diretamente implicado na busca de prazer, na formulação de ideais de caráter e na formação de identidades – tanto individuais quanto de classe. O ‘gosto’ articula o comportamento do consumidor à mudança no conteúdo intelectual de sistemas de pensamento ético e estético (Campbell, 1987: 154). O ‘bom gosto’ precisa ser cultivado pela leitura e instrução, e as inovações são bem recebidas, sendo significadas como aprimoramentos no autocultivo. No Iluminismo, cristalizara-se o significado da ciência como sinônimo de progresso constante, linear e sempre benéfico para a humanidade. Não é difícil conectar esse quadro geral à receptividade do público às invenções de caráter ‘científico’.

Campbell estabelece uma articulação bastante complexa acerca da construção do desejo incessante do consumidor. Um dos pilares de seu argumento consiste na distinção entre o hedonismo tradicional e o moderno. O autor aponta a existência de diferença entre satisfação e prazer: a procura de satisfação provém de um desequilíbrio interno que

provoca uma busca de restauração do equilíbrio – um movimento de origem ‘interna’, portanto – enquanto a procura de prazer corresponde à busca de experimentação de um estímulo aumentado, como se fosse ‘puxado’ de fora (Campbell, 2001: 90). Mais adiante, observa que ‘buscar satisfação’ implica o envolvimento com objetos reais, no intuito de descobrir-lhes o grau e a espécie de utilidade, enquanto ‘buscar prazer’ implica a exposição a estímulos variados, com o intuito de obter uma resposta sensorial desejada. Neste sentido, afirma: “(...) enquanto só a realidade pode proporcionar satisfação, tanto ilusões como enganos podem dar prazer” (Campbell, 2001: 91). A obtenção de prazer está intrinsecamente articulada à atenção dedicada às sensações experimentadas pelo sujeito. A satisfação teria um caráter mais ‘objetivo’ e, de certo modo, específico, podendo ser avaliada por qualquer pessoa externa à ação; como exemplo, os pares frio/agasalho, fome/alimento. O prazer, entretanto, possui uma gama muito mais flexível, podendo-se obtê-lo em uma série ampla de experiências. De acordo ainda com o mesmo autor, a geração de prazer está conectada ao potencial de estimulação das sensações que, por este motivo, necessitam de mudança incessante (Campbell, 2001: 93); uma estimulação sendo mantida de modo regular, a partir de determinado momento deixa de ser percebida ou mesmo torna-se desagradável aos sentidos.

No hedonismo tradicional, segundo Campbell, a preocupação maior diz respeito aos ‘prazeres’, e não ao ‘prazer’, existindo um contraste acentuado entre a valorização de uma experiência que proporciona prazer e a valorização do prazer que uma experiência pode proporcionar. Os ‘prazeres’ estariam referidos à comida, à bebida, às relações sexuais, ao canto, à dança. O ‘prazer’ diz respeito a uma qualidade da experiência e pode, em princípio, estar presente em qualquer atividade, desde que a atenção do indivíduo esteja voltada para a manipulação da sensação. Estas duas vertentes são contrastantes. A primeira envolve uma preocupação básica com a frequência com que a pessoa pode desfrutar dos ‘prazeres’ da vida – e o hedonista tradicional buscaria passar o máximo de tempo envolvido nas atividades prazerosas, importando neste ponto a **quantidade** de prazeres por ele experimentada. Na segunda vertente, o objetivo principal do indivíduo é extrair de todas as sensações o máximo da **qualidade** de prazer que estas possam fornecer-lhe, de modo que todos os atos potencialmente proporcionem prazer, desde que abordados de uma maneira específica. Desse modo, o “índice hedonístico” consistiria na capacidade individual de extrair o prazer presente no ato de viver. Conforme aponta Campbell, para que tal ocorra “é necessário não apenas ao indivíduo possuir especiais habilidades

psicológicas, como à sociedade ter elaborado uma cultura característica” (Campbell, 2001: 102).

Para o desenvolvimento do hedonismo moderno, existe um deslocamento fundamental das sensações para as emoções como fonte de prazer. Segundo este autor, apenas por via das emoções uma estimulação prolongada e poderosa pode ser submetida a algum tipo de controle autônomo, posto que aquelas unem imagens mentais às sensações físicas. As emoções apresentam-se como fontes potenciais de prazer pela qualidade de incitação que contêm, independente de serem ‘positivas’ ou ‘negativas’. Para que as emoções sejam empregadas com fins hedonísticos, devem prevalecer certas condições específicas. Uma emoção pode ser percebida como uma tempestade vinda ‘de fora’, que o indivíduo suporta e sobre a qual não pode exercer controle. Esta experiência não é, em geral, prazerosa e, portanto, para poder ser ‘desfrutada’, de acordo com Campbell, deverá ser submetida a algum controle voluntário e dissociada de seu aspecto involuntário. Este controle encontra-se articulado ao cultivo deliberado de uma determinada emoção, sendo necessário ‘isolar’ o indivíduo das circunstâncias da vida que costumam provocar tais emoções para que tal situação propiciatória ocorra. Segundo este autor,

[D]essa maneira, os recursos simbólicos de uma cultura podem ser empregados para redefinir as situações em que determinados grupos se encontraram e, assim, efetuar mudanças na disposição do ânimo, um processo que se estende além do mero autocontrole, para abranger a substituição de uma emoção por outra (...) A instrução, conjugada ao individualismo, pareceria ser o desenvolvimento principal a este respeito, pois ela confere ao indivíduo uma forma e um grau de manipulação simbólica que foram previamente restringidos a grupos (Campbell, 2001: 106).

Um aspecto ressaltado por Campbell consiste em que apenas nos tempos modernos as emoções passaram a ser localizadas ‘dentro’ dos sujeitos, em oposição ao ‘mundo’. Este modo de perceber a articulação dos sujeitos com o ambiente à sua volta resulta de um longo processo histórico, designado por Weber (1999) como ‘desencanto’ do mundo, que passa a ser objetificado, o ambiente sendo encarado como uma esfera ‘neutra’, regida por leis constantes e impessoais. No mesmo movimento, as emoções são alocadas dentro dos indivíduos, mesmo que não sendo necessariamente ‘espiritualizadas’. Conforme assinalado acima (item 1.1.1), com Descartes a noção de ‘idéia’ perdera o sentido ôntico de Platão e tornara-se equivalente ao conteúdo da mente (Taylor, 1997: 190). De acordo com Campbell, parece haver um paralelo entre o desencanto do mundo externo e um ‘encantamento’ do mundo interno, psíquico. A introjeção das emoções vincula-se à ampliação da consciência de si, uma aptidão considerada pelo autor como produto desse



processo histórico. Há uma correspondência entre a ‘objetividade’ do mundo e a ‘subjetividade’ do indivíduo, e a consciência humana encarrega-se de estabelecer um ponto de equilíbrio entre estes dois pólos.<sup>17</sup> A consciência de si teve como corolário a disjunção de qualquer conexão entre o lugar do homem no mundo e a sua reação a ele. A realidade objetiva e a resposta subjetiva, sendo mediadas pela consciência, deixam ao indivíduo uma margem de escolha acerca do modo de interligar os dois aspectos: as ações, crenças, preferências estéticas e emoções passam a ser ‘determinadas’ pelos sujeitos, podendo-se pensar em um controle autônomo da expressão emocional (Campbell, 2001: 107pp.).

Do ponto de vista do cultivo da emoção, a religião desempenha uma função crucial. Enquanto no catolicismo a Igreja detinha um importante papel nesse controle, no protestantismo não existia mediação entre o humano e o divino e os rituais ‘mágicos’ foram abolidos. Os símbolos disponíveis para que o indivíduo pudesse lidar com a emoção religiosa adquiriram assim um caráter abstrato e geral, o que de certo modo possibilitou uma razoável margem de decisão de quando e onde vivenciar determinadas emoções. Com a atrofia das crenças religiosas, esse quadro se modifica de modo considerável. A vivência das emoções é deslocada para outros símbolos, mas para que essa experiência possa ser considerada prazerosa

(...) é necessário aos indivíduos atingirem aquele nível de autoconsciência que permite a ‘interrupção voluntária da descrença’: a descrença retira dos símbolos seu poder automático, enquanto a interrupção de uma tal atitude o restabelece, mas apenas na medida em que se deseja que tal ocorra. Conseqüentemente, através do processo de manipulação da crença – desse modo admitindo ou negando aos símbolos o seu poder – um indivíduo pode ser bem sucedido em adaptar a natureza e a intensidade de sua experiência emocional, algo que requer um uso habilidoso das faculdades de imaginação (Campbell, 1987: 76).<sup>18</sup>

Para Campbell, a evocação de estímulos sem sensações geradas exteriormente é característica do hedonismo moderno, em oposição ao tradicional, que depende fundamentalmente daquelas para a produção de prazer. O prazer, nessa forma moderna, é obtido principalmente através da manipulação do significado dos estímulos. O controle é alcançado pelo poder da imaginação, potencialmente ilimitada. Ainda com este autor, “esta

---

<sup>17</sup> Cf. acima, item 1.1.1, a discussão de Taylor sobre o ‘sujeito da razão desprendida’, de Descartes.

<sup>18</sup> No original: “(...) *it is necessary for individuals to attain that level of self-consciousness which permits the ‘willing suspension of disbelief’; disbelief robs symbols of their automatic power, whilst the suspension of such attitude restores it, but only to the extent to which one wishes to be the case. Hence through the process of manipulating belief and thus granting or denying symbols their power, an individual can successfully adjust the nature and intensity of his emotional experience; something which requires a skillful use of the*

forma altamente racionalizada de hedonismo auto-ilusivo (...) caracteriza a moderna procura de prazer” (Campbell, 2001: 113).

Gera-se, desse modo, um tipo de prazer desconectado de estímulos externos que, ao ser buscado por estimulação emocional e não sensorial, vincula-se estreitamente ao desenvolvimento da capacidade criativa de devanear (*day-dreaming*) ou fantasiar (*fantasizing*). São criadas fantasias convincentes e o indivíduo a elas reage como se reais fossem. Para Campbell, esta é uma capacidade distintiva da modernidade: “a habilidade de criar uma ilusão que é sabidamente falsa, mas sentida como verdadeira” (Campbell, 1987: 78). O indivíduo é simultaneamente o ator e sua platéia, em uma criação totalmente sua. Segundo o autor, esta atividade

(...) altera drasticamente a natureza do hedonismo, pois o homem moderno, ao tirar prazer de seus devaneios e deleitar-se com eles, também modifica radicalmente sua noção acerca do lugar do prazer na vida real (Campbell, 1987: 78).<sup>19</sup>

Esse modo de buscar prazer na ilusão aparentemente destacaria o indivíduo de sua vida real. Contudo, as duas coisas não são sinônimas. A essência da ilusão consiste no contraste entre o que se sabe ser verdadeiro e o que os sentidos captam, como ocorre, por exemplo, no uso da perspectiva na pintura: tem-se a impressão de profundidade embora se tenha a certeza de que a imagem pintada é bidimensional. O ponto-chave é a concepção de ‘como se’, encontrada no núcleo do hedonismo moderno. Essa noção implica diretamente a habilidade de lidar com os dados sensoriais ‘como se’ fossem reais, embora sabendo definitivamente que são falsos (Campbell, 1987: 82).

A capacidade de obtenção de prazer com devaneios modificou radicalmente o caráter da conduta hedonística. A busca de prazer é tradicionalmente uma atividade motivada pelo desejo de contato com uma determinada fonte que o ofereça. Na forma moderna de hedonismo, o devaneio intervém entre o momento do desejo e sua consumação: um objeto desconhecido, ao invés de ser percebido como ameaçador ou indiferente, passa a ser significado como fonte potencial de preenchimento de desejos, bastando para isto que a imaginação a ele se vincule e atribua as qualidades percebidas como prazerosas. Conforme sublinha Campbell,

[A] consumação do desejo é (...) uma experiência necessariamente

---

*faculty of imagination*” (Campbell, 1987: 76).

<sup>19</sup> No original: “(...) drastically alters the nature of hedonism, for not only does modern man take pleasure in his day-dreams, but obtaining enjoyment from them radically changes his view of the place of pleasure in real life” (Campbell, 1987: 78).

decepcionante para o hedonista moderno, na medida em que se constitui como um ‘teste’ de seus devaneios *versus* a realidade, resultando no reconhecimento de que algo está faltando (Campbell, 1987: 86).<sup>20</sup>

Deriva-se de tal argumento que, nessa configuração, o consumo e a decepção que inevitavelmente o acompanham produzem um desejo de mais consumo, seja de novos objetos, seja de novas experiências e, sempre que possível, desconhecidas. Esse estado permanente de anseio (*longing*) constitui-se como um comportamento característico do hedonismo moderno (Campbell, 1987: 87).

É nesse contexto que as diversas invenções de aparatos óticos – inicialmente destinados à pesquisa e, em seguida, utilizados como objetos para divulgação de conhecimentos científicos –<sup>21</sup> serão em seguida transformadas em objetos de consumo puramente hedonísticos e ilusórios: elementos indispensáveis, portanto, à cultura do ‘como se’, produtora de ilusão, que contribuiu de maneira decisiva para a sua invenção. Evidencia-se também em que terreno fértil o cinema fixaria rapidamente as suas raízes como forma de entretenimento, em conjunto com outros aspectos que serão abordados adiante.<sup>22</sup>



No decorrer da década de 1820, o estudo das pós-imagens consolidou a noção de que ocorria alguma forma de fusão ou mistura quando as imagens eram apresentadas em uma sucessão rápida. Um dos primeiros dispositivos óticos inventados foi o *thaumatrope*, popularizado em Londres, em 1825, pelo dr. John Paris. Consistia em um pequeno disco circular, com um desenho em cada face e uma tira de cada lado, o que permitia que se girasse o disco com um movimento de mão. Os desenhos eram complementares: por exemplo, de um lado, um pássaro e do outro, uma gaiola. Girando o disco, surgia a imagem do pássaro dentro da gaiola. Crary observa que o fenômeno de uma moeda girando, permitindo a visualização simultânea dos dois lados, era conhecido nos séculos anteriores.

---

<sup>20</sup> No original: “*The consummation of desire is thus a necessary disillusioning experience for the modern hedonist as it constitutes the ‘testing’ of his day-dream against reality, with the resultant recognition that something is missing*” (Campbell, 1987: 86).

<sup>21</sup> O *thaumatrope* – um dos primeiros inventos que utilizavam as novas noções acerca da visão – foi popularizado por seu inventor, dr. John Paris, e explicado em seu livro, cujo significativo título era *Philosophy in Sport Made Science in Earnest, Being an Attempt to Illustrate the First Principles of Natural Philosophy by Aid of Popular Toys and Sports* [1827] (Crary, 1999b: 106).

<sup>22</sup> Cf. capítulo 2, item 2.2.3.

Entretanto, pela primeira vez era dada uma explicação científica ao fato, sendo a seguir produzido um artefato para entretenimento popular. A intenção explícita do dr. Paris era a popularização de conhecimentos científicos – a ciência valendo-se do espetáculo para a sua difusão. Em outros termos, a produção de ilusão era valorizada, assim como a sua explicação científica. Diversos outros aparelhos óticos de formatos diferentes foram produzidos, todos tirando partido do mesmo princípio de pós-imagem e fusão de imagens em sucessão rápida. Entre eles, o *phenakistiscope*, o zootrópio, o estroboscópio e o diorama.<sup>23</sup> Crary assinala que há uma conexão entre estas máquinas e o cinema mas, apesar de se basearem no mesmo princípio, cada dispositivo guarda singularidades conceituais e históricas (Crary, 1999b: 105).

O fenômeno da persistência da visão foi estudado em dois tipos de pesquisa: o primeiro era a auto-observação, onde o objeto de investigação era a própria retina; o segundo ligava-se à observação acidental de novas formas de movimento, por exemplo, as rodas de um trem girando em alta velocidade. Conforme apontado por Walter Benjamin, no século XIX “a tecnologia submeteu o aparelho sensorial humano a um tipo complexo de treinamento” (Benjamin *apud* Crary, 1999b: 112). Crary frisa que, contudo, não foi a tecnologia que construiu o novo tipo de observador – tanto este quanto aquela fazem parte de um mesmo processo. Ao mesmo tempo em que os aparelhos tornaram-se objetos de consumo para as classes médias urbanas em expansão, eles pertenciam ao conjunto de técnicas que faziam parte de estudos sobre a visão subjetiva. Ainda com Crary:

(...) a forma pela qual um novo público consumia imagens de uma ‘realidade’ ilusória era isomórfica em relação aos dispositivos utilizados para acumular conhecimento sobre o observador (...) o corpo, [que] é ao mesmo tempo espectador, objeto de pesquisa empírica e de observação, e um elemento da produção da máquina (...) A produção do observador no século XIX coincidiu com novos procedimentos disciplinares e regulatórios (Crary, 1999b: 112).

A modernização do observador implicou a adaptação do olho a formas

---

<sup>23</sup> O *phenakistiscope* foi construído em torno de 1830 por Joseph Plateau. Consistia em um disco, dividido em 8 ou 16 segmentos iguais, cada um contendo uma pequena fenda e uma figura em posições seqüenciadas de um movimento. A face com figuras era virada para o espelho e o observador ficava imóvel diante do espelho, com o dispositivo diante de um dos olhos. A seguir girava-se o disco. Quando cada fenda passava diante do olho, via-se uma das figuras. Em virtude da persistência retiniana, a imagem parecia executar o movimento. O zootrópio, inventado em 1834 por William G. Horner, dispunha de uma estrutura semelhante. O estroboscópio, usado até nossos dias, foi inventado em 1834 por Stampfer, um matemático alemão. O diorama ganhou sua forma definitiva nas mãos de Louis J. M. Daguerre, em torno de 1820. Nele, a audiência ficava sentada em uma plataforma circular que girava lentamente, permitindo que os espectadores vissem cenas diferentes e efeitos luminosos cambiantes (Crary, 1999b: 109, 110, 113).

racionalizadas de movimento, e essa mudança só foi possível a partir de uma abstração crescente da experiência ótica e da quebra de referenciais estáveis, havendo um afastamento radical do sistema representacional da *camera obscura* (Crary, 1999b: 113).

Uma outra vertente de estudos sobre visão, ainda no campo da visão subjetiva, merece ser explorada como parte integrante do processo de construção do observador moderno e das reconfigurações de seu olhar. Refiro-me aqui à binocularidade da visão humana. Até o século XIX, o fato de cada olho captar uma imagem ligeiramente diferente – a disparidade binocular – era conhecido mas não levado em conta como uma questão a ser estudada. A monocularidade, a perspectiva e a ótica geométrica foram códigos surgidos no Renascimento, com os quais o mundo visual foi socialmente construído segundo constantes sistematizadas, afastadas as inconsistências e as irregularidades, de maneira a garantir a formação de um espaço homogêneo, unificado e totalmente compreensível (Crary, 1999a: 33). Portanto, o aspecto relevante neste ponto é a centralidade que a binocularidade adquiriu, no decorrer do século XIX, para a discussão da visão subjetiva. A partir dos anos 1830, torna-se crucial para os cientistas definirem a visão do indivíduo como basicamente binocular, efetuarem medições precisas do eixo angular ótico diferente para cada olho, além de especificarem a base fisiológica para tal disparidade (Crary, 1999b: 118).

O estereoscópio,<sup>24</sup> inventado por Sir David Brewster e Charles Wheatstone, cerca de 1840, também estava baseado nas pesquisas sobre visão subjetiva dos anos 1820-1830, tirando partido da visão binocular [**Figura 8**]. Em comum com os outros dispositivos óticos havia o fato de que a imagem se fundia dentro do observador, fazendo parte, portanto, da mesma estrutura conceitual. A diferença básica consistia em que, na produção da imagem estereoscópica, a ilusão não era a de movimento e sim a de simulação de profundidade, visualizando-se figuras em diversos planos. A produção do estereoscópio é comumente confundida com a da fotografia, porém o esquema conceitual e as circunstâncias históricas de ambas são independentes.

Em 1833, Wheatstone sustentou que o organismo humano dispunha da capacidade de sintetizar a disparidade retiniana em uma única imagem. Suas observações sobre a

---

<sup>24</sup> O invento original, ‘modelo Wheatstone’, funcionava com um observador com os olhos diretamente voltados para a frente onde havia dois espelhos planos colocados em ângulo de 90°. As imagens a serem olhadas eram colocadas em fendas, uma de cada lado do sujeito e completamente separadas uma da outra. Outros modelos surgiram depois, mas o original deixava bem clara a natureza da imagem obtida pelo espectador (Crary, 1999b: 129).

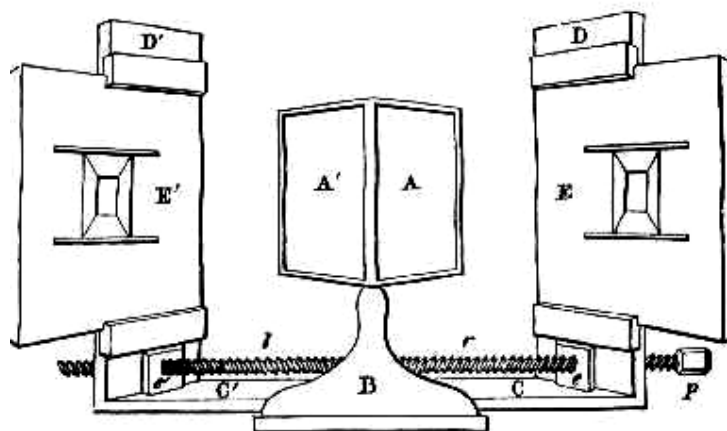
angularidade ótica levaram-no à conclusão de que, para objetos observados a grande distância, os eixos óticos tornavam-se paralelos e a percepção dos dois olhos era similar [Figura 9]. Para objetos próximos, o ângulo de visão de cada olho era sensivelmente diferente, aumentando na mesma proporção da convergência dos dois eixos óticos. Portanto, a proximidade do objeto colocava em jogo a visão binocular como uma operação para apaziguar a disparidade, fazendo com que duas visões diferentes se transformassem em uma só (Crary, 1999b: 119-120). A fusão das imagens do estereoscópio acontecia ao longo de um tempo, e a convergência poderia não ser estável. A impressão de relevo obtida no estereoscópio, de acordo com Brewster,

(...) não é obtida pela mera combinação ou superposição de duas imagens diferentes. A superposição efetua-se voltando-se cada olho para o objeto, mas o relevo é dado pela ação dos dois eixos óticos que unem os pontos similares das duas imagens em **sucessão** rápida (...) Apesar das duas figuras aparentemente se aglutinarem, mesmo assim a noção de relevo é dada pela ação subsequente dos eixos óticos que variam sucessivamente unificando os pontos similares em cada imagem, correspondendo a diferentes distâncias do observador (Brewster, 1856 *apud* Crary 1999b: 120) (Grifos originais).

O estereoscópio simulava a presença real de uma cena estática ou de um objeto. A diferença entre este dispositivo e os anteriormente mencionados consistia em que a ilusão do estereoscópio era a tridimensionalidade, enquanto a dos outros artefatos era o movimento em apenas um plano, portanto bidimensional. Conseqüentemente, o estereoscópio podia simular a impressão causada pela visão de um objeto sólido próximo, enquanto as imagens dos outros aparelhos aproximavam-se conceitualmente de paisagens – figuras vistas a longa distância que não implicavam a ação da convergência dos eixos óticos. O efeito desejado no estereoscópio era o de tangibilidade aparente dos objetos, transformada em uma experiência exclusivamente visual. Dessa maneira, havia uma radicalização do destacamento entre a visão e os outros quatro sentidos: o tato não podia ser acionado para conferir ou assessorar a percepção visual, em uma ‘assistência recíproca’ (Crary, 1999b: 124).



Fig. 8 - Estereoscópio modelo Wheatstone, 1838 (réplica)



The Wheatstone stereoscope used angled mirrors [A] to reflect the stereoscopic drawings [E] toward the viewer's eyes.

Fig. 9 - Esquema de funcionamento do estereoscópio Wheatstone

Para produzir a impressão de relevo era necessária a presença de objetos a curta, média e longa distância e ambientes saturados de objetos – típicos interiores burgueses do século XIX, museus e cidades densamente povoadas – eram imagens freqüentes. A noção de profundidade assim obtida era radicalmente diferente da que se poderia observar em uma pintura ou, mais adiante, na fotografia: o espaço visto no estereoscópio organizava-se necessariamente em noções de ‘à frente’ ou ‘atrás’ de algo, em planos diferentes. Os

elementos individuais eram objetos planos, recortados, aparecendo como se estivessem ‘mais perto’ ou ‘mais longe’, e a distância entre os objetos era uma noção incerta, havendo um espaço vazio quase palpável entre os diversos planos representados pelas coisas. Há uma certa semelhança com cenários em um palco teatral, com a diferença de que, nesse espaço, a movimentação dos atores introduz uma ligação entre os diversos planos. O ponto interessante acerca do estereoscópio é que ele desorganiza o funcionamento de certas ‘pistas’ nas quais a visão se baseia, com objetos sólidos parecendo planos e objetos bidimensionais apresentando-se com relevo.

Em contraste com a perspectiva, que implicava um espaço métrico e homogêneo, o estereoscópio revelava um campo de elementos disjuntos e agregados, fundamentalmente desunidos. Não há uma lógica ou ordem unificadora visual, o efeito perceptivo sendo o de uma “colcha de retalhos” (Crary, 1999b: 124). Em uma imagem construída de acordo com as regras da perspectiva, o olho busca o ponto de fuga, a partir do qual é estabelecido o espaço retratado de modo contínuo. No estereoscópio, com as imagens aparecendo em planos distintos, o olho não é capaz de encontrar esse ponto de fuga, parando em cada elemento da figura. Há um aspecto temporal intrínseco nessa descontinuidade visual. Para Crary, a visão do estereoscópio é uma “montagem de zonas locais de tridimensionalidade, zonas imbuídas de uma clareza alucinatória que, ao serem tomadas em conjunto, nunca se juntam em um campo homogêneo” (Crary, 1999b: 126). O consumo acentuado desses aparelhos indica que se está diante do fenômeno acima mencionado de ‘interrupção voluntária da descrença’ (*willing suspension of disbelief*), uma vez que se buscava nos estereoscópios a ilusão de tridimensionalidade como estímulo prazeroso, com plena consciência de que se tratava de imagens bidimensionais.

A descontinuidade entre grupos e planos surge no trabalho de diversos pintores da época, evidenciando o quanto as características do estereoscópio impregnaram a cultura visual do período. Para Crary,

(...) tanto o ‘realismo’ do estereoscópio quanto os ‘experimentos’ de certos pintores estavam igualmente comprometidos com uma transformação muito mais ampla do observador, que permitiu a emergência deste novo espaço construído opticamente. O estereoscópio e Cézanne têm muito mais em comum do que geralmente se pensa (Crary, 1999b: 126).

A proximidade ilusória produzida pelo aparelho dependia, por sua vez, da proximidade física observador-estereoscópio. Tais proximidades constituem-se, segundo Walter Benjamin, na questão central da cultura visual moderna: “Dia a dia torna-se maior a



necessidade de apoderar-se do objeto – pela maior proximidade – através da imagem ou da reprodução da imagem” (Benjamin *apud* Crary, 1999b: 127).

Vale acrescentar que o estereoscópio, como forma de representação, era implicitamente obsceno, no sentido literal do termo. A proximidade entre observador e objeto ou, melhor, a fusão do observador da visão subjetiva com o objeto rompia a relação existente anteriormente no paradigma da *camera obscura*. Não se trata de coincidência o fato de que o estereoscópio tenha utilizado tantas imagens eróticas e pornográficas: a relação observador-observado quebrava todas as regras socialmente aceitas no tocante à distância entre sujeito e objeto (Crary, 1999b: 127), além de produzir visualmente uma fragmentação do corpo, em especial nas imagens de pornografia. Através dos artefatos óticos o novo observador podia ‘apropriar-se’ visualmente do que estava diante de si, o que quer que fosse. A visão adquirira um sentido praticamente inverso ao do paradigma cartesiano: do distanciamento da *camera* para a obtenção do conhecimento passara-se à possibilidade de conhecimento visual através da fusão com e da apropriação dos objetos estudados.

Outro aspecto relevante para a construção da cultura visual moderna consistiu na fragmentação visual, da qual o estereoscópio é o objeto paradigmático. O estereoscópio rompia com o conceito de espaço contínuo da perspectiva, um dos pilares da construção dos códigos visuais da cultura ocidental desde o Renascimento. Essa ruptura ocorria dentro de um novo paradigma, em tensão com a visão cartesiana de espaço.<sup>25</sup> De acordo com alguns autores, a desconstrução do espaço da perspectiva estabelece as bases para a fragmentação visual que vai se cristalizar na cultura visual modernista, em especial no cubismo (Crary, 1999a, 1999b, 2001; Cartwright, 1995).

No tocante aos códigos de espaço monocular e perspectiva geométrica, a fotografia guardava em relação a eles uma distância menor do que o estereoscópio. Este significava uma ruptura com o observador da era clássica. Nele, o vínculo espectador-imagem simulava o próprio corpo do observador, na medida em que, no aparelho, cada olho via uma imagem ligeiramente diferente, sendo este o fator que produzia a impressão de profundidade. A ilusão do relevo era um evento subjetivo, no qual o observador, acoplado ao dispositivo, era o agente da fusão. O mesmo pode ser dito a respeito dos outros aparelhos óticos no século XIX. Para o seu funcionamento era necessária a imobilidade do

---

<sup>25</sup> Para uma discussão sobre o papel da perspectiva na construção dos códigos visuais, cf. Sturken &

observador. Para Crary, durante os séculos XVII e XVIII, a relação entre o olho e os aparelhos óticos – *camera obscura*, telescópio, microscópio – era basicamente metafórica. No século XIX, com os novos inventos, ela se torna metonímica, estando todos no mesmo plano operativo (Crary, 1999b: 127).

Uma característica importante de todos os novos engenhos era que, não importando quão vívido fosse o efeito ilusório, as condições de sua produção eram bastante visíveis. Era totalmente evidente que os efeitos eram obtidos através de máquinas. Para Crary, uma das razões para terem se tornado obsoletos consistiu no fato de que não eram mais ilusórios o bastante para as necessidades que tinham gerado no público. Em outros termos, não eram suficientemente enganadores (aliás, nem seus criadores pretendiam que o fossem). Brewster, que construíra o caleidoscópio em 1815 e depois, em conjunto com Wheatstone, fora um dos inventores do estereoscópio, via com olhos positivos a desmistificação obtida através da divulgação de idéias científicas. Para ele, um calvinista escocês, essa era uma forma de combater o barbarismo, a tirania e a igreja católica (Crary, 1999b: 132).

Um dos motivos de a fotografia ter derrotado o estereoscópio como objeto de consumo visual deveu-se a que ela recriava e perpetuava a ficção de que ainda seria viável a existência do sujeito destacado, da *camera obscura*. Parecia ser uma continuação dos antigos códigos pictóricos ‘naturalistas’ mas, segundo Crary,

(...) a fotografia já abolira a ligação intrínseca entre o observador e a *camera*, na medida em que as câmeras fotográficas eram aparelhos independentes do espectador, mesmo que se fizessem passar por um intermediário transparente e incorpóreo (Crary, 1999b: 136).

O observador desse período havia sido radicalmente modificado em relação aos séculos anteriores. A bidimensionalidade da fotografia não tinha o mesmo sentido da bidimensionalidade da imagem da *camera obscura*, uma vez que, entre a existência da primeira e o surgimento da segunda, havia sido introduzida a noção densa da visão subjetiva e, acima de tudo, corporal.

### 1.3. A CONSTRUÇÃO DO OBSERVADOR MODERNO

Embora a *camera obscura* tenha acrescentado um forte elemento de subjetividade ao olhar, separando o observador do objeto, destacando a imagem do objeto observado, esta subjetividade estava inserida em um paradigma mais amplo, no qual o indivíduo

racional era percebido como que desprendido de seu corpo. É possível pensar-se que a *camera* faça parte de um processo de interiorização do sujeito, dentro do conceito de existência de um espaço contínuo e homogêneo – representado pela perspectiva geométrica – onde seria possível uma postura neutra e distanciada para a obtenção do conhecimento através da razão desprendida. Esta forma de busca de conhecimento está inserida em um movimento mais amplo, o da transição do poder punitivo para o poder disciplinar, apontado por Foucault (1999). Para a obtenção do conhecimento era necessário, em um primeiro momento, abstrair e classificar. Nos termos da *camera*, esse procedimento era possível através do isolamento do observador dentro dela, separado do mundo das sensações, exceto a visual. A imagem da coisa podia, então, ser decomposta, diagramada e entendida, assim como o próprio fenômeno luminoso.

A *Doutrina das cores*, de Goethe, introduz uma ruptura radical nesse modelo, ao inserir de maneira inequívoca o corpo na produção do fenômeno visual. Evidentemente, esta teoria emerge no bojo de um movimento muito mais amplo, tanto em termos filosóficos – a *Naturphilosophie* – como em termos científicos – com a *Naturwissenschaft* – políticos e sociais, em um momento de modernização do Estado na Europa e do avanço concomitante do Individualismo e do biopoder.

O movimento romântico enfatiza particularmente a questão da singularidade do sujeito e, conseqüentemente, produz uma nova inflexão na construção da subjetividade. A introdução do corpo nos discursos e práticas – estas últimas aqui focalizadas sobretudo como pesquisas científicas e consumo visual – produz uma ruptura na medida em que é inserida, através da presença substantiva do corpo, a noção de descontinuidade. O antigo espaço contínuo e homogêneo da perspectiva é rompido e o corpo, antes percebido como uma máquina ou mecanismo, é decomposto e fragmentado em sistemas orgânicos funcionais, que dinamicamente compõem uma totalidade. Este paradigma informará, de modo marcante, diversas mudanças que ocorrem na medicina – entre outras áreas do conhecimento – a partir de meados do século XX, conforme será discutido nos capítulos 3 e 4.

A conexão corpo-subjetividade introduz de maneira intrínseca a temporalidade e a falibilidade na percepção, produzindo concomitantemente uma relativização no que tange à produção de saber. No mesmo processo em que se reforça a subjetividade nesse novo paradigma, o corpo torna-se objeto de escrutínio cada vez mais minucioso, em uma drástica ampliação e consolidação do biopoder. A fisiologia passa a ser, por excelência, a ciência do corpo, ocupando o lugar anteriormente designado à anatomia, de caráter exclusivamente

descritivo e estático. A noção de função é acrescentada à de estruturas anatômicas, passando a ser o objeto principal de estudos do século XIX em diante.

No trabalho de Goethe e mais acentuadamente no de Schopenhauer, a noção de subjetividade radical, opaca, está profundamente vinculada ao orgânico. Fica evidente o quanto essa nova forma de subjetivação nasce em conjunto com uma tendência à biologização do indivíduo, como se esta fosse a marca inequívoca de sua singularidade. Ao mesmo tempo, existe a preocupação em estabelecer parâmetros de normalidade e patologia, quantificações regulatórias. As pesquisas em fisiologia que, em última instância, contribuem para a radicalização do individualismo qualitativo<sup>26</sup> carregam em si diversos aspectos de ordem quantitativa. Ao estabelecer-se a norma, evidencia-se o desvio. Ao comparar o indivíduo com a norma, reforça-se o sentido de individualidade.

A visualidade do século XIX é, portanto, radicalmente diversa daquela dos séculos XVII e XVIII. Ela pertence a um paradigma no qual o corpo, em conjunto com a experiência incorporada do indivíduo, passaram a ocupar uma posição de centralidade, em uma nova *episteme*. As imagens são produzidas **no** e **pelo** indivíduo e seu caráter está intrinsecamente imbuído de uma opacidade inexistente nos séculos XVII e XVIII, quando o visual e o transparente eram equivalentes. O modelo da *camera obscura*, saturado da noção de objetividade abstrata e espiritual, não é mais suficiente para dar conta desse novo tipo de visualidade, densa, concreta e temporal – porque corporal.

Os novos artefatos visuais produzidos no século XIX, a partir de conhecimentos e experimentos científicos, passam a ocupar o lugar de produtores de novos saberes, além de atenderem à necessidade do consumo de um mercado crescentemente ávido de lazer e ilusão. Paradoxalmente, os mesmos exatos dispositivos óticos que produzem verdades científicas são também os produtores de ilusão – e o público consumidor exige deles esta qualidade explícita. Caberia aqui a reflexão se essas ‘verdades científicas’ não seriam, elas mesmas, de alguma forma, ilusórias – um tema que será retomado na Parte II deste trabalho, no capítulo 7, assim como nas conclusões.

---

<sup>26</sup> Para uma definição de “individualismo qualitativo” contraposto a um “individualismo quantitativo”, ver Simmel (1971).

## CAPÍTULO 2

### CONSTRUÇÕES DO CORPO E DO OLHAR CONTEMPORÂNEOS. RECONFIGURAÇÕES DA PESSOA.

Trato aqui, fechando um pouco mais o foco teórico desta tese, de como os corpos e as suas representações pictóricas variaram, dos significados dessas transformações de um ponto de vista cultural e, em última instância, biopolítico e exploro algumas conexões entre as tecnologias de imagem médica e as idéias acerca de corpo e Pessoa. Trata-se de um processo que, em uma via de mão dupla gera condições para a invenção e a produção de novas tecnologias que, por seu turno, remodelam as noções não apenas acerca dos corpos, mas também sobre a Pessoa moderna. Para tal, recuo no tempo, visando dar conta de construir uma linha que una os diversos fios de argumentação em uma trama que sustente e dê sentido a vários aspectos encontrados de modo recorrente ao longo da observação etnográfica desenvolvida para este trabalho.

Nunca é demais frisar que os modos de os sujeitos perceberem, representarem<sup>27</sup> e lidarem com os corpos humanos e as suas entranhas variaram imensamente ao longo da História e dependendo da cultura na qual se encontravam inseridos. O que não variou foi o fato de que as codificações disponíveis – tanto dos modos de representar como de lidar com os corpos – sempre foram modeladas e informadas pelos paradigmas culturais vigentes.

A questão que focalizei diz essencialmente respeito, de um ponto de vista histórico, à forma como o interior dos corpos foi percebido e construído na cultura ocidental. É necessariamente uma exposição breve, uma vez que visa apenas situar determinadas questões que emergiram e me chamaram a atenção no decorrer do trabalho de campo, em especial a ‘naturalização’ da exposição do interior do corpo pela tecnologia de imagem médica. Mais especificamente, busco compreender as modificações culturais que não apenas ao longo do tempo e da história construíram a neutralização do horror causado pela visualização das entranhas do corpo humano, como gradualmente transformaram essa visualização em um espetáculo ‘desejado’ e altamente valorizado, conforme foi possível

---

<sup>27</sup> Ao longo deste capítulo, o termo ‘representação’ refere-se estritamente às representações gráficas ou ilustrações em suas diversas modalidades, como desenho, gravura, pintura etc., até a fotografia. Não trato do tema das representações em termos filosóficos, psicológicos ou sociais.

observar no campo pesquisado.<sup>28</sup> O conhecimento anatômico que tem como ícone inaugural Vesalius, de Bruxelas, representa um novo paradigma desde o Renascimento. É interessante compreender de que modo tal paradigma se instaurou – em conjunto com um modo específico de representação pictórica – e quais os seus significados, de modo a clarificar um aspecto pregnante nos dias atuais, onde a verdade do sujeito encontra-se no corpo e, de maneira mais especificamente vinculada ao tema desta tese, na **imagem técnica** deste corpo.

De acordo com Foucault (1998a), a ruptura fundamental na história da medicina ocidental ocorreu quando a experiência clínica se transformou em “olhar anátomo-clínico”. Para ele, no final do século XVIII instaurou-se na medicina a soberania do olhar. Há discussões acerca da existência da ruptura assinalada pelo autor.<sup>29</sup> Pode-se contrapor à cronologia de Foucault a emergência do paradigma anatômico, que ocorreu com Vesalius no Renascimento, conforme será discutido abaixo, neste capítulo. Contudo, é possível considerar que a articulação entre doença e corpo ou, mais precisamente, da doença como um fato do próprio corpo, só tenha se consolidado de modo consistente no período apontado por Foucault, época em que a dissecação de cadáveres por estudantes de medicina já estava firmemente estabelecida em Paris havia algumas décadas, conforme será visto adiante.<sup>30</sup> Nesse período, de acordo com o autor, o método clínico articula-se com a emergência de uma nova organização do olhar médico. Considerando a importância do vínculo entre o olhar médico e a construção cultural do corpo para esta tese, passo a expor brevemente o argumento de Foucault.

Na tradição médica até o século XVIII, a doença aparecia para o observador dividida em duas formas: os sintomas e os signos. Os primeiros consistiam na maneira pela qual se apresentava a doença, cuja natureza era considerada inacessível. Os sintomas não eram a doença: apenas deixavam-na transparecer. Já os signos indicavam, através do invisível, o que estaria mais adiante, no tempo. Nessa dupla realidade, de sintomas e signos, o século XVIII traduzia a doença, natural e dramática.

O método clínico que se constitui em fins do século XVIII conecta-se com a emergência de um novo olhar médico que unifica signo e sintoma em um significante de

---

<sup>28</sup> Outros fatores, além da história das mentalidades focalizada na cultura visual, contribuíram de modo relevante neste processo e serão temas dos capítulos 3 e 4, que abordam a medicalização da gravidez.

<sup>29</sup> Alguns autores vêm contestando esta elaboração de Foucault, entre os quais destacaria Ortega (2004). Ainda assim, considero seu argumento útil para determinadas articulações desta tese.

<sup>30</sup> Cf. item 2.1.1.

doença, que passa a ser o significado. Deixa de existir uma ‘essência patológica’ além dos sintomas. A doença passa a ser a própria coleção de sintomas. À medida que o sujeito que quer conhecer se reorganiza e se modifica para olhar de uma nova forma, são também construídos novos objetos de conhecimento:

Não foi, portanto, a concepção da doença que mudou primeiramente, e em seguida a maneira de reconhecê-la; nem tampouco o sistema de sinais foi modificado e, em seguida, a teoria; mas todo o conjunto e, mais profundamente, a relação da doença com este olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui (Foucault, 1998a: 101).

Desaparece a oposição entre natureza e tempo, entre o que se manifesta e o que se anuncia, a divisão entre ‘essência da doença’ e sintomas e signos. A doença dissipa-se na multiplicidade visível dos sintomas que significam seu sentido: “(...) a percepção médica se liberta do jogo da essência e dos sintomas (...) Abre-se para o olhar um domínio de clara visibilidade” (Foucault, 1998a: 119).

Para que o olhar clínico estabelecesse uma conexão com a anatomia patológica, foi necessária uma reorganização de ambas. Anteriormente, a especificação das doenças dava-se na base de sua contigüidade geográfica. A principal modificação trazida pelo *Traité des membranes*, de Xavier Bichat, era um tipo de decifração corporal onde “(...) o elemento anatômico deixa de definir a forma fundamental da espacialização e de orientar, por uma relação de vizinhança, os caminhos da comunicação fisiológica ou patológica” (Foucault, 1998a: 145). A partir dos tecidos que constituem órgãos, constrói-se a noção de sistemas. Os órgãos tornam-se relativos tanto em seu papel quanto em seus distúrbios: “É preciso analisar sua espessura e projetá-la em duas superfícies: a superfície particular de suas membranas, e a geral, dos sistemas” (Bichat *apud* Foucault, 1998a: 146).

A análise dos tecidos permite estabelecer ‘formas patológicas gerais’. Se é plausível analisar a doença, é porque ela, em si, constitui-se como uma análise encontrada no próprio corpo do sujeito. É possível descobrir na profundidade das coisas a ordem da superfície. A anatomia patológica revigora o pensamento classificatório sob uma nova forma, pois a patologia dos tecidos permite uma outra classificação das doenças. Há, entretanto, um problema: o ajuste da percepção anatômica com a leitura dos sintomas. Na medida em que a anatomia descreve, no cadáver, apenas o visível – e estático – ela não pode desvelar o encadeamento no tempo: “Uma clínica dos sintomas procura o corpo vivo da doença; a anatomia só lhe oferece o cadáver” (Foucault, 1998a: 153).

Foucault aponta dois problemas para que a anatomia patológica funde uma

nosologia: o primeiro diz respeito à “articulação de um conjunto temporal de sintomas com a coexistência espacial dos tecidos”. O segundo problema concerne à morte e à “definição rigorosa de sua relação com a vida e a doença” (Foucault, 1998a: 153). Laënnec propõe uma volta da lesão aos sintomas provocados por ela. Para isso, o olhar médico precisa percorrer um caminho vertical, indo da superfície sintomática até a profundidade dos tecidos, e daí de volta para o sintoma, definindo a relação entre as duas superfícies: a sintomática e a tissular. Assim se estabelece uma terceira dimensão e articula-se a experiência anátomo-clínica, na qual o olhar médico deverá ver a doença ao mesmo tempo em que penetra no corpo do doente.

Em paralelo, a partir do final do século XVIII, o paradigma do organismo disputa espaço com o paradigma corpo-máquina<sup>31</sup> e transformam-se as noções acerca do corpo e seu funcionamento: o modelo estático de saber da anatomia é desafiado pelo dinamismo da fisiologia. A conexão entre o pensamento clínico e as patologias que acometem o corpo vivo contribui de modo marcante para a construção de um campo favorável ao desenvolvimento de tecnologias que permitam observá-lo de forma cada vez mais acurada e penetrante, ampliando as possibilidades de controle sobre os corpos vivos. Há uma correspondência entre essa mudança conceitual, no tocante à construção do corpo como um espaço descontínuo, e o desafio – que se constituiu ao longo do século XIX – aos códigos visuais da perspectiva, tema abordado no capítulo 1. A doença como uma ‘essência’ extrínseca ao corpo institui um corpo contínuo. A doença como um fato **do** corpo, com sistemas e órgãos, transforma esse mesmo corpo em um espaço descontínuo, passível de um tipo de escrutínio do qual as tecnologias de imagem darão conta a partir de fins do século XIX.

A tecnologia, em uma via de mão dupla, ao mesmo tempo decorre **de** e concorre **para** a reconfiguração do olhar e do observador do século XIX, passando a ser uma ferramenta essencial nesse processo. A transformação dos diversos instrumentos óticos – inventados para pesquisas científicas sobre a visão – em objetos de consumo e lazer, discutida acima,<sup>32</sup> carreava com ela não apenas um reforço dos novos códigos de visualidade, como também servia para treinar um outro tipo de atenção, necessária em face dos processos de automação industrial (Chazan, 2001). A fotografia, que em seu

---

<sup>31</sup> A rigor, uma tensão que se torna constitutiva na medicina ocidental moderna e vigora até os dias atuais.

<sup>32</sup> Cf. capítulo 1, item 1.2.1.



surgimento na primeira metade do século XIX tornou-se o modelo de objetividade mecânica, passou a ser de imediato utilizada na medicina, para registro e análise dos corpos doentes.<sup>33</sup> No final desse século, a invenção dos raios-X<sup>34</sup> contribuiu de forma acentuada para novas configurações – tanto do olhar como de conceitos sobre os corpos. Esse novo ‘olhar’, tecnológico, que podia atravessar os corpos antes opacos, representa não apenas uma extensão do controle e da disciplinarização dos corpos, mas também um reforço da subjetividade ancorada no corpo, em tensão com a razão desprendida cartesiana, conforme vimos no capítulo anterior. Os estudos científicos sobre o movimento dos corpos, que deram origem ao cinema, inscrevem-se no mesmo processo, no qual são transformados o significado e o valor da imagem na cultura, assim como o observador e suas práticas visuais. Nessa articulação dinâmica, modifica-se e amplia-se o valor da imagem para a cultura, dando origem ao que diversos teóricos definiram e vêm analisando como ‘cultura visual’.<sup>35</sup>

Um dos principais fios condutores desta breve história, que articula visualidade e construção cultural do corpo, parece-me ser dado pela questão da visualização de seu interior. Visando não ampliar demasiadamente o escopo desta exposição teórica, inicio a discussão pelas dissecações na Idade Média, na Europa. Para a discussão acerca da existência e do sentido das dissecações até o surgimento de Vesalius, apoiei-me nos teóricos Andrea Carlino e Katharine Park. Thomas Tierney aponta uma linha de análise acerca do significado das dissecações na Inglaterra, desde o século XVI até o XIX, que será retomada na parte final desta tese. Para discutir a instauração do novo paradigma anatômico que surge no Renascimento com Vesalius, apoiei-me em Jonathan Sawday e para uma interessante análise da estetização das imagens como estratégia pedagógica no atlas de Vesalius, em Glenn Harcourt. A discussão acerca da noção de ‘objetividade’ está baseada em Lorraine Daston e Peter Galison, que analisam o debate no século XVIII em torno dos atlas de história natural e de anatomia e em Martin Kemp, em artigo que debate a importância do surgimento da fotografia em suas aplicações na medicina.

---

<sup>33</sup> ‘Objetividade mecânica’ refere-se à ‘objetividade’ mediada por aparelhos, seja a câmera fotográfica, sejam os aparelhos para registro gráfico de aspectos corporais, tema a ser mais extensamente abordado no item 2.1.3.

<sup>34</sup> Referidos aqui eventualmente também como ‘RX’.

<sup>35</sup> As pesquisadoras Marita Sturken e Lisa Cartwright a definem como o conjunto de aspectos da cultura que se manifesta de maneira visual, entendendo-se ‘cultura’ como um processo interativo e não um conjunto fixo de práticas e representações (Sturken & Cartwright, 2001: 4). Apóio-me nesta definição, por seu caráter dinâmico, para discutir a articulação entre visualidade e construção cultural do corpo.

## 2.1. VISUALIZANDO O INTERIOR DO CORPO

### 2.1.1. Dissecações

Por muito tempo, sustentou-se que as dissecações anatômicas foram iniciadas no Renascimento, na Europa – uma época em que se teriam dissipado as ‘trevas’ nas quais a Idade Média esteve imersa – quando o homem teria ‘finalmente’ partido em busca do conhecimento, libertando-se do ‘obscurantismo’ medieval. Ambas as noções vêm sendo largamente desconstruídas pelos historiadores, que não apenas questionam o obscurantismo atribuído ao medievo como, por meio de pesquisas, vêm evidenciando que as dissecações anatômicas eram praticadas desde o século III a.C.; os primeiros registros foram encontrados nos textos de Celsus (42 a.C. – 37 d.C.) e Galeno (c. 131 d.C. – c. 201 d.C.), sendo referentes à escola de Alexandria (Carlino, 1999: 121). De acordo com Andrea Carlino, a rigor, os textos medievais formaram as bases da moderna anatomia. Para este autor,

Ao restabelecer uma cronologia da tradição anatômica, pode-se identificar as razões para as fundações teóricas da anatomia e de cada técnica vinculada, em conjunto com as condições que tornaram esta ciência possível, assim como as estratégias para seu estudo e ensino (Carlino, 1999: 121).

Carlino aponta que o texto de Celsus, no qual se podem encontrar referências à prática de dissecação, expõe uma breve história da medicina até aquele momento, com atenção especial à polêmica medieval entre empiricistas e dogmatistas ou racionalistas. Os primeiros opunham-se terminantemente às dissecações, calcados em sua visão dos poderes curativos da medicina por meio da experiência obtida na observação das doenças e do uso de remédios. Os dogmatistas posicionavam-se a favor das dissecações, considerando que apenas a prática e a observação poderiam não ser suficientes para curar as doenças, sendo indispensável obterem-se conhecimentos sólidos acerca do organismo e de seu funcionamento. Além das dissecações, havia diversas outras questões em disputa, embora este fosse um problema crucial que emergiu com frequência desde os gregos até o final da Renascença (Carlino, 1999: 122).<sup>36</sup>

Para Katharine Park, relatos históricos da abertura de cadáveres de santos no

---

<sup>36</sup> Para uma discussão aprofundada acerca dos paradigmas culturais e da dissecação dos gregos até o Renascimento, cf. Carlino (1999: 120 *et passim*).

decorrer da Idade Média, em busca de sinais corporais que comprovassem a santidade, não denotavam nenhuma estranheza quanto à prática. Partindo de um caso descrito por uma freira, em torno de 1310, no qual foi feita a dissecação da Irmã Chiara de Montefalco, cujo corpo não se deteriorara depois de cinco dias de falecida – em pleno verão italiano – Park aponta que tal relato “coincide com a emergência da autópsia e da dissecação como práticas regulares e integrantes do treinamento médico nas cidades do centro e do norte da Itália” (Park, 1994: 3). Esta autora opõe-se frontalmente à versão de que haveria um tabu firmemente estabelecido relativo à abertura de cadáveres no decorrer da Idade Média e do Renascimento europeus, e afirma – diversamente de outros autores – <sup>37</sup> que naquele período não teria existido nenhum sentido punitivo na prática de dissecação de corpos de criminosos, ao menos na Itália.<sup>38</sup> Segundo ela, o mito da ‘resistência à dissecação’ é antigo, e sustentado anacronicamente no século XX invocando-se o cisma entre a religiosidade medieval e o racionalismo científico da Renascença. A uniformidade atribuída ao milênio que separou Sto. Agostinho de Vesalius seria uma distorção, assim como a atribuição aos sujeitos medievais e renascentistas de um tipo de sensibilidade e horror à violação dos corpos que não corresponde ao que os documentos e as imagens de época revelam (Park, 1994: 4). Para ela, desde o início do século XII, a abertura de corpos de cadáveres era uma prática funerária comum, não apenas tolerada como freqüentemente requisitada pelos que iam morrer e pelas famílias dos falecidos. O embalsamamento requeria que as vísceras fossem retiradas do morto, e era comum a prática de autópsias por demanda da família, em casos de suspeita de envenenamento – os primeiros relatos datando do século XIII. De acordo com Park, apenas na segunda metade do século XVI surgem indícios consistentes de sentimentos populares de desconfiança no tocante à dissecação. A autora articula essa nova sensibilidade não a antigos tabus enraizados e ligados à violação da santidade e à inviolabilidade dos corpos, mas sim à percepção das novas práticas anatômicas como desrespeitosas às regras funerárias rituais estabelecidas, trazendo desonra para o morto e sua família. Esses temores, talvez não de todo infundados, foram reforçados pela suspeita de que os anatomistas eventualmente agissem também como executores (Park, 1994: 4).

O primeiro registro de abertura de corpos para inspeção acerca de uma doença data de 1286, na região de Cremona, por ocasião de uma epidemia na qual morreram galinhas e

---

<sup>37</sup> Destacam-se entre estes Sawday (1996) e Harcourt (1987).

<sup>38</sup> Park ressalva que este aspecto punitivo da violação dos corpos faz sentido no contexto da Inglaterra, em período posterior (Park, 1994: 3 n. 7). Voltarei a este ponto mais adiante.

seres humanos. Um médico abriu corpos de galinhas, encontrando “uma vesícula no coração” e, ao ser achada uma estrutura similar em um cadáver humano, foi divulgada uma recomendação de que não se comessem galinhas e ovos (Park, 1994: 5).

A prática de autópsia para determinar a causa de morte, em contexto forense, iniciase em Bolonha no século XIII. Os médicos eram chamados para testemunhar em casos de mortes violentas. Inicialmente, os testemunhos envolviam a inspeção externa, mas logo após 1300 há relatos de autópsia, em especial em casos de suspeita de envenenamento. Os primeiros casos conhecidos de autópsia consistiam na abertura de cadáveres para a obtenção de conhecimentos sobre o estado **físico** de sujeitos particulares. No caso de santos, a abertura do cadáver buscava indícios do estado **espiritual** do sujeito, como no relato de dissecação de Chiara de Montefalco, no qual consta que no seu coração teria sido encontrada a imagem de Jesus crucificado e, em outras partes do corpo, vários objetos de suplicamento de Cristo, entre os quais a coroa de espinhos e um chicote (Park, 1994: 2, 6). Tanto as autópsias quanto a abertura de cadáveres de possíveis santos, mesmo que contendo significados diferentes, eram compatíveis, contudo, com as práticas funerárias em vigor na época, que incluíam, por exemplo, o embalsamamento para transporte de corpos que seriam enterrados em locais diferentes dos quais os sujeitos haviam falecido. A técnica de embalsamamento, que envolvia a remoção das vísceras do morto, respeitava os contornos do corpo e, em especial, a manutenção da face intacta (Park, 1994: 6). Há, portanto, uma diferença evidente entre a abertura de corpos para autópsia, para preparo funerário ou em busca de sinais de santidade – respeitando os códigos e os rituais vigentes no tocante aos mortos – e a violação e o desfiguramento dos corpos dissecados em busca de conhecimentos científicos, com a quebra desses mesmos rituais, o que viria a ocorrer adiante.

Park pondera que para avaliar as autópsias os médicos da época tinham necessariamente que ter uma idéia da norma humana. Portanto, é plausível supor que no mesmo período em que se iniciaram as autópsias – em torno de 1300 – houvesse também dissecações que ilustrassem e explicassem estas normas. A rigor, foram introduzidas dissecações no currículo médico na universidade de Bolonha; o que não está claro é se essas primeiras dissecações antecederam ou procederam às primeiras autópsias (Park, 1994: 7).

O primeiro relato inequívoco de uma dissecação anatômica data de 1316, com Mondino de Liuzzi. As primeiras dissecações ocorreram em casas particulares, de modo

relativamente informal, com um mestre e alguns discípulos, mas parece ter havido rapidamente uma codificação sob a forma de anatomia patrocinada por universidades. De acordo com a descrição de Mondino, havia a exibição, duas vezes ao ano, durante quatro dias, de dissecações realizadas em corpos de criminosos, homens ou mulheres, fornecidos à universidade pela municipalidade (Park, 1994: 7). A anatomia tinha propósitos e uma completude diferente das autópsias e da abertura de corpos de mártires – que pretendiam explicar o estado físico ou espiritual de um indivíduo particular – pois visava ilustrar, para os estudantes de medicina, os princípios gerais anatômicos e fisiológicos e, além disto, desagregava os corpos. Provavelmente os restos dos cadáveres anatomizados eram enterrados, embora seguindo regras funerárias diferentes, uma vez que a exibição da face íntegra do morto era um ponto essencial no ritual italiano (Park, 1994: 8).

Ao longo do século XIV, as práticas de autópsia e dissecação difundiram-se pelas cidades do norte da Itália. Em Perugia, Pádua e Florença, os candidatos a médicos tinham que assistir a uma ou mais dissecações durante o curso. Surgiram as primeiras dissecações públicas, cerca de uma ou duas ao ano, realizadas nas universidades.<sup>39</sup> Segundo Park, embora nem todos estivessem confortáveis com a idéia de abrir os corpos, não há indícios de proibição neste sentido. Mesmo a bula papal de Bonifácio VIII indica que a condenação não era dirigida à dissecação ou à autópsia, mas sim à prática comum entre a aristocracia do norte da Europa de desmembramento e fervura das partes para separar os ossos, a fim de que fossem transportados e enterrados em outro lugar. Na Itália, a prática funerária comum entre os nobres era o embalsamamento, que implicava necessariamente o evisceramento para proceder ao preparo do corpo (Park, 1994: 10). De acordo com a autora, o impacto da bula papal foi pequeno e, na Itália, a questão do destino do corpo após a morte era menos importante do que no norte da Europa, assim como a discussão sobre o desmembramento.

Em fins do século XV, ocorre uma mudança em relação ao século anterior: as dissecações passam a ser praticadas menos em criminosos do que em forasteiros ou doentes que não podiam arcar com o ônus de um funeral honrado. Em Bolonha, por exemplo, havia também regras relativas ao fato de que o cadáver a ser dissecado deveria ser originário de uma localidade distante, no mínimo, 30 milhas desta cidade (Ferrari, 1987: 54). Park aponta que as pessoas nessa época estavam mais arriscadas a serem dissecadas em função

---

<sup>39</sup> Conforme aponta Ferrari, os espetáculos de anatomia que mais tarde deram origem à construção de grandes teatros destinados a este fim, no século XVI, serviram em parte também como reafirmação do prestígio das universidades (Ferrari, 1987).

da sua marginalidade social em termos de *status* econômico do que por serem marginais do ponto de vista judicial. O *status* de marginalidade jurídica só provia solução legal para o fornecimento de corpos para as faculdades. A dissecação pública trazia um estigma, menos por causa da abertura do corpo em si do que pela violação da honra pessoal e familiar envolvida nessa prática que, além do desmembramento, implicava a exposição do corpo nu – uma forma de humilhação (Park, 1994: 12). A anatomização das mulheres era especialmente carregada de estigma; como uma espécie de compensação pela alteração das regras funerárias, havia missas pela alma do morto e uma preocupação em proporcionar um funeral conveniente. Com a diminuição do fornecimento de corpos, uma escola em Veneza, por exemplo, pediu que os estudantes pagassem um funeral apropriado para os cadáveres, visando encorajar as famílias a fornecerem corpos para a dissecação (Park, 1994: 13).

Os cadáveres disponíveis para dissecação pública eram limitados, parte por haver um número pequeno de execuções no século XV, parte por poucos corpos estarem de acordo com os critérios requeridos pelas universidades. Em geral, tratava-se de corpos de estrangeiros enforcados no inverno – período do ano em que a deterioração dos cadáveres era mais lenta. Na época, esperava-se que os médicos conhecessem anatomia, mas ainda com um caráter estático, havendo pequeno senso desta como foco de pesquisa. A rigor, as dissecações funcionavam mais como extensão de ilustrações anatômicas ou ilustração e corroboração das teorias galênicas (Park, 1994: 14).

A situação muda dramaticamente, segundo Park, em torno de 1490, com o florescimento do interesse na anatomia como um problema de ensino, assim como de pesquisa – entusiasmo compartilhado por leigos e artistas. Entre as razões para tal mudança, encontram-se um reflorescimento da arte clássica, a maior disponibilidade de textos impressos e ilustrados de anatomia, além da recuperação de alguns trabalhos de Galeno para uma audiência interessada na medicina e nos segredos do mundo natural. Como conseqüência desse interesse renovado na anatomia, ao longo dos séculos XVI e XVII, foram erigidos diversos teatros destinados a dissecações públicas e aumentaram as buscas de corpos para dissecação.<sup>40</sup> Em 1550, foi sancionada uma lei em Veneza punindo o roubo de cadáveres de túmulos, o que indica que a prática havia se tornado comum. Park assinala que Berengario,<sup>41</sup> em 1480, já encontrava alguma dificuldade para a obtenção legal

---

<sup>40</sup> Para uma discussão aprofundada sobre teatros anatômicos, cf. Ferrari (1987), Tierney (1998) e também Sawday (1996). Sobre as procuras de cadáveres e violações de tumbas, ver Tierney (1998).

<sup>41</sup> Jacopo Berengario da Carpi, médico bolonhês, considerado um predecessor de Vesalius, publicou em 1522

de corpos de fetos para dissecação e recorria clandestinamente a parteiras para obtê-los. Segundo a autora, Vesalius marca uma nova inflexão de atitude,

(...) pela falta de respeito com que lidava com as pessoas, se comparado com seus antecessores, assim como por seu [confessado] orgulho ingênuo pelos atos aventureiros e desafiadores para obter um suprimento adequado de cadáveres (Park, 1994: 18).

Apenas em meados do século XVI emergem evidências de preocupação com as práticas anatômicas, sugerindo o aparecimento de uma nova sensibilidade que, curiosamente, aumenta de maneira concomitante ao crescente entusiasmo pela prática de dissecações públicas. Inicialmente, as preocupações estavam referidas a questões ligadas à tradição das honras funerárias, seguidas por outras angústias relacionadas às vivissecções. Segundo Park, Berengario, Falópio e mesmo Vesalius estiveram sob suspeita de as praticarem e, embora não haja evidências que sustentem as acusações, não é possível afirmar que fossem de todo absurdas (Park, 1994: 18). Ocorria eventualmente de enforcados sobreviverem à execução – o que significava para eles a libertação – e Berengario enfatizava a importância da vivissecção possível em caso de ferimentos profundos, trepanações ou cirurgias. Existe um relato de Vesalius descrevendo ter extraído de um homem morto, recém-acidentado, “o coração ainda batendo”, para examinar a umidade das membranas cardíacas, que inexistem no cadáver (Park, 1994: 19).

Acima de tudo, os rumores acerca da vivissecção são reveladores do que era percebido como a pressa de os anatomistas se apropriarem de cadáveres frescos para dissecação. A ansiedade e o medo de vivissecção não eram apanágio exclusivo dos leigos, e fundiam-se com o receio de ser enterrado vivo, como no caso do anatomista Niccolò Massa que expressou o desejo de, após sua morte, permanecer dois dias insepulto “para evitar qualquer erro” (Park, 1994: 20). Anatomistas aliavam-se a juízes, negociando a forma e o momento da execução de criminosos; eventualmente, o anatomista excluía o intermediário e executava ele mesmo a sentença. Alessandro Benedetti, em 1497, relatou que “algumas vezes os presos pediam que fossem entregues às escolas de medicina, ao invés de sofrerem execução pública”, acrescentando que “cadáveres deste tipo só podiam ser obtidos com bula papal” (Park, 1994: 20).

No decorrer do século XVI, na Itália, aumenta o número de execuções públicas

---

um manual de anatomia, *Isagogae breves*. Nele, havia apenas 23 pranchas ilustradas. Estabelece-se o contraste com a publicação do livro de Vesalius, em 1543, fartamente ilustrado. A partir de então, este padrão foi modificado e as ilustrações anatômicas passaram a ser abundantes em tais manuais (Harcourt, 1987: 54 n.

vinculado à ascensão de monarcas absolutistas. O fascínio pelo desmembramento e pelo esfolamento não estava restrito às áreas da medicina e da justiça, encontrando-se no período diversas imagens gráficas artísticas de torturas, punições, estupros e martírios. Para Park, esse fascínio expressa de algum modo uma cultura de coerção e violência exemplares, que caracterizou as regras absolutistas do período (Park, 1994: 21).<sup>42</sup>

No tocante às representações gráficas, o corpo que aparecia nas imagens da Idade Média encontrava-se mais vinculado a idéias de fertilidade e decadência do que de sexualidade. A tortura continha um sentido de possibilitar o acesso ao divino, propiciando o surgimento de prazer nas experiências de mutilação e desmembramento. Era comum os assistentes espirituais dos condenados descreverem para eles as torturas pelas quais passariam, aproximando-as das dos santos que, através do martírio, haviam adquirido a aura de santidade. Nesse sentido, as dissecações subseqüentes à execução – que no período que antecedeu à construção dos teatros de anatomia eram realizadas nas igrejas – adquiriam um caráter praticamente sacramental, quase um penúltimo ato para chegar à redenção (Park, 1994: 23). Conforme aponta Park, evidencia-se desse modo uma vinculação do corpo do criminoso ao corpo do mártir, além de articular a justiça humana à justiça divina nos atos de supliciamiento.

O que fica evidente a partir do estudo de Katharine Park é que as imagens de corpos abertos não apenas faziam parte da cultura medieval, como o sentido atribuído à exposição das entranhas propiciou condições culturais para a emergência da anatomia de Vesalius, não como uma ‘ruptura’ com a ‘idade das trevas’, mas encontrando-se em continuidade com a produção de conhecimento sobre o corpo desde a Idade Média. Como foi mencionado anteriormente, o povo da Idade Média e do início do Renascimento investia mais pesadamente na integridade das regras funerárias do que naquela dos cadáveres, o que de certo modo ajudaria a explicar a tolerância e mesmo o entusiasmo pela anatomia e dissecação na Itália nos séculos seguintes ao Renascimento (Park, 1994: 22). A efetiva novidade apresentada por Vesalius era relativa, portanto, não ao fato em si de dissecar cadáveres, mas à atitude em relação a estes, vinculada à busca de um outro tipo de

---

2). Ver adiante, item 2.1.2.

<sup>42</sup> Evidentemente, Park refere-se aqui ao exercício do poder soberano, punitivo. Vale pontuar, contudo, que a prática das dissecações visando ensino e pesquisa contém também um sentido disciplinar, mesmo que indireto, na medida em que, em primeiro lugar, não se ‘desperdiçavam’ corpos e, acima de tudo, esses corpos adquiriam uma utilidade, já que possibilitavam a produção de conhecimentos que incidiriam nos corpos vivos. Nesse sentido, essas dissecações parecem encontrar-se em uma dobradiça que articula o exercício do poder punitivo com o disciplinar, discutidos por Foucault (1999).



conhecimento sobre o corpo, inscrito em um panorama no qual o próprio significado cultural de ‘corpo’ foi modificado, conforme será discutido adiante neste capítulo.



Uma outra vertente de análise é apresentada por Thomas Tierney em estudo sobre a prática de dissecações na Inglaterra a partir do século XVI, e oferece elementos interessantes acerca dos significados da exploração do interior dos corpos propiciada por esta prática. Algumas especificidades do que ocorreu na Inglaterra nos séculos subsequentes ao XVI, no tocante à regulamentação da abertura de corpos – tanto de **quem** poderia ou deveria ser submetido à dissecação, como no que dizia respeito ao **fornecimento** de cadáveres para tal prática – são reveladoras do sentido político mais amplo envolvido na visualização do interior dos corpos. O autor contesta a perspectiva apresentada por Foucault acerca do surgimento da anatomia patológica como tendo sido o primeiro momento no qual a morte foi introduzida na medicina como instrumento analítico, com Bichat (Foucault, 1998a). Para Tierney, desde o início da modernidade

a morte esteve esplendidamente presente nos teatros de anatomia (...), onde as ilustrações do cadáver, pelo anatomista, encontravam-se vinculadas ritualisticamente ao poder do soberano sobre a vida (Tierney, 1998: 19).

No século XVII, na Inglaterra, assim como ocorrera em diversas outras partes da Europa, as dissecações públicas adquiriram o *status* de grandes espetáculos. Os teatros de anatomia constituíam-se em “lições arquiteturais extravagantes sobre a mortalidade humana” (Sawday, 1996: 72) e, em conjunto com esta função, consistiam em exposições do poder terreno dos soberanos sobre a vida e a morte de seus súditos (Tierney, 1998: 19). Tal lição era evidente nos detalhes arquitetônicos dos teatros, tais como, na Inglaterra, os nichos especiais para a exibição de esqueletos de criminosos notórios (Tierney, 1998: 12). Os corpos de criminosos executados eram entregues ao anatomista pelo executor e a dimensão punitiva das dissecações públicas não era escondida.

A necessidade de obtenção de corpos de criminosos gerava alguma tensão em torno do *status* do anatomista, o que era especialmente problemático em Londres no século XVII, onde diversas instituições estavam autorizadas a retirar corpos dos enforcados para serem dissecados e, portanto, o anatomista era obrigado a trabalhar em colaboração com o executor. Esta associação colocava em risco os anatomistas, eventualmente alvos de

hostilidades por parte da população. Sawday sugere que a ritualização das dissecações públicas poderia ser compreendida como um modo de evitar esse perigo (Sawday, 1996: 84).<sup>43</sup> Conforme assinala Tierney, as dissecações públicas nos teatros anatômicos estenderam-se até o final do século XVIII. Nas primeiras décadas desse século, iniciou-se na França uma prática que atraiu estudantes de toda a Europa: a oportunidade de o estudante realizar pessoalmente dissecações em cadáveres, em hospitais públicos, prática esta que se tornou conhecida como “*Paris manner*”.<sup>44</sup> Na França, o suprimento de corpos para dissecação provinha com freqüência, desde pelo menos o século XVII, dos hospitais (Tierney, 1998: 17).

Londres se constitui como um centro anatômico nesse período e várias escolas privadas de anatomia são então fundadas, inicialmente com dissecações executadas pelos professores. Quando o “*Paris manner*” foi adotado na Inglaterra, emergiram diversos problemas ilustrativos das mudanças de significado da abertura dos corpos (Tierney, 1998: 13). A prática de dissecação realizada por estudantes foi introduzida na Inglaterra por William Hunter, em 1746, após sua estadia em Paris.<sup>45</sup> Nessa época, em Londres, os únicos cadáveres oficialmente passíveis de anatomização eram os de criminosos, que haviam sido condenados não apenas à morte, mas também à dissecação – uma infâmia suplementar à da pena de morte, em vigor como lei naquele país desde o século XVI. A Companhia de Barbeiros e Cirurgiões e o *Royal College of Physicians* dependiam dessa fonte, oficialmente sancionada, para a obtenção de corpos.

Ao serem fundadas escolas privadas de anatomia, os instrutores foram obrigados a recorrer a subornos e a leilões competitivos para conseguir corpos com os carrascos, e os preços de cadáveres subiram, mesmo para anatomistas autorizados pela Coroa a praticarem dissecações.<sup>46</sup> Ao mesmo tempo, ocorreu um aumento no número de execuções nesse período, estimando-se haver cerca de 160 tipos de crime passíveis de condenação à forca. Com o aumento do risco de, por crimes pequenos, sujeitos serem submetidos à dissecação infamante, a forca tornou-se um lugar estrategicamente significativo de exibição do poder

---

<sup>43</sup> Para uma discussão sobre os rituais de dissecação nos teatros de anatomia, cf. Ferrari (1987).

<sup>44</sup> Ao longo do tempo, o sentido do termo passou a incluir o fato de se passar a praticar dissecações anatômicas em cadáveres de doentes, e não mais apenas em corpos de criminosos executados.

<sup>45</sup> William Hunter elaborou um atlas de anatomia da gravidez e foi também um dos primeiros homens a fazerem partos. Ver adiante, item 2.1.3 e no capítulo 3, item 3.1.

<sup>46</sup> Este aumento de demanda por corpos implicou a extensão da prática de dissecação para sujeitos que **não** haviam sido condenados a tal pena, e os fornecedores de corpos beneficiaram-se financeiramente com isto (Tierney, 1998: 14).

soberano. Associando-se os dois aspectos – o aumento do número de execuções e o risco sempre presente dos sujeitos serem dissecados sem terem sido explicitamente condenados a tal – aconteceram badernas e motins populares junto às forcas, cujos alvos eram predominantemente os médicos, sacristãos e carcereiros, associados pelo povo à anatomização dos condenados. Com freqüência, durante os motins, eram roubados os corpos que se destinavam aos anatomistas que haviam pago altos preços por eles (Tierney, 1998: 14).

O Parlamento inglês, atendendo em parte a demandas de anatomistas, sancionou o *Murder Act*, em 1752, que declarava a dissecação uma pena legal para assassinos, com o propósito de “prevenir melhor este tipo de crime” (Tierney, 1998: 14). Como anteriormente, era explicitada a infâmia contida nessa condenação, agora acrescida de um caráter ‘pedagógico’ para o povo. Conforme assinala Tierney, a lei manteve-se dentro do modelo tradicional do poder do soberano de vida e morte sobre os súditos, mas ao mesmo tempo a relação entre medicina e soberania passou para outro nível:

Nas dissecações públicas que haviam florescido nos abundantes teatros de anatomia nos dois séculos anteriores, a associação do anatomista com o executor fora mitigada através de uma série de rituais e protocolos. Contudo, com o *Murder Act* os anatomistas foram clara e inequivocamente vinculados ao poder punitivo do soberano (Tierney, 1998: 14).

O *Murder Act*, porém, não se encaixava completamente no modelo tradicional de poder soberano, pois a lei incidentalmente também produzia benefícios sociais, providenciando um fornecimento constante de cadáveres visando à produção de saber e, ao mesmo tempo, evitando badernas. Os únicos corpos passíveis de anatomização eram os dos assassinos, e não mais o de qualquer criminoso condenado por um crime menor. Desse modo, conforme assinala Tierney, emerge um aspecto disciplinar para além do poder punitivo do soberano (Tierney, 1998: 15). Ao lado da fonte oficial de corpos para dissecação, desenvolveu-se o mercado daqueles que eram exumados. A prática de roubar corpos dos cemitérios existia na Inglaterra desde o século XVII, e a reação da lei a ela era um tanto bizarra, posto que se a lei não reconhecia o corpo como propriedade de ninguém, não era também possível configurar legalmente um roubo. Como não existisse base legal para considerar a exumação um crime passível de punição, floresceu um comércio de exumadores, que apenas eventualmente eram condenados a sentenças leves por ofensa aos bons costumes.

(...) [A]penas quando havia roubo de roupas ou outras propriedades do

túmulo considerava-se ter existido felonía (...) [P]ortanto, do ponto de vista da punição judicial, durante um longo período, exumar [e vender] corpos foi uma ocupação relativamente segura (Richardson, 1987 *apud* Tierney, 1998: 15).

Em 1788, na Inglaterra, o roubo de corpos de cemitérios para dissecação tornou-se um crime indiciável e punível com multas ou prisão. Mesmo assim, os violadores de túmulos continuaram a ser a principal fonte de cadáveres para a anatomia até o século XIX; só muito raramente eram punidos e, a rigor, quando eram pegos, eles temiam mais a reação popular do que a lei. Nas três primeiras décadas do século XIX, na Inglaterra, a reação popular contra as escolas de anatomia e os anatomistas foi intensa, o que levou esses profissionais a empreenderem esforços para conseguir reformas legislativas que os protegessem. Nesse sentido, um aliado poderoso foi Jeremy Bentham, interessado em eliminar o aspecto escuso implicado na obtenção de cadáveres para dissecação. Em 1826, Bentham esboçou o *Body Providing Bill*, que serviu de modelo para o *Anatomy Act*, sancionado em 1832, e que regulamentava a provisão de corpos para anatomização e eliminava do mercado os violadores de túmulos. A lei introduziu na Inglaterra uma fonte de cadáveres já longamente conhecida na França, há pelo menos um século: os pobres que morriam nos hospitais públicos. Na racionalidade benthamita, a dissecação desses corpos para a produção de um conhecimento que beneficiaria toda a sociedade era um modo de os pobres retribuírem o tratamento caritativo que haviam recebido durante a doença (Tierney, 1998: 17).

Conforme sublinha Tierney, é possível depreender-se da racionalidade benthamita da reforma do *Anatomy Act* a passagem do modelo dos mecanismos de poder de vida e morte do soberano para um modelo governamental de poder de administração da vida. Ao invés da punição, Bentham visava sobretudo à meta positiva de promoção do conhecimento anatômico para o melhoramento da sociedade, sendo para tal fim necessário assegurar um provimento adequado de corpos para dissecação (Tierney, 1988: 17).<sup>47</sup> Segundo Tierney, a genialidade dessa lei consistiu principalmente na transformação subreptícia de um medo tradicional da dissecação em uma fonte de disciplina e ordem social, evitando, por exemplo, os violentos distúrbios populares em oposição ao uso, pelos anatomistas, dos corpos de enforcados ou dos roubados dos cemitérios (Tierney, 1998: 18).

Após 1832, na França e na Inglaterra, os sujeitos anatômicos passavam de modo

---

<sup>47</sup> Há outros aspectos muito interessantes implicados no *Anatomy Act* no tocante à ‘arte de governar’, que

anônimo diretamente dos hospitais para os anatomistas, configurando-se, ao lado de uma modificação do exercício do poder, um deslocamento e, sobretudo, um ocultamento da morte. Conforme sublinha Tierney, acompanhando Foucault,

[a] operação suave do complexo médico-jurídico estabelecido pela governamentalidade requereu – e ainda requer – o encobrimento de suas origens na morte. No início da modernidade a anatomia representou uma das formas mais perigosas da exibição da morte. A ritualidade dos teatros públicos de anatomia dos séculos XVI e XVII, a emergência do *Paris manner* de obtenção de cadáveres no século XVIII e a apropriação governamental desta política de provimento de cadáveres no século XIX pelo *Anatomy Act*, em conjunto, foram meios de mitigar este vínculo perturbador entre a medicina e a morte (Tierney, 1998: 19).

Em síntese, em meados do século XIX, configura-se de modo pleno e estabelecido uma articulação entre o conhecimento anatômico obtido por meio das dissecações e o poder disciplinar que se estende até a atualidade. O sentido biopolítico do acesso ao interior dos corpos que as tecnologias de imagem médica passaram a propiciar, em especial desde a invenção dos raios-X, encontra-se em continuidade com o novo sentido disciplinar adquirido pelas dissecações a partir do século XIX.

### 2.1.2. Vesalius e o paradigma anatômico

A publicação de *De humani corpori fabrica libri septem*,<sup>48</sup> de Andrea Vesalius, de Bruxelas, em 1543, é considerada um marco inaugural na história da construção do corpo como campo cultural de investigação.<sup>49</sup> O livro, publicado pelo editor suíço Iohannes Oporinus, marca a constituição da anatomia como uma ciência descritiva moderna (Harcourt, 1987: 28). O que diferencia fundamentalmente Vesalius de seus antecessores é o fato de que, para os que o precederam, os corpos dissecados no contexto do ensino de medicina serviam para ilustrar os textos galênicos, não se constituindo portanto em fontes de conhecimento em si. Vesalius inaugura a percepção do corpo dissecado como um texto em si mesmo, uma noção fundante do paradigma anatômico que vigora desde então na cultura ocidental.

De acordo com Glenn Harcourt, pela forma como foi apresentado o conteúdo da *Fabrica*, esta fornece um quadro claro da negociação das complexidades e contradições

---

contudo fogem ao foco deste capítulo. Cf. Tierney (1998: 18pp).

<sup>48</sup> Referido daqui por diante neste texto por *Fabrica*.

<sup>49</sup> Em latim, “*Fabrica (membrorum)*: organização, conformação, estrutura, disposição dos membros” (Souza, c.1935: 281).

inerentes à prática e à representação da anatomia no século XVI (Harcourt, 1987: 28). Um aspecto relevante das pranchas anatômicas da *Fabrica*, apontado por este autor, consiste na estética adotada por Vesalius para a apresentação das vísceras, mostradas como se fossem resultado da dissecação de esculturas clássicas. Segundo Harcourt, esse modo de estetização das vísceras é uma estratégia representacional que dignifica a violação dos corpos dissecados, assim como transforma a representação gráfica em imagens culturalmente mais aceitáveis para seus contemporâneos. Uma arte descritiva vigorosa é empregada para definir uma nova matriz cultural que valida a ciência anatômica sistemática (Harcourt, 1987: 29) – o mesmo que Sawday descreve sob o termo “cultura da dissecação” do Renascimento: uma rede de práticas sociais e rituais envolvendo a produção de corpos fragmentados, em um curioso contraponto à produção renascentista de individualidade (Sawday, 1996: 2).

O ‘homem’ do Renascimento, uma figura central em torno da qual se constitui um novo paradigma, é portanto também um sujeito dissecado e cujas entranhas estão expostas ao escrutínio de uma nova ciência, a anatomia. Sua construção encontra-se permeada por sua fragmentação, assim como a ‘revolução científica’ da época implica inúmeras partições nos mais diversos campos do conhecimento (Sawday, 1996: 2).<sup>50</sup> Assim, a articulação entre a descrição do corpo encontrada nas pranchas anatômicas de Vesalius e a ideologia em vigor torna-se evidente. O modo como as diferentes partes do corpo – torsos dissecados, por exemplo – ou o esqueleto inteiro são representados remete à noção de demonstrações anatômicas sustentadas por uma estética clássica (Harcourt, 1987: 30). Um dos aspectos mais marcantes da *Fabrica*, quando comparada a produções similares da época, consiste no elevado grau de mestria artística aí presente. Há referências explícitas, nas imagens dos corpos dissecados, à iconografia tradicional da *Vanitas*, outras tantas a conhecidos retratos, como a prancha que apresenta um corpo sem a pele em uma posição idêntica à do quadro de Ticiano (c. 1485-1576), *Alocução de Alonso d’Avalos, Marchese del Vasto*, terminado em 1541 [Figuras 10 e 11].

---

<sup>50</sup> Sawday faz uma ressalva no tocante ao uso do termo ‘revolução científica’, considerando-o um anacronismo; o termo mais adequado seria, segundo ele, ‘filosofia natural’. Entretanto, pelo fato de o termo ter-se tornado corrente nos textos sobre história da ciência, ele utiliza ‘revolução científica’, mantendo essa ressalva (Sawday, 1996: 271 n. 2).

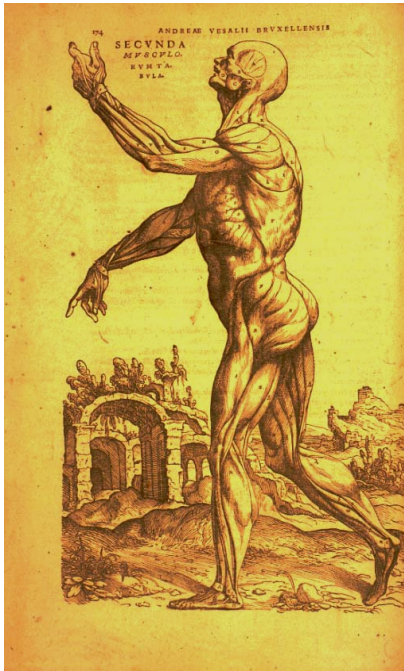


Fig. 10 - Prancha 25. Vesalius, 1543



Fig. 11 - Alocução de Alonso D'Avalos. Ticiano, 1541

Atribui-se a autoria de algumas pranchas da *Fabrica* à oficina deste mestre (Harcourt, 1996: 32), embora outros autores, como Martin Kemp, contestem tal hipótese. De todo modo, fato ou lenda, há uma contigüidade evidente entre ciência e arte no Renascimento (Harcourt, 1996: 33).<sup>51</sup> Para Panofsky, a *Fabrica* consiste em um artefato essencialmente artístico, no qual um programa científico é articulado por meio de uma complexa interação entre texto e imagens, ambos descritivos. A anatomia como ciência descritiva é validada pelo teor artístico das pranchas (Panofsky, 1962 *apud* Harcourt, 1987: 33). Para Panofsky, a ciência de Vesalius estaria subordinada à arte, um ponto de vista contestado por Harcourt, que sustenta que Vesalius utiliza a arte para propósitos específicos. O primeiro deles seria colocar como que entre parênteses a violação e a destruição dos corpos presentes na anatomização. O segundo seria buscar uma atenuação do sentido de objetificação existente no uso dos cadáveres. Em termos de qualidade artística, as pranchas da *Fabrica* equivalem aos desenhos anatômicos de Leonardo Da Vinci, porém sua completude e organização sistemática evidenciam a existência de uma proposta pedagógica mais ampla, associada à prática de dissecações (Harcourt, 1987: 55 n. 5). Acompanhando as pranchas, há instruções precisas de como proceder passo a passo aos

<sup>51</sup> Vale sublinhar que, no Renascimento, arte e ciência encontravam-se estreitamente ligadas, o termo *Scientia* denotando 'conhecimento'. Esta ligação é evidente nos desenhos anatômicos de Da Vinci, assim como é

cortes, de modo a ter-se acesso ao que está evidenciado na ilustração. Essas instruções, redigidas de modo detalhado, objetivo e sistemático, deixam em segundo plano o teor desagradável da violação dos corpos implicado na prática de dissecação (Harcourt, 1987: 35).

As demonstrações de dissecação anatômica, antes de Berengario e Vesalius, seguiam um ritual no qual quem dissecava – um barbeiro – não era o mesmo que apontava as partes dissecadas – o *ostensor* – enquanto o professor de anatomia lia um texto, geralmente de Galeno ou de Mondino de Liuzzi. Berengario e Vesalius adotaram a prática de acumular as três funções, o que violava as regras acadêmicas em vigor. Conforme assinala Harcourt, Vesalius defendia sua atitude evocando ninguém menos que Galeno, citado na *Fabrica* como “o príncipe dos professores de dissecação” (Vesalius *apud* Harcourt, 1987: 36).

Vesalius era profundamente crítico da divisão de tarefas e considerava que as informações obtidas desse modo sobre o corpo eram profundamente errôneas. Para ele, apenas a experiência direta de dissecação praticada pelo anatomista poderia fornecer os dados corretos sobre o corpo; o anatomista deveria ser hábil também com a faca. Assim, a prática da anatomia passava a conter em si um aspecto investigativo e não mais apenas o de repetição de conhecimentos textuais. A anatomia de Galeno era baseada predominantemente em dissecações de animais – em especial de porcos, cães e macacos – e desse modo tinha um caráter comparativo: a anatomia humana era deduzida ou suposta a partir dos achados em corpos de animais. O acesso direto ao conhecimento do corpo humano por meio de dissecação representou, portanto, uma ruptura com o modo tradicional de se estudar anatomia na Europa e a instauração desta como produtora de novos saberes envolvia diretamente os anatomistas na violação dos corpos. De acordo com Harcourt, as figuras viscerais da *Fabrica* isolavam a representação da prática de dissecação das ambigüidades implicadas na violação e na destruição dos corpos anatomizados (Harcourt, 1987: 38).

A intenção de Vesalius era produzir uma descrição normativa da anatomia humana, assim como tentar articular uma noção de relação entre estruturas do corpo e sua função – um problema, já que só era possível estudar o cadáver. No tocante à descrição, as ilustrações desempenhavam um papel fundamental e, nos termos de Vesalius, visavam “colocar o corpo dissecado diante dos olhos do estudante do trabalho da Natureza”

---

conhecido o fato de que Michelangelo procedia ele mesmo às dissecações.



(Vesalius *apud* Harcourt, 1987: 39). Conforme assinala Harcourt, as figuras viscerais foram cuidadosamente manipuladas de modo a evitar a impressão de se estar vendo corpos individuais gradualmente violados. A rigor, tais corpos haviam sido transformados radicalmente, ao mesmo tempo em que era transformado o conhecimento anatômico. Vesalius é cuidadoso no texto da *Fabrica* pois, enquanto apresenta nas ilustrações diversas incorreções presentes na anatomia de Galeno, declara: “Colocamos o crânio de um cão abaixo do de um humano para que qualquer um possa entender sem dificuldades a descrição [de Galeno] dos ossos da mandíbula superior” (Vesalius *apud* Harcourt, 1987: 39). Assim, o conjunto texto-ilustração deixava clara a existência de erros, sem ocasionar um confronto direto com as teorias em vigor.

O projeto da *Fabrica* parece compreender duas linhas distintas e inter-relacionadas de investigação. A primeira seria o estabelecimento de uma norma humana baseada na observação direta, e a segunda consistiria nessa norma, que parte da observação direta, utilizada para articular uma crítica sistemática da anatomia não-humana de Galeno (Harcourt, 1987: 40).

Voltando às estratégias empregadas por Vesalius para viabilizar o projeto pedagógico da *Fabrica*, Harcourt assinala que as pranchas que apresentam ilustrações de ossos têm um caráter descritivo muito explícito, e a existência da violação dos corpos está evidente, o que não ocorre com as figuras viscerais. Nestas ocorre o que Harcourt denomina “uma brilhante evasão pictórica” assim descrita:

As figuras viscerais da *Fabrica* (...) apresentam um quadro que é tanto literal quanto figurativamente bastante diferente [da osteologia]. Todas as ressonâncias específicas, assim como as implicações acessórias da violação dos corpos, foram suprimidas ou evitadas. O corpo violado em si foi transfigurado e, ao mesmo tempo, o *locus* da atividade anatômica é deslocado da mão do anatomista para a do desenhista, enquanto a demonstração verdadeira e sua representação são elididas nos limites da imagem (Harcourt, 1987: 42).

Em um mesmo processo é apresentado um modo de representação que, de maneira similar, reforça visualmente o caráter normativo da *Fabrica*, posto que o livro se propõe a ser uma representação universal da anatomia humana. De acordo com Kemp (1998), outra estratégia de validação das imagens anatômicas como expressão de verdade consiste no desenho dos instrumentos utilizados para dissecação e na apresentação de paisagens “naturais” como fundo das imagens anatômicas, no que o autor designa como “retórica da realidade” (Kemp, 1998: 123). O estabelecimento de uma norma não consiste em si em

uma evasão da violação dos corpos; ele serve como uma justificativa socialmente aceita para tal, derivando a atenção das etapas intermediárias desagradáveis necessárias para chegar-se ao produto final: o conhecimento científico (Harcourt, 1987: 42). Vesalius invoca, à guisa de reforço de seu projeto normativo, a mais antiga norma clássica – o Cânone de Policeto.<sup>52</sup> “é desejável que o corpo empregado para dissecação pública seja o mais normal possível, de acordo com seu sexo e idade, para poder compará-lo a outros corpos, assim como à escultura de Policeto” (Vesalius *apud* Harcourt, 1987: 42). O apelo a uma norma clássica reconhecida reforça a noção – para os presentes à dissecação pública, tanto o anatomista como a platéia – de que não se trata de um cadáver individual sendo violado, e sim a própria norma incorporada (*embodied*) sendo exibida (Harcourt, 1987: 43).

A estratégia representacional adotada por Vesalius na *Fabrica* difere da de seus contemporâneos em um aspecto relevante: enquanto outros anatomistas da época utilizam indiscriminadamente figuras ativas para demonstrar aspectos osteológicos, miológicos ou viscerais, Vesalius separa o modo de apresentação de cada aspecto. As pranchas miológicas e osteológicas sublinham a relação entre estrutura e função por meio de figuras ativas, enquanto nas pranchas viscerais, o aspecto a ser evidenciado é o fisiológico, e não o da ação; essas imagens são sempre exibidas como esculturas dissecadas, em posições estáticas (Harcourt, 1987: 51).

Para Harcourt, o modo de apresentação das pranchas viscerais, calcado em torsos exibidos em posturas de esculturas clássicas, está informado, acima de tudo, por diversas preocupações anatômicas explícitas. Em primeiro lugar, a forma de apresentação serve para elevar a ciência anatômica acima do mundo da violação individual objetificante do cadáver, e da ambigüidade moral presente na prática da dissecação. As ilustrações equivalem à retórica de Vesalius, que tenta estabelecer o trabalho manual do anatomista como base filosófica para a medicina em geral (Harcourt, 1987: 52).

Vesalius explorou, mais do que todos os seus contemporâneos, o potencial descritivo poderoso da arte como modo de realização do complexo projeto da anatomia do Renascimento e, ao fazê-lo de maneira extensa e detalhada, estabeleceu de modo definitivo a anatomia como uma disciplina totalmente dependente de um sistema de representação

---

<sup>52</sup> Policeto foi um escultor e arquiteto grego em atividade no século V a.C., nascido em Sicyone ou Argos. Desenvolveu uma teoria das proporções criando um cânone, que aplicou em uma escultura – o Doriforo – que se tornou conhecida como Cânone de Policeto (Petit Larousse, 1967: 1621).

gráfica, inaugurando um novo paradigma de conhecimento sobre o corpo – o paradigma anatômico, eminentemente visual, em vigor até os dias atuais. Nesse sentido, a objetificação proposta nas representações e nos textos pode ser considerada um primeiro passo no processo que vai da neutralização do horror ao atual fascínio e instigação do desejo de visualização do interior dos corpos.

### 2.1.3. Representações do corpo e ‘objetividade’ da imagem técnica

A questão a ser abordada a seguir diz respeito ao modo como foi construída e valorizada socialmente a noção de objetividade da imagem técnica – em especial no tocante às representações visuais do corpo humano – que legitima este tipo de imagem como produtora, por excelência, de ‘verdades científicas’ sobre a natureza em geral e sobre o corpo em particular. Lorraine Daston e Peter Galison (1992) mapeiam a emergência e a natureza dos conceitos de subjetividade e objetividade através do estudo de atlas de história natural e de anatomia, do século XVI ao XIX.<sup>53</sup> Os autores contrastam os ideais práticos dos primeiros criadores de atlas, do Renascimento, com os dos séculos XVIII ao XX, de modo a deixar em evidência o novo sentido de objetividade que passou a vigorar a partir de meados do século XIX. Colocando-se como historiadores da objetividade, buscam evidenciar a diversidade e a contingência dos componentes que construíram o atual conceito de objetividade na ciência. Para tal, rastreiam como, por que e quando as várias formas de subjetividade contidas nas representações gráficas manuais passaram a ser vistas como “perigosamente subjetivas” (Daston & Galison, 1992: 82). Os autores estabelecem a diferença entre o sentido da objetividade do século XVII e o do século XIX: a epistemologia do século XVII aspirava ao “ponto de vista dos anjos”; a do século XIX, à “autodisciplina dos santos” (Daston & Galison, 1992: 82).

A objetividade do século XVII tem como paradigma a *camera obscura*,<sup>54</sup> que produz uma imagem incorpórea, projetada em uma das faces internas da *camera*. A

---

<sup>53</sup> O termo ‘atlas’ foi utilizado pela primeira vez por Gerard Mercator, em 1596, para designar o mapa do mundo. No século XVIII, o termo passou a indicar mapas astronômicos e, no século XIX, começou a ser usado para trabalhos científicos ilustrados, em formato grande (34” x 26,5”), com as pranchas ilustradas estando inicialmente separadas dos textos. No decorrer do século XIX, texto e ilustrações juntaram-se nas páginas de tais livros (Daston & Galison, 1992: 124 n. 3). Sigo Daston & Galison, que utilizam o termo ‘atlas’ de modo generalizado para designar essas publicações, tanto as de nítido cunho de divulgação científica como as especializadas.

<sup>54</sup> Ver acima, no Capítulo 1, item 1.1 e também adiante, item 2.2.3.

objetividade do século XIX tem um caráter significativamente diferente e, de um ponto de vista visual, pode ter como paradigmas a fotografia e os gráficos concretos produzidos com a presença ou em continuidade com o corpo, uma vez que, conforme visto anteriormente, o corpo foi introduzido de modo cabal nos discursos e nas práticas na primeira década do século XIX.<sup>55</sup> A objetividade desse século tem como paradigma objetos concretos em uma relação metonímica com o corpo; a do século XVII era metafórica, tendo a *camera obscura* como modelo.

A partir do século XVI, os autores que se dedicavam à ciência estiveram envolvidos na feitura de atlas ilustrados relativos aos mais variados fatos da natureza. O objetivo de tais atlas consistia em padronizar os objetos observados eliminando as idiossincrasias, tanto as do observador quanto as dos objetos individuais observados (Daston & Galison, 1992: 85). A rigor, desde então, esta tem sido a questão central dos atlas: a seleção e a constituição de objetos que permitam generalizações, em oposição às inúmeras variações individuais dos objetos naturais. O problema da seleção é o da escolha de quais são os fenômenos-chave para atingir-se o conhecimento da essência que se busca. Daston e Galison sublinham que todas as ciências necessitam deste tipo de objeto padronizado para que se possa chegar às abstrações da teoria. Os atlas – de todos os tipos – fornecem objetos visuais, provendo elementos ao olhar que possibilitem perceber determinados objetos como exemplares. Nesse sentido, vale sublinhar que funcionam como elementos para treinamento visual, ‘ensinando’ ao olhar quais são os aspectos principais do objeto em questão – em especial considerando-se que o texto ali presente serve apenas como apoio às ilustrações, que detêm o papel principal (Daston & Galison, 1992: 85).

O propósito dos atlas era a difusão de conhecimentos, tornando acessíveis a todos informações anteriormente disponíveis apenas para alguns. Abria-se assim a possibilidade de divulgação de fenômenos raros, diferentes do ‘normal’. A idéia-mestra desse tipo de publicação consistia em que as imagens eram mais eloqüentes do que as palavras. Uma imagem imortaliza fenômenos efêmeros e um registro fiel descartaria teorias inconsistentes. Desse modo, as imagens dos atlas teriam um papel de ‘sentinelas’ da ciência, antecipando a era da objetividade mecânica. A questão da ‘fidelidade à natureza’ colocava os editores de atlas diante de dois problemas: o primeiro consistia em definir o que seria a natureza, e o segundo, que emergiu de modo pleno no século XIX, seria

---

<sup>55</sup> Cf. item 1.2.

estabelecer qual era o fenômeno-padrão da disciplina. Surge a preocupação com a precisão das figuras e com a seleção do que seria ‘típico’ ou ‘característico’, ‘ideal’ ou ‘médio’.<sup>56</sup> Antes do advento da objetividade mecânica, esse ideal de fidelidade à natureza estava calcado em uma tipologia esquemática que – do século XVII ao início do XIX – variou de tipos e ideais a características singulares de indivíduos. O ponto ressaltado por Daston e Galison consiste em que, até o século XIX,

a acurácia [da representação] não implicava necessariamente preocupação com a objetividade e, a rigor, as duas preocupações entraram em conflito no momento em que entrou em cena a objetividade mecânica, ameaçando minar os objetivos iniciais dos atlas em representar a natureza (Daston & Galison, 1992: 87).

Nos atlas do século XVIII, os fenômenos típicos estavam referidos a um ‘tipo’ ou ‘arquétipo’, um ‘fenômeno de origem’. Goethe diz, a respeito do arquétipo do esqueleto animal:

A simples idéia de um arquétipo em geral implica que nenhum animal específico pode ser usado como ponto de comparação – o particular nunca pode servir como padrão para o todo (Goethe, 1798 *apud* Daston & Galison, 1992: 87).

Para Goethe, a busca do arquétipo estava baseada na comparação e na observação em série, levando em consideração a subjetividade do observador, incluindo elementos tais como sua intuição, seu humor, o estado de seus sentidos e diversas outras circunstâncias. Contudo, para ele, o ato de definição do arquétipo dependia da capacidade de depreender o típico do variável e do acidental, evidenciando, sobretudo, uma atitude de precaução quanto à subjetividade. Nos atlas, do século XVII ao XIX, as imagens ‘típicas’ dos fenômenos não eram necessariamente a forma ‘pura’ defendida por Goethe. Há basicamente dois tipos de imagem: as ‘ideais’ e as ‘características’. As primeiras seriam as imagens perfeitas, e as características localizariam o típico no indivíduo. Ambos os tipos de imagem padronizam o fenômeno, sempre baseado na acurácia do desenho (Daston & Galison, 1992: 88).

Um problema atravessava os atlas dos mais variados tipos – da anatomia à paleontologia – referente à universalidade da representação, que esbarrava na minúcia dos detalhes os quais, por seu turno, dependiam do julgamento do autor das ilustrações que, para isso, apoiava-se em sua experiência. No final do século XIX, os anatomistas e os paleontólogos acreditavam que apenas os particulares eram reais e que omitir

---

<sup>56</sup> A discussão sobre o que seria a ‘precisão’ será retomada adiante.

particularidades nas representações visando ao universal consistia, acima de tudo, em uma distorção (Daston & Galison, 1992: 91). O ideal romântico da singularidade informa a feitura dos atlas desse período, em contraste com os realizadores de atlas dos períodos precedentes, que não hesitavam em modificar as representações para chegarem ao ‘universal’ de cada fenômeno. Em 1774, William Hunter, por exemplo, em seu atlas anatômico *The Anatomy of the Gravid Uterus*, optou por um “retrato simples, no qual o objeto é representado exatamente conforme visto”, em contraste com “objetos representados, concebidos pela imaginação” (Hunter, 1774 *apud* Daston & Galison, 1992: 93).<sup>57</sup>

Contudo, as representações de Hunter estavam codificadas de acordo com os cânones naturalistas da pintura da época, além de serem figuras feitas a partir de preparações anatômicas que utilizavam injeções de cera ou corantes para ressaltar os vasos sanguíneos de modo a parecerem ‘naturais’ após a morte. Mesmo assim, Hunter sustentava que não havia alterado em nada seus espécimes, considerando parte da verdade da natureza o fato de preparar suas peças anatômicas com o uso de substâncias químicas.

Daston e Galison sublinham dois aspectos relevantes no que diz respeito à perspectiva de Hunter. O primeiro consiste em que o realismo científico e o valor atribuído ao detalhe antecedem ao surgimento da fotografia, e o segundo aspecto reside no fato de que a representação ‘realista’ não implicava rejeição das regras estéticas da época – aspecto apontado por Jordanova na análise das imagens do corpo feminino presentes no atlas de Hunter (Daston & Galison, 1992: 93) – do mesmo modo que as imagens de Vesalius inscreviam-se nos códigos pictóricos do Renascimento, conforme discutido acima. A rigor, portanto, o ‘realismo’, ou mesmo a ‘precisão’, das imagens do atlas de Hunter só existe para olhares informados e, em última instância, configurados pelas convenções artísticas da época.<sup>58</sup>

A *camera obscura* foi utilizada pelos ilustradores de atlas do século XVIII de modo a garantir a acurácia dos desenhos, mas apenas a precisão não era suficiente. Conforme apontam Daston e Galison,

o **que** era retratado era tão importante quanto **como** era retratado, e os que elaboravam atlas tinham que exercer o julgamento em ambos os

---

<sup>57</sup> Hunter teria utilizado mais de 30 cadáveres para chegar às representações contidas em seu atlas.

<sup>58</sup> Estou considerando implicitamente que os códigos pictóricos de uma época são reveladores do modo como se ‘vêem’ as coisas naquele período, independente de os sujeitos terem ou não conhecimento explícito de tais convenções.

casos, mesmo que tentassem eliminar as arbitrariedades de julgamento dos artistas por meio de escalas, medidas ou da *camera obscura* (Daston & Galison, 1992: 94) (Grifos acrescentados).

O ponto importante a reter é que, no século XIX, os atlas de imagens ‘características’ consistiam em uma mescla do modo ‘idealizado’ e do ‘realista’ de representação, pois um objeto singular figurava como o representante geral de uma classe ou grupo de objetos. Os atlas de imagens características apresentavam casos singulares como ‘exemplares’: botânicos, zoólogos e paleontólogos estabeleciam de modo institucionalizado as características individuais como as pertencentes à espécie como um todo (Daston & Galison, 1992: 95). Os atlas ‘característicos’ de meados do século XIX marcam a transição entre os primeiros, que buscavam a ‘verdade da natureza’ na ilustração detalhada do ‘típico’, e os posteriores, que procuravam alcançar a mesma ‘verdade’ por meio da objetividade mecânica. Tal como outros que surgiram, esses atlas característicos já apresentavam imagens de indivíduos singulares verdadeiros, ao invés de ‘tipos ideais’ compostos como um apanhado de diversos espécimes do objeto que se queria representar.

No entanto, as figuras particulares estavam carregadas do sentido de serem os representantes de um grupo mais geral. Os autores desses atlas característicos expressavam um certo desconforto com hipóteses e sistemas muito genéricos mas, ao mesmo tempo, acreditavam que as imagens de indivíduos particulares neutralizariam as distorções dos sistemas genéricos. Tais distorções residiam no fato de que, para determinar como figurar um espécime ‘característico’, generalizante, entrava necessariamente em jogo, como já vimos, o julgamento subjetivo baseado na experiência do artista ilustrador. Conforme assinalam Daston e Galison, “eles reconheciam a existência de um inimigo interno, mas ainda não estavam suficientemente alarmados para combatê-lo com o ascetismo da objetividade não-intervencionista” (Daston & Galison, 1992: 96).

Os autores de atlas do final do século XIX passaram a preocupar-se muito mais com o julgamento implicado na determinação do que era ‘típico’ ou ‘característico’ do que os autores de meados do século. O conflito entre a ‘fidelidade ao típico’ e a ‘fidelidade ao espécime individual’ torna-se explícita, em 1869, através de um alerta de Walter Fitch – um famoso ilustrador de botânica – aos futuros ilustradores botânicos, advertindo-os contra os erros que poderiam ocorrer se desenhassem um espécime anômalo e o tomassem como o exemplo genérico da espécie. O alerta de Fitch está conectado a um maior monitoramento, por parte dos cientistas que idealizavam os atlas, do trabalho dos artistas ilustradores –

indicando um aumento da preocupação dos idealizadores de atlas no tocante à ‘objetividade’ da ilustração contraposta à subjetividade do artista ilustrador.

Por outro lado, surge uma desconfiança no tocante à ‘objetividade’ das ilustrações ‘compostas’, como se fossem ‘traições’ à realidade. Nesse pano de fundo, as imagens individuais tornam-se valorizadas e o uso, nos atlas, da reprodução mecânica – a fotografia – é recebida como uma promessa de dissolução das tensões que envolvem a ‘objetividade’ das ilustrações. Daston e Galison ressaltam que não foi o advento da fotografia que valorizou a exibição de imagens de espécimes singulares nos atlas, já que ela foi introduzida nessa área na década de 1870 e a discussão sobre a validade de ‘tipos’ abstratos para representarem um determinado fenômeno havia se iniciado algumas décadas antes (Daston & Galison, 1992: 98; Kemp, 1998: 122).

No seu surgimento, no século XIX, a objetividade mecânica carrega um sentido positivo e outro negativo. No pólo negativo, o ideal da objetividade visa ‘eliminar’ o observador, com a abstenção de sua mediação – uma ascese do pesquisador, com um sentido moral acentuado e valorizado. O ideal de ascese do pesquisador está presente também na escolha dos objetos e no registro dos fenômenos a serem observados. No pólo positivo do ideal de objetividade, a exigência é de cuidado, exatidão, paciência e perseverança na observação (Daston & Galison, 1992: 82; Kemp, 1998: 121). O ponto de junção dos dois pólos da objetividade mecânica é, nas palavras de Daston e Galison, uma

autodisciplina heróica: de um lado, a honestidade e a abstenção requeridas para desistir de julgamento, interpretação e mesmo testemunho dos sentidos [do pesquisador]; de outro, a concentração estrita necessária para observação e medida precisas, infinitamente repetidas horas a fio (Daston & Galison, 1992: 83).

A ciência mecanizada do século XIX está estreitamente vinculada à ciência ‘moralizada’. Se, por um lado, nesse período encontra-se em pleno vigor o movimento romântico, cujas características principais consistem, *grosso modo*, na valorização da subjetividade, da interioridade e das sensações corporais como fonte de conhecimento do mundo, por outro, em tensão com tal movimento, é praticamente senso comum nesta época a noção de que as máquinas seriam o modelo perfeito de determinadas virtudes humanas relacionadas ao trabalho: paciência, infatigabilidade, atenção permanente. O modo mecânico de obtenção de imagens – inicialmente a fotografia – é promissor para a produção de objetividade, pois como modo de registro elimina a mediação do observador fatigável.



Daston e Galison assinalam que o fato de que as máquinas “não têm outra escolha senão serem virtuosas” é percebido pelos cientistas – sabedores de sua própria falibilidade – como uma vantagem efetiva (Daston & Galison, 1992: 83). As máquinas ‘encarnavam’ o ideal não-intervencionista de objetividade. Os autores sustentam que a forma de objetividade científica tal como a conhecemos nos dias atuais é um *constructo* que emerge em meados do século XIX e é distinta, de um ponto de vista conceitual, das tentativas anteriores de ‘fidelidade à natureza’, quando outros ideais norteavam a prática científica.

As reproduções mecânicas eliminavam a mediação do artista que, mesmo pertencente à escola realista de pintura, como Gustave Courbet, por exemplo, reconheciam que a reprodução da natureza pelo homem era sempre uma interpretação do que estava sendo visto. Para efeito da ciência do final do século XIX, essa mediação era percebida como indesejada e nociva. A tecnologia da fotografia, que se expandiu nas últimas décadas do século XIX, foi tomada como um ‘antídoto’ contra a subjetividade da representação, embora seu uso fosse inicialmente caro, pouco prático e as imagens detalhadas de modo insuficiente (Daston & Galison, 1992: 101). Eventualmente, a parca nitidez das fotografias de peças anatômicas obrigava os editores de atlas de anatomia a recorrerem a artistas que reforçassem determinados traços, de modo a tornar as imagens mais contrastadas e, com isso, mais inteligíveis. Havia, da parte dos editores, uma preocupação explícita em reiterar que o uso de tais recursos não envolvia a possibilidade de alterações subjetivas nas imagens.

A restrição erigida contra a subjetividade do artista nas representações dos atlas foi um primeiro momento de uma longa série de constrangimentos que, nos termos de Daston e Galison eram, sobretudo, um movimento de autopolicimento e autocontrole dos cientistas autores de atlas, com um acentuado sentido moral e filosófico. A objetividade mecânica era acima de tudo uma forma de “escapar à tentação de impor sistemas, normas estéticas, hipóteses, linguagem e até elementos antropomórficos na representação pictórica” (Daston & Galison, 1992: 103). A restrição imposta aos artistas ilustradores tinha também um efeito sobre os próprios cientistas, que deveriam permanentemente se precaver contra suas tendências pessoais e se abster de interpretações do material observado.

O surgimento dos raios-X, em 1895, reaquece a tensão acerca da objetividade e da subjetividade relacionadas à produção de imagens técnicas. Se, por um lado, as imagens radiográficas são produto de alta tecnologia e são, indiscutivelmente – como resultado de

reações da física – imagens ‘objetivas’ do corpo, por outro lado, na medida em que não correspondem a nenhuma imagem existente no mundo concreto e real, sua interpretação passa a depender de modo inequívoco do olhar treinado e marcadamente subjetivo do especialista.<sup>59</sup> Sem a interpretação, esse tipo de imagem é incompreensível.<sup>60</sup> A ‘super-objetividade’ que carregam passa a estar sujeita, de modo intrínseco, à subjetividade do especialista com o olhar treinado.

A rigor, mesmo a fotografia – que em seus primórdios foi saudada como a ‘encorporação’ (*embodiment*) da objetividade da representação – entrou no debate acerca da objetividade da imagem técnica quando começou a ser utilizada mais largamente na documentação de casos clínicos ou como prova em tribunais. A discussão, já na época, levava em consideração tanto a necessidade de interpretação da fotografia em si, como o fato de ela ser produto de um fotógrafo individual que escolhera determinado ângulo, iluminação, fundo, filme e produtos de revelação que viriam a resultar na foto. Em suma, após um breve período em que pareceu que a imagem técnica havia sido a resposta definitiva às tensões no debate objetividade *versus* subjetividade **da** e **na** representação, a discussão voltava ao mesmo ponto, acrescida de novos recursos tecnológicos, mas no fundo mantendo-se a mesma.

Vale sublinhar, contudo, que a construção da objetividade – em conjunto com a autodisciplina e o autocontrole dos cientistas – como valor **moral** relevante para a produção de verdades científicas, desde fins do século XIX, passou ao largo de toda essa polêmica e contribuiu de modo decisivo, entre médicos e leigos, para a constituição da noção da imagem técnica médica como produtora de verdades inequívocas sobre o interior e o exterior do corpo humano.<sup>61</sup> Tal idéia encontra-se profundamente enraizada, em nossos dias, na cultura, conforme a observação etnográfica pôde tornar claro. A **maneira** como as tecnologias visuais – médicas e não-médicas – foram apropriadas pela medicina e de que modo foram articuladas à ‘verdade’ e à construção dos corpos é a questão a ser discutida a seguir.

---

<sup>59</sup> Além deste aspecto, a própria produção da imagem técnica é passível de variações em virtude de diferenças entre aparelhos, chapas fotográficas etc. Na era do computador, as imagens passaram a poder ser diretamente manipuladas, modificadas, otimizadas, uma discussão que será retomada na parte final desta tese.

<sup>60</sup> Esta questão atravessa todas as tecnologias de imagem médica desde então, um aspecto que emergiu de modo nítido no campo observado.

<sup>61</sup> É fundamental ressaltar que os médicos aos quais me refiro neste ponto **não** incluem os especialistas da área de imagem com quem mantive contato durante o trabalho de campo. Estes profissionais mostravam-se, de modo geral, profundamente cientes das vicissitudes da interpretação presentes na prática de sua

## 2.2. TECNOLOGIA DE IMAGEM, CULTURA VISUAL E MEDICINA

No decorrer do século XIX, com o avanço dos processos de automação industrial, a codificação, quantificação e otimização dos movimentos corporais – em especial dos trabalhadores nas fábricas – adquiriram uma importância sem precedentes, estimulando a produção de diversos estudos científicos sobre os movimentos corporais de seres humanos e animais. Gradualmente, vai-se estabelecendo uma configuração cultural em que a visualidade desempenha um papel central. Evidencia-se o quanto o processo de disciplinarização crescente alimenta as pesquisas em tecnologias de imagem que, ao serem transformadas em entretenimento, passam a ter um papel relevante na construção de uma cultura que se torna cada vez mais ‘visual’ e pervasiva, ancorada em imagens técnicas de toda ordem.

Uma enorme variedade de técnicas é então experimentada, todas elas contribuindo em alguma medida para a construção do olhar contemporâneo. Um exemplo interessante desses experimentos ocorreu no início do século XX, quando a técnica cinematográfica foi utilizada acoplada ao microscópio. Foram produzidos filmes que visavam à análise dos aspectos diminutos do interior do organismo, ultrapassando o escrutínio da superfície do corpo em direção à sua profundidade. Contudo, para a produção desse tipo de imagem, era tecnicamente necessário reduzir o objeto da observação à bidimensionalidade, pois caso contrário tornava-se impossível obter uma imagem microscópica.<sup>62</sup> Colocava-se o problema de como registrar e analisar o corpo vivo sendo ele tridimensional. As técnicas produzidas para a obtenção desse tipo de imagem – por exemplo, inserindo um aparelho na orelha de um coelho vivo, o que possibilitava a visualização microscópica da circulação sanguínea – transformavam concretamente o corpo em “parte de um sistema vivo que incorpora as tecnologias de sua representação” (Cartwright, 1995: xiv).<sup>63</sup>

---

especialidade.

<sup>62</sup> Para analisar tecidos mortos, destacados do corpo, pode-se incluir a peça anatômica em parafina para depois cortá-la em lâminas finíssimas com micrótomo – aparelho inventado para esta finalidade – e, em seguida, usar diversas técnicas com corantes químicos para destacar as células.

<sup>63</sup> Cartwright associa os modos microscópicos de representação e convenção aos códigos visuais vigentes no movimento modernista, em especial cubista (Cartwright, 1995: xiv, 99pp.). Uma característica central do cubismo consistia em uma visão bidimensional, simultânea e fragmentada de diversos pontos de vista, que desafiava frontalmente não só a perspectiva como também as premissas culturais nas quais esta se inscrevia. As imagens microscópicas de estruturas do organismo apresentam-se totalmente abstratas, não podendo ser aferidas pelo olho nu. A rigor, a possibilidade de visão microscópica existia desde o século XVII, quando foi inventado o microscópio de lente única pelo holandês Anton van Lëuwenhoek. O ponto aqui em discussão é

A célula – o elemento mais essencial do organismo vivo – vista ao microscópio, não corresponde a nenhum objeto visível no mundo real. Ela só ‘existe’ na cultura como uma representação totalmente abstrata, obtida por meio das lentes do microscópio. Essa visualização contribuiu para a construção de novos códigos visuais no tocante ao organismo e, em última instância, à ‘vida’. A imagem da célula é uma imagem técnica produzida, sem um referente no mundo real. Essa nova possibilidade abre uma dupla perspectiva para a construção social do corpo: por um lado, ultra ‘objetiva’, ‘concreta’, visualizada nos mínimos detalhes; por outro, ‘pura’ imagem, abstração total, de certo modo, ‘hiperreal’, nos termos de Baudrillard.<sup>64</sup>

Portanto, nos dias atuais, tecnologia, imagem técnica e cultura visual encontram-se articuladas de modo inextricável, posto que são elementos de um mesmo processo. Passo a examinar alguns aspectos específicos que podem ser esclarecedores para o objeto desta pesquisa, mais precisamente avançando a discussão acerca de como a imagem técnica médica adquiriu a credibilidade de que hoje desfruta.

### **2.2.1. Imagem técnica e medicina**

A natureza mecânica da produção de imagens técnicas contém o legado do paradigma positivista no qual a fotografia foi gerada. As imagens estiveram presentes nos discursos e na prática científica desde muito antes da fotografia, conforme explorado acima. Pouco após o seu surgimento, a fotografia foi largamente utilizada nos estudos médicos e de outras disciplinas, como a antropologia e a antropometria, sendo considerada uma técnica perfeita para registro de aspectos anatômicos e morfológicos do corpo humano (Sturken & Cartwright, 2001: 284). Usou-se fotografia para catalogar tipos físicos, doenças, e identificar cidadãos no século XIX – a imagem estática destacada do indivíduo, permitindo um perscrutamento mais detalhado.

A utilização ‘científica’ da fotografia inscreve-se em um contexto no qual as teorias de degeneração encontravam-se em pleno vigor, de modo que essa imagem técnica fornece munição para extensas argumentações ‘objetivas’ sobre a diferença. Foram construídas diversas verdades ‘científicas’ sobre as raças a partir de estudos fotográficos. A frenologia

---

a apropriação da microscopia pelo cinema e seu papel na construção do olhar modernista. Para uma discussão aprofundada a este respeito, cf. Cartwright (1995: 81pp).

<sup>64</sup> O termo **hiperreal** foi cunhado por Baudrillard para designar “um mundo no qual os códigos de realidade são usados para simular a realidade em casos nos quais não há referente no mundo real” (Sturken &

– popular entre os anos 1820-50 – e, mais tarde, a craniologia partiam do pressuposto de que o aspecto físico era indiciário do desenvolvimento moral e intelectual (Sturken & Cartwright, 2001: 281). A fisionomia – a interpretação da aparência e da configuração do corpo, especialmente da face – motivo de interesse desde longa data,<sup>65</sup> ganha novo impulso com o advento da fotografia (Sturken & Cartwright, 2001: 282). Duchenne de Boulogne tenta estabelecer a universalidade da expressão humana em um projeto fotográfico. Jean Martin Charcot e o fotógrafo Albert Londe, na Salpêtrière, documentaram crises histéricas em fotografias seqüenciais, chegando a elaborar alguns estudos visuais que reconstituíam o movimento corporal dos pacientes em crise. Para Charcot, a observação forneceria a chave para o entendimento de diversas doenças, e a fotografia seria o meio ideal para a ampliação da capacidade de observação (Sturken & Cartwright, 2001: 284).

A câmera fotográfica foi utilizada das mais variadas maneiras, tanto colocando-a em balões para obter vistas aéreas,<sup>66</sup> como acoplando-a a microscópios. Em um processo dinâmico, essa diversidade de utilizações compatibilizava-se com a valorização cultural modernista do início do século XX, de obtenção de vários pontos de vista simultâneos, e viria a desempenhar um papel significativo na construção do olhar que sustentou o surgimento do cubismo e da arte abstrata, considerados a grande ruptura de paradigma na cultura visual ocidental.

### 2.2.2. Os raios-X e a ‘transparência’ do corpo

Em fins de 1895, na Alemanha, Wilhelm Konrad Röntgen produz pela primeira vez os RX, em um experimento com raios catódicos em seu laboratório.<sup>67</sup> No início de 1896, foi realizada a primeira radiografia – a da mão de Bertha Röntgen – e a partir de então, o novo tipo de raio luminoso rapidamente passou a ser utilizado na medicina (Porter, 1997: 605) **[Figura 12]**.

---

Cartwright, 2001: 357).

<sup>65</sup> Barthélemy Coclès, em 1533, publicou o livro *Physiognomonica* (Sturken & Cartwright, 2001: 282).

<sup>66</sup> O primeiro a fazê-lo foi o fotógrafo Nadar.

<sup>67</sup> Röntgen (1845-1923) era professor de física em Würzburg e, em 1901, recebeu o prêmio Nobel de Física por seu trabalho.



**Fig. 12 - Mão de Bertha Röntgen, janeiro 1896**

Cartwright aponta uma ambigüidade que surge com as primeiras imagens proporcionadas pelos RX: o registro radiográfico do interior do corpo **vivo** apresenta um esqueleto – figura icônica da **morte** (Cartwright, 1995: 121). A produção de um tipo de raio luminoso, invisível na claridade, que devassava corpos antes opacos e produzia imagens gerou, segundo esta autora, uma reação ruidosa no público, designada como ‘RX-mania’. As imagens radiográficas funcionaram, na época, ao mesmo tempo como “ícones, fetiches e artefatos de saúde, vida, sexualidade e – mais significativamente – de morte” (Cartwright, 1995: 107). A possibilidade de visualizar o interior do corpo faz parte da mesma estrutura conceitual que, no século XIX, ancorara a subjetividade no corpo, conforme apontado anteriormente. Ver o seu interior equivalia, portanto, a devassar a alma dos sujeitos, com graves conseqüências morais e sociais, idéia que pode ser ilustrada pelo tom indignado de uma nota publicada no *Pall Mall Gazette*, em março de 1896 [Figura 13].<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> “Estamos enojados com os raios Röntgen. Diz-se agora, esperamos que inveridicamente, que Mr. Edison descobriu uma substância – seu nome repulsivo é tungstato de cálcio – que potencializa (o que quer que isto queira dizer) os ditos raios. A conseqüência disto parece ser que se pode ver os ossos das outras pessoas a olho nu, e também ver através de oito polegadas de madeira sólida. Não há necessidade de nos estendermos sobre a revoltante indecência disto. Mas estamos chamando seriamente a atenção do Governo para o fato de que, no momento em que o tungstato de cálcio se tornar de uso geral, haverá necessidade de legislação restritiva do tipo mais severo possível. Olhar através da porta de uma pessoa é um crime tão sério quanto falsificar seu nome, e fazê-lo sem autorização deveria realmente ser punido com uma longa estadia de

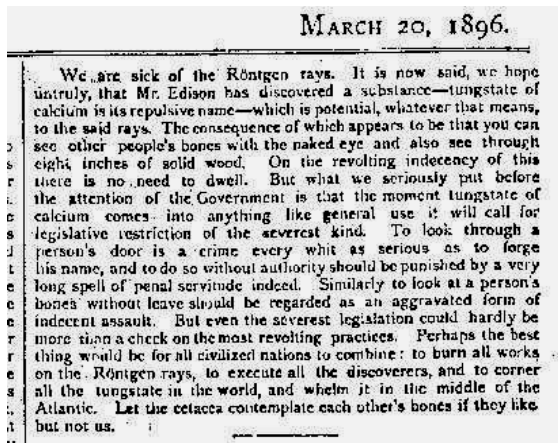


Fig. 13 - *Pall Mall Gazette*, março 1896



Fig. 14 - *Life Magazine*, fevereiro 1896

As significações de invasão sexual e de morte – com a visão do esqueleto – provocaram intensa rejeição por parte do público. Segundo Cartwright, o motivo real do escândalo consistia, contudo, no fato de que estava em jogo o texto cultural inscrito na superfície do corpo e nos órgãos, pois as primeiras imagens radiográficas aboliam – dentre outros aspectos – a identidade sexual, por não evidenciarem a genitália e a musculatura. Desse modo, códigos há muito utilizados para o estabelecimento de identidades estavam sendo ameaçados (Cartwright, 1995: 117, 119). Alguns espiritualistas encararam a imagem radiográfica como a imagem da alma – o que forneceu elementos para que a nova tecnologia fosse intensamente atacada e ridicularizada pela imprensa (Cartwright, 1995: 121) [Figura 14].

A produção de um ‘olhar’ que literalmente atravessa sujeitos contribui decisivamente na reconfiguração do corpo. Constitui-se uma nova possibilidade: a dissecação realizada exclusivamente pelo olhar. Ao mesmo tempo em que a imagem radiográfica privilegia a visão para o estabelecimento de diagnósticos – em detrimento de outros recursos utilizados na semiologia médica –<sup>69</sup> o corpo tornado transparente também

---

trabalhos forçados na prisão. Da mesma maneira, olhar os ossos de outra pessoa sem permissão deveria ser encarado como uma forma grave de atentado ao pudor. Mas mesmo a legislação mais severa só poderia, no máximo, controlar as práticas mais revoltantes. Talvez a melhor coisa fosse que todas as nações civilizadas estabelecessem um pacto: queimar todos os trabalhos sobre os raios Röntgen, executar todos os descobridores, juntar (isolar) todo o tungstato do mundo, e afundá-lo no meio do Atlântico. Deixem os cetáceos, e não nós, contemplarem os ossos uns dos outros” (*Pall Mall Gazette*, 1896).

<sup>69</sup> Tais como ausculta, palpação e percussão do corpo do doente, procedimentos que demandam o uso da audição e do tato do médico. Até o surgimento da radiografia, a visão possibilitava apenas o exame

já não é mais o mesmo. Cartwright considera a tecnologia dos RX como:

(...) um instrumento cultural ao mesmo tempo pervasivo e perverso, na medida em que traz uma confusão entre público e privado, entre fantasias populares e conhecimento especializado, e entre discurso científico, arte pura e cultura popular (...) [Do ponto de vista estético] os RX são simultaneamente góticos e modernistas; como ferramenta médica, foi vista como uma técnica que podia destruir ou salvar vidas (...) (Cartwright, 1995: 107).

De acordo com esta autora, o público percebeu de modo claro que os RX consistiam em um modo radicalmente novo de ver e organizar o corpo e tentou apropriar-se desse novo olhar (Cartwright, 1995: 121). Simultaneamente, consolidava-se também a noção de que a tecnologia possibilita ‘descobrir’ verdades não acessíveis ao olho humano ‘puro’. O ponto mais relevante no tocante à presente discussão é que, através do uso em larga escala pela sociedade das imagens técnicas, de forma disseminada, reforçava-se a noção da importância das evidências empíricas, que passaram a ser entendidas nas sociedades industrializadas como sinônimo de imagens produzidas pela tecnologia (Sturken & Cartwright, 2001: 285).

A tecnologia visual emerge como um novo poder – altamente complexo e de compreensão inacessível ao público leigo – produtor de saberes sobre o corpo radicalmente distintos dos existentes até então. A invenção dos RX insere-se nesse campo epistemológico: a visão do interior do corpo por meio de raios invisíveis carrega em seu bojo, ao mesmo tempo, uma ‘superobjetividade’ e um sentido fantasmagórico, mágico.<sup>70</sup> Outra fusão paradoxal é evidenciada pelo fato de que a imagem necessita ser interpretada por um olhar especialista, reintroduzindo de modo marcante a subjetividade para que ela produza algum significado. A ‘superobjetividade’ passa, portanto, necessariamente, pela subjetividade do operador.

A designação da letra ‘X’ para o novo tipo de raio luminoso produzido por Röntgen deveu-se ao fato de ser uma radiação até então desconhecida (Cartwright, 1995: 111). Na

---

ectoscópico do doente. Estes recursos continuam sendo utilizados nos dias atuais. O ponto aqui ressaltado é a construção de uma nova possibilidade de utilização da visão, através do uso de radiografia.

<sup>70</sup> O termo ‘fantasmagoria’ foi utilizado por Theodor Adorno e Walter Benjamin para descrever formas de representação surgidas depois de 1850 e que ainda vigoram na contemporaneidade. Para Adorno, a fantasmagoria significava “(...) o ocultamento da produção por meio da aparência externa do produto (...) esta aparência externa pode reivindicar o *status* de ser. Sua perfeição é ao mesmo tempo a perfeição da ilusão de que um trabalho artístico é uma realidade *sui generis* que se constitui sozinha no reino do absoluto, sem ter que renunciar à sua reivindicação de refletir o mundo” (Adorno *apud* Crary, 1999b: 132). Fantasmagoria foi um tipo específico de apresentação de lanterna mágica, no final do século XVIII e início do XIX, que usava retroprojeção para que a audiência não visse as lanternas (Crary, 1999b: 132).



produção de imagens radiográficas, coloca-se uma questão peculiar concernente à fantasmagoria e, conseqüentemente, ao poder intrínseco contido nessa ocultação. A fotografia consistia em um registro, sobre uma emulsão específica, de intensidades variáveis de um tipo de radiação luminosa visível: a luz comum. No tocante aos RX, o registro de sua existência dava-se **única e exclusivamente** pela produção da imagem, sobre a emulsão fotográfica, de um corpo – ou partes dele – atravessado pela radiação. Assim como ocorrera com as imagens microscópicas, a única ‘prova’ da existência dos RX era a imagem técnica produzida na emulsão fotográfica. Os RX eram representados, nos primeiros anos após a sua ‘descoberta’, como uma “força natural que tinha que ser controlada e domesticada, para dela se fazer bom uso” (Cartwright, 1995: 110). Cartwright chama a atenção para o fato de que a ‘descoberta’ de Röntgen, na realidade, consistiu na invenção de uma técnica de produção de imagens, e não na descoberta de uma ‘força natural’, conforme freqüentemente foi referida nos primeiros anos (Cartwright, 1995: 111). A idéia corrente de descoberta de uma força natural ‘oculta’, ao invés da noção de uma radiação produzida em laboratório, contribuía para a atribuição do caráter fantasmagórico aos RX. Reforçava-se desse modo a fusão, acima discutida, entre o cientificismo do final do século XIX e o incitamento à imaginação. Os estudos iniciais de Röntgen foram cercados de segredo, pois ele temia que sua boa reputação no meio científico fosse abalada ao trazer a público as imagens obtidas com RX, mostrando o esqueleto – símbolo de morte (Cartwright, 1995: 114).

Esse novo corpo tornado ‘transparente’ representa uma mudança qualitativa no tocante à construção social do corpo humano e gera uma série de paradoxos. O seu interior torna-se ‘público’; ao ser radiografado o corpo vivo, a imagem obtida é um ícone da morte; o devassamento do interior é altamente erotizado e as imagens radiográficas carecem de indicações sobre o gênero do sujeito, que só se faz presente na radiografia quando existem objetos radiopacos, como brincos, colares, anéis. A própria noção de ‘transparência’ também é reconfigurada, uma vez que essa nova transparência – impregnada da opacidade do corpo – é bem diversa da vigente no modelo clássico de visualidade, o da *camera obscura*.

No decorrer das primeiras décadas do século XX, operou-se uma modificação na representação dos RX na cultura leiga,<sup>71</sup> com a introdução do escaneamento pulmonar em

---

<sup>71</sup> Utilizo ‘cultura leiga’ em contraposição à ‘cultura médica’.

massa, na saúde pública, visando ao controle da tuberculose. O processo de mudança na representação dos RX ocorreu por meio de grandes campanhas veiculadas no cinema: passou-se de um ícone da morte para um ícone da saúde. Padrões sexuais e raciais de beleza, inscritos na superfície do corpo, são transferidos para padrões de qualidade ‘interior’: o estado de saúde dos pulmões e do esqueleto. A imagem radiográfica, anteriormente codificada como ‘morte’, adquiriria desse modo o significado oposto, como modelo normativo de um corpo saudável (Cartwright, 1995: 155).

A ‘onisciência’ da ciência – materializada nas novas tecnologias que dissecam o corpo pelo olhar – reconfigura e reforça a interioridade ‘concreta’ dos indivíduos, acrescentando a ela o bom estado de saúde como um valor moral. Uma grande parte das campanhas de divulgação do controle da tuberculose por escaneamento torácico era dirigida às mulheres, e funcionava em um registro duplo: por um lado, a mulher era valorizada como um agente de saúde na família; por outro, caso não se engajasse na campanha, tornava-se uma ameaça secreta à saúde da sociedade, posto que a doença só se revelava clinicamente em estágio mais avançado (Cartwright, 1995: 146). A transparência do corpo, entre outras finalidades, respondia também pela manutenção de uma determinada ordem social através da vigilância sobre o interior dos corpos. Contudo, a característica estática da fotografia e da imagem radiográfica mostrava-se inadequada para a fisiologia, eminentemente dinâmica e dedicada ao estudo científico dos fenômenos vitais.

### **2.2.3. Estudos do movimento e controle dos corpos**

Ao longo do século XIX, o corpo tornou-se gradualmente objeto de escrutínio mais detalhado com a utilização da imagem técnica em diferentes abordagens: em seus aspectos **exteriores**, **interiores** e nas **relações espaciais**. No tocante aos aspectos **exteriores**, foi registrado pela fotografia que, impregnada em suas origens pelo paradigma positivista, produzia sobre ele ‘verdades objetivas’. Os aspectos **interiores** foram devassados, de um ponto de vista literal, com os RX. As **relações espaciais** foram exploradas nos estudos fotográficos científicos de corpos em movimento, que viriam a dar origem, mais adiante, ao cinema. Um exemplo significativo desses estudos foi o uso da fotografia como registro gráfico do movimento, realizado em fins do século XIX por Étienne-Jules Marey, na Estação Fisiológica, em Paris. Seu experimento consistiu em realizar um registro

---

fotográfico de um corpo humano ao caminhar. O modelo encontrava-se vestido de negro da cabeça aos pés, com pontos brancos sobre a roupa marcando as articulações, e linhas brancas ao longo dos membros [Figura 15]. Movia-se caminhando contra um fundo, também negro, e ao serem realizadas fotografias seqüenciadas sobre uma mesma chapa era formado um gráfico [Figura 16].

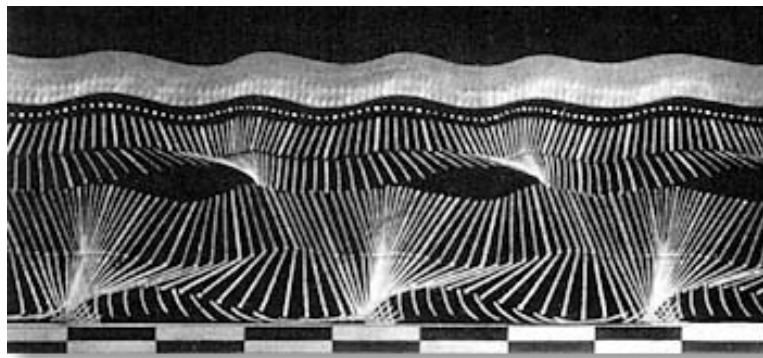


Fig. 15 - Modelo negro de Marey

Fig. 16 - Registro cronofotográfico, Étienne-Jules Marey

O objetivo de Marey era registrar fotograficamente – portanto, o mais fielmente possível, do ponto de vista da objetividade mecânica – o movimento, com o propósito de pesquisa e análise. Contudo, seu experimento, ao abolir a corporalidade através do artifício de fotografar o modelo negro sobre um fundo igualmente negro eliminava os elementos pictóricos e espaciais associados às fotografias. Desse modo, transformava diretamente a fotografia em um registro gráfico, abstrato. Seu objetivo consistia em estabelecer uma norma sobre o movimento e, em um certo sentido, o uso que fez da fotografia pode ser considerado o inverso do uso da mesma técnica por Mathew Brady – em trabalho sobre jurisprudência criminal – e, mais tarde, Alphonse Bertillon, Francis Galton e outros que tentaram estabelecer um código fisiognômico de interpretação visual de signos corporais, inscritos na superfície dos corpos.<sup>72</sup> O modelo negro de Marey tornava esses signos

<sup>72</sup> Alphonse Bertillon, no século XIX, criou um sistema de medição para identificar os ‘tipos corporais criminais’. Utilizou fotos de frente e perfil como meio de determinar características corporais que pudessem

invisíveis (Cartwright, 1995: 35). Entretanto, em um outro plano, o trabalho de Marey e os de Bertillon e Galton podem ser considerados complementares, pois ao procurarem registrar e estabelecer desvios, a frenologia e a craniologia buscavam, em última instância, uma estabilização da norma.

Cartwright sublinha que os registros fotográficos utilizados por Brady e outros eram essencialmente anatômicos e estáticos, enquanto os estudos de Marey estavam voltados para transformações físicas – sendo dinâmicos e fisiológicos, portanto. A cronofotografia de Marey pode ser considerada uma técnica disciplinar, na medida em que facilitava o estabelecimento de uma economia dinâmica produtiva do corpo. Através da teorização acerca das forças que impulsionavam o corpo para o movimento, o pensamento e a ação, seus estudos contribuíam para a determinação de uma taxa mais eficiente de locomoção e para um uso mais eficaz dos membros nas Forças Armadas, na indústria e no atletismo (Cartwright, 1995: 37).

Diversas técnicas para o estudo do movimento foram desenvolvidas nesse período, muitas delas estreitamente vinculadas às pesquisas da biologia e da fisiologia – vale sublinhar, disciplinas surgidas no século XIX, voltadas para o estudo da ‘vida’.<sup>73</sup> Estava presente a possibilidade de reconstituição técnica do movimento, motivo de forte controvérsia nos meios acadêmicos. De acordo com Cartwright, Marey recebeu o cinematógrafo de Lumière com grande ceticismo, pois este, ao produzir ilusão no espectador representando o movimento, trazia problemas metodológicos para a análise do mesmo. O interesse de Marey consistia em medir a diferença entre imagens sucessivas, um projeto que não foi adiante com o surgimento da projeção fílmica. O livro de Marey, *Le mouvement*, de 1894, descreve em suas últimas páginas a reconstrução do movimento, denotando que Marey estava perfeitamente ciente desta possibilidade. O ponto relevante na questão consiste em que o projeto epistemológico da fisiologia do movimento é oposto ao da experiência empírica ilusória do mesmo, vivida pelo espectador do cinematógrafo (Cartwright, 1996: 38). Aparentemente, os aspectos lúdico e de espetáculo relacionados à

---

ser associadas à criminalidade. Esse sistema é até hoje utilizado na identificação criminal (*mug shots*). Na mesma época, Cesare Lombroso acreditava também que a criminalidade tinha raízes biológicas e que se podia estabelecer que traços corporais eram indicativos de uma ‘constituição criminoso’ (Sturken & Cartwright, 2001: 95).

<sup>73</sup> Sobre estas técnicas, a quimografia, a cronofotografia e outras, cf. Cartwright (1995: 17pp.). A correlação entre estudos de movimento e a busca de compreensão do fenômeno da ‘vida’ pela imagem dinâmica torna-se tangível na pessoa de Auguste Lumière, um dos inventores do cinematógrafo, e que esteve, ao longo de sua vida, profundamente comprometido com a biologia médica, a farmacologia e a fisiologia experimental

visualização e à recriação do movimento preponderaram sobre o cientificismo estrito de Marey e, conforme já vimos, este consumo de ilusão encontrava-se inscrito em um contexto cultural mais abrangente.<sup>74</sup> É possível também considerar tal deslizamento como parte de um mesmo dispositivo disciplinar: de acordo com Cartwright, o aparelho para registro do movimento foi fundamental para a emergência de um novo conjunto de técnicas visuais para controle e regulação social. O olhar anátomo-clínico, empírico e qualitativo, do século XVIII e início do XIX, descrito por Foucault,

(...) superpõe-se e é ao mesmo tempo desafiado pelo olhar incansavelmente analítico e quantitativo [da Ciência do século XIX] (...) [Constitui-se dessa forma] um modo de percepção cuidadosamente incubado nos laboratórios dos fisiologistas e cientistas médicos, que encontra sua expressão em uma mescla pouco razoável de instituições e práticas, incluindo o hospital, o cinema popular, o experimento científico e a produção artística modernista (Cartwright, 1995: xiii).

Para esta autora, o surgimento do cinema, no final do século XIX, correspondeu, ao mesmo tempo, a “uma instituição e um instrumento para monitoramento, regulação e, em última instância, construção da ‘vida’ na cultura modernista da ciência médica ocidental” (Cartwright, 1995: xi). O cinematógrafo de Lumière e os RX vieram a público no mesmo ano – 1895 – e apresentam ligações muito concretas: os irmãos Lumière, assim como Edison,<sup>75</sup> realizaram experimentos com emulsões sensíveis aos RX logo após Röntgen apresentar seu trabalho em público (Cartwright, 1995: 109). Foram produzidos filmes em RX que, de certo modo, reconstruíam as superfícies tridimensionais anteriormente descartadas na radiografia estática, por evidenciarem o interior do corpo humano em movimento (Cartwright, 1995: 108).

A invenção acelerada de diversas tecnologias visuais corrobora a existência de uma acentuação no processo de devassar e controlar o indivíduo. No mesmo movimento, é reiterada – por meio da visualização tecnológica – a existência do interior do corpo e sua singularidade. Há, no entanto, uma ambigüidade nesse processo de reforço de interioridade, uma vez que ele se dá sustentado por uma externalização do interior do corpo: os RX

---

(Cartwright, 1995: 1).

<sup>74</sup> Cf. capítulo 1, item 1.2.1. É interessante notar que parece haver uma recorrência nesse tipo de transformação, a lembrar da apropriação popular dos aparelhos óticos, desde a *camera obscura*, passando pelo estereoscópio e outros objetos óticos, como discutido no capítulo 1 e, conforme será visto mais adiante, com a popularização de diversas tecnologias de imagem médica, em especial o ultra-som obstétrico.

<sup>75</sup> Thomas Alva Edison patenteou também um aparelho – o kinetoscope – em 31/08/1887, que permitia a visualização, por uma pessoa de cada vez, de imagens fotográficas seriadas de ações que, passadas em sucessão rápida, produziam uma ilusão de movimento similar à do cinematógrafo.

trazem um aspecto privado do corpo – os órgãos internos e seu estado de saúde – para a visualização pública (Cartwright, 1995: 152). Assim, pode-se pensar em tal exposição como uma reafirmação concreta da existência de um interior. Na medida em que, tomando-se o sentido biopolítico, a vida e conseqüentemente a saúde são a pedra de toque fundamental para o biopoder, a exposição do interior do corpo – seja em busca de um diagnóstico, seja como reafirmação do estado saudável – torna-se um procedimento com significado positivado, como uma culminação do longo processo de neutralização do horror da visualização das entranhas iniciado com Vesalius, no Renascimento, tendo como produto final o incitamento e a produção do prazer nesta visualização.

Através da visualização proporcionada pela imagem técnica médica, revela-se um aspecto constitutivo da Pessoa na sociedade contemporânea: o indivíduo pode – e eventualmente, **deve** (como nas campanhas de escaneamento torácico) – ser escrutinado, visualizado, estudado e normatizado, ao mesmo tempo em que se reforçam as suas especificidade, singularidade e interioridade. Constrói-se assim um novo sujeito, que tem a percepção de si mesmo reconfigurada ao incorporar culturalmente a imagem do interior de seu organismo e ter reafirmado seu estado saudável – ou delimitada visualmente a sua ‘doença’.<sup>76</sup> Esse novo olhar perscrutante acarreta transformações dramáticas na prática médica, assim como na cultura visual. A imagem técnica torna-se um importante instrumento para a produção de ‘verdades’, via tecnologia, sobre esse indivíduo, incorporando-se – com e sem trocadilho – na construção do corpo.

#### 2.2.4. Digitalização da imagem e concepções de corpo e Pessoa

Segundo Marcel Mauss, a ‘pessoa’, ou o ‘eu’, é uma categoria construída culturalmente com diferentes atributos: racionalidade, ação, participação, gênero – que dependem do local e da época em que se inserem. Para ele, a Pessoa é uma categoria ‘embutida’ em um corpo físico, mas independente da fisicalidade, na medida em que é configurada histórica e culturalmente (Dumit, 1997: 83). Mauss chama a atenção para o fato de que o ‘eu’ é, na realidade, resultado das vicissitudes de um processo ao longo de muitos séculos “a ponto de, ainda hoje, ser flutuante, delicada, preciosa e estar **por ser elaborada**” (Mauss, 1974: 209) (Grifo acrescentado). Para este autor, nos últimos dois

---

<sup>76</sup> A rigor, apenas a **possibilidade** de obter informações visuais do interior do corpo, mediadas pela tecnologia, já introduz uma reconfiguração na construção social do corpo, independente de o indivíduo se

séculos,

(...) [A categoria do 'eu'] Longe de ser a idéia primordial, inata, claramente inscrita no mais profundo do nosso ser desde Adão, eis que ela continua ainda em nossos dias, lentamente, a edificar-se, a esclarecer-se, a especificar-se, a identificar-se com o conhecimento de si, com a consciência psicológica (Mauss, 1974: 237).

Na sociedade ocidental moderna, marcada pelo Individualismo (Dumont, 1993), há uma coincidência entre o sujeito empírico, o Indivíduo-valor e a Pessoa. A Pessoa é limitada pelas fronteiras do próprio corpo, em comparação com as culturas nas quais a linhagem, o totem e o grupo, por exemplo, configuram de maneira diversa a idéia de Pessoa, conforme exposto acima. A concepção moderna de Pessoa é caracterizada por sua indivisibilidade e autonomia, em contraste com outras concepções, nas quais o grupo é o portador da identidade do sujeito (Duarte, 1986: 37). Louis Dumont relativiza radicalmente a noção de Pessoa, ao especificar a ideologia moderna do Individualismo neste *constructo*.<sup>77</sup> Como exemplo, a noção de Indivíduo como valor, presente nas sociedades de cunho individualista, igualitário, e ausente nas sociedades holistas, hierárquicas – nas quais o valor está no conjunto social e na organização da sociedade visando fins coletivos. Nas sociedades hierárquicas, cada sujeito contribui para uma ordem global, enquanto nas sociedades de cunho individualista a organização da sociedade tem como meta a felicidade individual (Dumont, 1992: 57).

O caráter histórico e cultural da categoria de Pessoa implica diretamente o fato desta estar em constante elaboração, em um processo de realimentação com a sociedade e seus valores: informada e configurada por eles e, ao mesmo tempo, informando este mesmo sistema de valores. No decorrer do século XX, na sociedade ocidental, a tecnologia vem contribuindo de forma marcante na reconfiguração da Pessoa, por exemplo modificando a relação do homem com o tempo e o espaço, através do desenvolvimento das tecnologias de comunicação e da invenção de novos meios de transporte. A noção de digital, em contraposição ao analógico, produz um sem número de novas inflexões na cultura em geral e na 'cultura visual' em particular, conforme será visto adiante. O aspecto

---

expor objetivamente ao escrutínio tecnológico de imagem médica.

<sup>77</sup> Através do estudo sobre a hierarquia na sociedade indiana, Dumont visa apreender intelectualmente outros valores e, assim, obter uma visão antropológica dos valores vigentes em nossa própria sociedade (Dumont, 1992: 50). O entendimento do sistema de castas – o oposto da moderna ideologia igualitária – permite uma visão relativizada da sociedade ocidental contemporânea, impedindo que esta seja tomada como 'verdade universal' ou a expressão 'adequada' da vida social. Segundo Dumont, a comparação evidencia que a ideologia presente nas sociedades determina e configura os valores nelas vigentes.

que diz respeito mais diretamente a este trabalho consiste nas reconfigurações do corpo e da Pessoa articulados a estas novas tecnologias.

A vasta gama de recursos tecnológicos atualmente utilizada na medicina, remodela, de modo mais específico, diversas noções concernentes à corporalidade e à consciência de si e, conseqüentemente, desempenha um papel relevante nas reconfigurações da Pessoa.<sup>78</sup>

Conforme vimos acima, o interesse pelo interior do corpo permeia a história da medicina ocidental com significados diversos, historicamente constituídos. Nas últimas décadas do século XX, diversas tecnologias de imagem médica – com grau crescente de sofisticação – foram inventadas. A tecnologia digital,<sup>79</sup> utilizada na medicina (tomografia computadorizada [CT],<sup>80</sup> ressonância magnética [MRI],<sup>81</sup> PET<sup>82</sup> *scan*, ultra-sonografia 3D), sobrepôs-se à analógica,<sup>83</sup> em uma inflexão no mínimo curiosa: para se obter uma imagem ‘mais fidedigna’ do corpo, os dados precisam passar por um algoritmo computacional notavelmente complexo. A imagem ‘mais real’ do corpo é também, simultaneamente, a mais artificial [Figuras 17-21].

---

<sup>78</sup> Diversos autores têm se dedicado a explorar o papel destas novas tecnologias na construção da Pessoa. Dentre estes destacaria Rapp (1997, 1998, 1999), Dumit (1997), Dumit & Davis-Floyd (1998), Fellous (1991), Petchesky (1987), Mitchell (1994).

<sup>79</sup> A tecnologia digital consiste em informações contidas em *bits* codificados matematicamente, cada um representando um valor distinto, separados entre si, o que permite manipulação e replicação imediatas. A digitalização de dados rompe a noção de ‘original’ e ‘cópia’ (Sturken & Cartwright, 2001: 353).

<sup>80</sup> Em 1967, foi desenvolvido um sistema em computador visando construir uma imagem corporal tridimensional. Processando cortes tomográficos de RX, tomados em diversos ângulos, obteve-se essa imagem, na qual o sombreado dependia da densidade dos tecidos. Posteriormente, a tomografia computadorizada sofreu refinamentos: diferentes densidades receberam colorações distintas. Com essa tecnologia, o corpo é dissecado pelos RX e recomposto digitalmente.

<sup>81</sup> A ressonância magnética explora o fato de que os átomos de hidrogênio – presentes em todas as moléculas orgânicas – vibram em uma determinada frequência quando bombardeados por energia magnética. A informação recebida, tratada por computador, gera imagens corporais tridimensionais em uma tela. Essa tecnologia permite que os processos fisiológicos sejam visualizados no momento em que ocorrem, sendo utilizada no monitoramento de cirurgias e no acompanhamento de doenças degenerativas. Proporcionando grande nitidez na visualização das partes moles do corpo, é eventualmente utilizada na gestação para dirimir dúvidas diagnósticas.

<sup>82</sup> Sigla para *Positron Emission Tomography*. Esse recurso tem a vantagem de não se utilizar dos RX, baseando-se no uso de glicose radioativa injetada nos pacientes. A glicose é um nutriente essencial para as funções do cérebro. As áreas cerebrais em atividade captam mais glicose e, portanto, emitem mais radiação, que é detectada por uma câmera que capta os raios- $\gamma$ . A análise computadorizada dos dados assim obtidos permite a identificação de áreas e padrões de atividade cerebral, assim como suas desordens. Pesquisaram-se acidentes vasculares cerebrais, convulsões, alucinações de esquizofrênicos, além de outras manifestações psíquicas (Porter, 1997: 610).

<sup>83</sup> A tecnologia analógica é a representação de dados através de propriedades físicas que expressam valor ao longo de uma escala contínua, como a fotografia, o disco de vinil, as fitas de gravador, nos quais os altos e baixos, os claros e escuros são medidos em uma escala de intensidade gradativa (Sturken & Cartwright, 2001: 349).



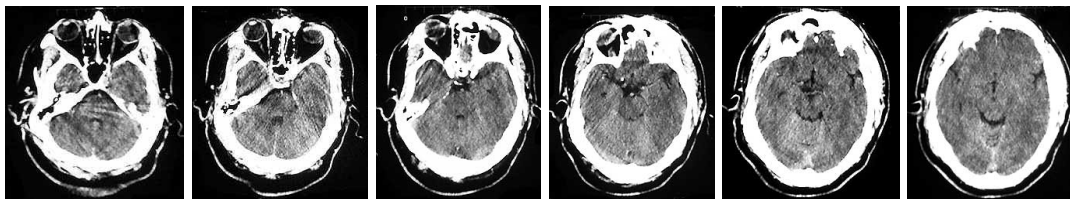


Fig. 17 - Cortes seriados de tomografia computadorizada de crânio [CT]



Fig. 18 - Ressonância magnética fetal [MRI]

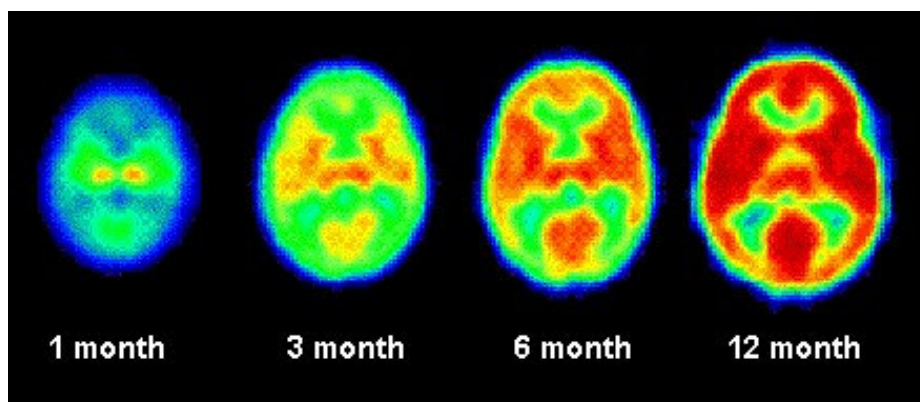


Fig. 19 - PET-scan do desenvolvimento cerebral de uma criança

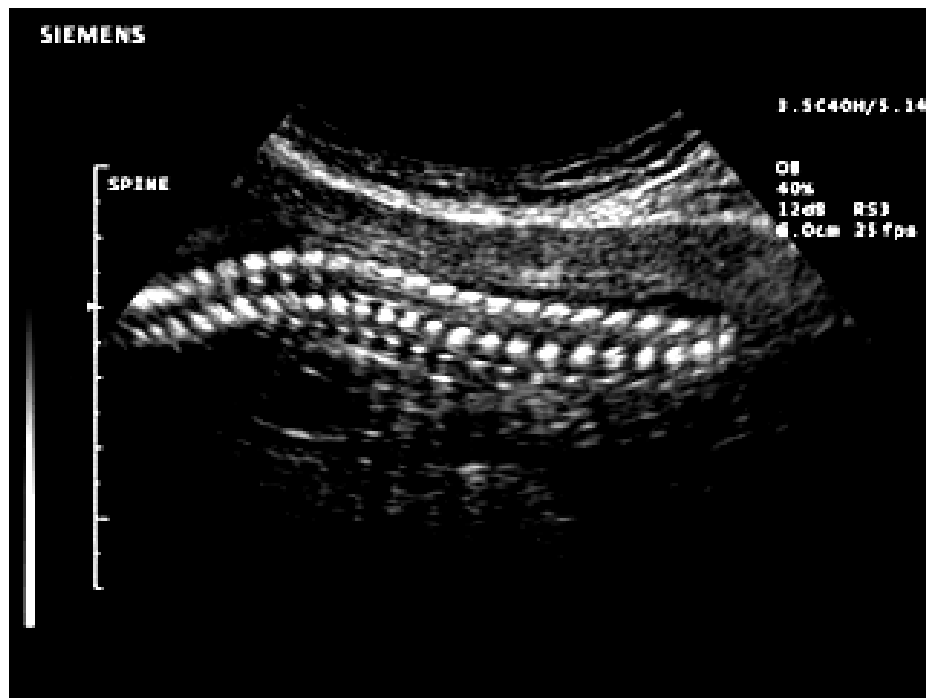


Fig. 20 - Ultra-sonografia obstétrica – coluna vertebral de feto de 11 semanas



Fig. 21 - Ultra-sonografia fetal 3D



Uma digressão se faz necessária neste ponto. A digitalização – que se ampliou de maneira pervasiva, abrangendo inúmeras áreas do cotidiano das sociedades modernas urbanas industrializadas – evidencia-se social e culturalmente com a construção de um entendimento peculiar do corpo, sendo o Projeto Genoma Humano uma das traduções possíveis. A idéia de um ‘mapa’ contendo informações sobre o corpo e o seu futuro corresponde de maneira exata à de um corpo ‘digitalizado’. O conhecimento de uma ‘verdade’ do corpo passa pelo conhecimento das ‘informações’ contidas nos genes, não mais apenas escrutinado visualmente (Sturken & Cartwright, 2001: 301). A ciência genética ocupa-se tanto com a identificação quanto com a localização dos genes que compõem o cromossoma humano, muitos deles ligados a doenças e à aparência física. Nesse particular, há uma semelhança evidente com as práticas de medições físicas que embasaram teorias raciais diversas. As diferenças anteriormente inscritas na superfície dos corpos passam a estar ‘ocultas’, codificadas nos genes.

De certa maneira, esta noção guarda uma similaridade com o impacto das imagens dos RX que ‘aboliam’ as diferenças da superfície e, mais adiante, estabeleciam que a ‘verdade’ e a ‘beleza’ do corpo encontravam-se ocultas no interior e passavam necessariamente pelo bom estado de saúde do indivíduo. Há uma utilidade potencial no mapeamento genético para o estabelecimento de ‘normas’. Para Sturken e Cartwright, a genética surge na cultura como um novo marcador – profundamente problemático – da diferença biológica e cultural. As ideologias discriminatórias sempre se basearam em práticas visuais, através de identificações e classificações do visível. A idéia de um marcador invisível, como o código genético, aparenta ser mais fixada e factual, fora do campo do discurso e do contexto histórico e social (Sturken & Cartwright, 2001: 302). As diferenças seriam ‘imutáveis’ – a menos que submetidas a terapias genéticas, por enquanto incipientes – o que reforça a idéia de que a socialização não é responsável nem efetiva na mudança de comportamentos, habilidades ou características psicológicas. A ciência genética é percebida como um campo separado, independente e auto-suficiente. Segundo estas autoras, o mapeamento genético humano foi aceito com entusiasmo na cultura médica e leiga, em grande parte por construir socialmente o corpo como um mapa digital acessível e decifrável (Sturken & Cartwright, 2001: 301). Essa noção reforça o lugar da ciência na cultura como um poder confiável e reconfortante: no futuro, as doenças poderão ser

resolvidas ‘na origem’, gerando uma “medicina sem surpresas” (Arney, 1982: 175).

De acordo com Sturken e Cartwright, o mapeamento genético constrói socialmente o corpo propriamente dito como se fosse constituído por um conjunto de *bits*. Por outro lado, as tecnologias de imagem digital – não necessariamente aplicadas à medicina – transformam o corpo em algo plástico e mutável. A técnica de *morphing* – animação computadorizada que funde um corpo virtual em outro – ultrapassa as barreiras externas das identidades inscritas **nos** e **entre** os corpos, não mais entidades invioláveis. Pode-se gerar a imagem de um corpo composto apenas por *bits* contendo informações referentes a diversos corpos. A computação gráfica permite a criação de uma Pessoa virtual, sem referente algum no mundo real, como ocorre, por exemplo, na criação do ‘envelhecimento virtual’ a partir de fotos de pessoas jovens, através de um programa computacional (Sturken & Cartwright, 2001: 306).<sup>84</sup>

As técnicas contemporâneas de imagem, como *morphing* e realidade virtual, indicam tanto a construção de um ‘corpo’ incorpóreo mutante, digital e digitalizável, como uma fusão – ou confusão – entre corpo e tecnologia, uma *cyborgização* que parece tornar fluida a fronteira entre o biológico e o tecnológico (Sturken & Cartwright, 2001: 307). A ultra-sonografia fetal é um exemplo bastante explícito precisamente dessa fusão, conforme será visto no material etnográfico.

### 2.2.5. Normatização, visualidade e consumo

Atualmente, vivemos cercados por imagens técnicas de toda ordem. Desde o final do século XIX, a visualidade passou a ocupar um lugar de destaque na relação do sujeito com o mundo, seja como uma forma de sociabilidade articulada com o crescente afastamento dos corpos no decorrer do processo civilizador – apontado por Elias (1994: 200) – seja como uma forma socialmente valorizada de prazer, com a indústria de entretenimento.

Para Sturken e Cartwright, as imagens técnicas simultaneamente “exercem poder e são instrumentos de poder” (Sturken & Cartwright, 2001: 93). No processo de valorização das práticas visuais, as tecnologias de produção de imagem ocupam um *locus* essencial, por possibilitarem uma ampliação da circulação de imagens. Em uma via de mão dupla, a

---

<sup>84</sup> Este procedimento possibilita a localização de pessoas, anos depois de desaparecidas, mostrando como seria a sua imagem ‘atualizada’, assim como a de criminosos fugitivos, muito tempo depois de terem sido

tecnologia produz formas mais eficazes de fabricar e divulgar imagens, e novos paradigmas emergem realimentando a cultura produtora de tais tecnologias. Como exemplo, o desafio às noções de ‘original’ e ‘cópia’, tão caras à tradição artística ocidental. A digitalização da imagem, isto é, sua transformação em informação matemática, implica a possibilidade imediata de recomposição, manipulação e repetição. As imagens digitais contêm, por princípio, o significado de que podem ser instantaneamente replicadas e infinitamente repetidas – e não ‘copiadas’, como ocorre nos processos analógicos.

A sociedade contemporânea, atrelada ao consumo contínuo de mercadorias, depende, para a sua manutenção, da constante produção e consumo de bens. As imagens são centrais para a ‘cultura de consumo’ e a publicidade visual apresenta cotidianamente o que ‘deve’ ser desejado, como a vida ‘deveria ser’ e quais pessoas ‘devem’ ser invejadas.<sup>85</sup> Dois dos elementos-chave da publicidade são o estabelecimento de um padrão ‘ótimo’ de beleza e de satisfação e a idéia de que o consumidor poderá se ‘transformar’ nesse indivíduo ‘padrão’ de beleza, de bem-estar ou de sucesso, adquirindo e utilizando os produtos veiculados pela publicidade. Sturken e Cartwright apontam que esta última freqüentemente “fala na linguagem do futuro” (Sturken & Cartwright, 2001: 189); nesse *constructo*, encontra-se implícita a valorização cultural do futuro, por meio da elaboração e da apresentação de imagens ideais na publicidade, que poderão ser alcançadas pelo observador. A idéia de um constante aprimoramento de si, via consumo, está presente de modo insistente. Dessa maneira, através de um processo bastante complexo, é estabelecido o ‘futuro’ como uma promessa e um valor nas sociedades de consumo.

O ponto relevante para a presente discussão consiste exatamente nessa construção de ‘futuro’ como um valor com caráter moral: ‘ser atrasado’ transforma-se em anátema nas sociedades industrializadas contemporâneas. Articulado estes aspectos, torna-se possível compreender por que e como a imagem técnica em geral torna-se altamente valorizada: ela está intrinsecamente impregnada de um sentido vanguardista de ‘futuro’, tão caro à cultura de consumo vigente. A valorização do ‘moderno’ colore de modo marcante as práticas na biomedicina e, em conjunto com a ênfase atribuída à visualidade na sociedade contemporânea, as diversas tecnologias de imagem médica passam a deter um lugar

---

fichados pela técnica tradicional dos *mug shots* (Sturken & Cartwright, 2001: 306).

<sup>85</sup> A questão do consumismo na sociedade ocidental é infinitamente mais complexa e para efeito de delimitar o escopo deste texto não é possível uma discussão mais aprofundada. Para uma exposição sobre a construção do desejo articulada com a cultura visual, na sociedade de consumo, cf. Sturken & Cartwright (2001: 189-236). Para uma melhor compreensão acerca do consumismo moderno, cf. Campbell (1987, 2001).

privilegiado na construção de noções médicas e leigas acerca do corpo. Corpos ‘modernos’ são conhecidos e configurados por uma tecnologia igualmente ‘moderna’. Este moderno corpo é um corpo valorizado, foco e fonte do prazer de olhar. A tecnologia de imagem médica encontra-se profundamente impregnada dos significados de ‘futuro’, ‘progresso’ e ‘conhecimento’. O objeto principal deste estudo – a ultra-sonografia obstétrica – representa de modo paradigmático essas noções, um aspecto importante para seu significado, tanto no meio leigo como no médico, conforme será discutido na Parte II.

O prazer de olhar e o seu correspondente – o de ser visto – são constantemente alimentados por novas tecnologias visuais. Todos olham para todos e, expandindo-se esse olhar, devassa-se também o interior dos corpos. Pensando na metáfora do panóptico de Bentham, utilizada por Foucault (1999), como um olho cuja vigilância – por sua invisibilidade – é constante, cabe a consideração de que as tecnologias visuais, médicas e não-médicas, constituem na atualidade um dos importantes dispositivos do biopoder para o gerenciamento da vida. A difusão e o constante desenvolvimento de tecnologias visuais de toda ordem permitem-nos pensar que o panóptico parece ter-se expandido em todas as direções, perscrutando simultaneamente todos os corpos, interna e externamente. Teria ocorrido, de certa forma, uma espécie de replicação ‘digital’, infinita e simultânea, do panóptico.

No mesmo movimento em que é construído esse novo tipo de corpo e de Pessoa, tão devassáveis pelo olhar, reforça-se o biopoder. Nesse processo, não apenas a vigilância constante é essencial – um panopticismo disseminado, por assim dizer – mas também a visualidade e a veiculação de imagens passam a exercer um relevante papel constitutivo e normativo. A publicidade contribui de modo marcante para tal normatização através da construção de padrões de beleza e adequação na sociedade de consumo. No mesmo movimento, as tecnologias de imagem médica atuam em duplo sentido: tanto estabelecem normas e padrões de saúde baseados na visualização dos órgãos internos, quanto se reafirmam elas próprias como as principais produtoras de ‘verdades’, médicas e leigas, sobre o interior do corpo. Desse modo, estabelece-se também uma dupla via de consumo: o de saúde e o de imagens do interior do corpo como contendo a ‘verdade’ sobre este, um aspecto pregnante no campo da ultra-sonografia obstétrica. Em tal contexto, constitui-se uma ligação estreita entre imagem técnica e construção social dos corpos, que são reconfigurados e passam a ser constituídos **também** por suas imagens, tanto externas como internas, produzidas tecnologicamente.

Na obstetrícia, os corpos fetais gradualmente tornaram-se foco de escrutínio e atenção médica e social, em parte como resultante de um processo de medicalização da gravidez e do parto vinculada à consolidação da obstetrícia como profissão, conforme será evidenciado nos capítulos 3 e 4. As tecnologias de imagem, mais especificamente o ultrassom fetal, desempenham um papel relevante nesse processo de escrutínio e vigilância, em uma via de mão dupla, uma vez que sua produção decorre das condições culturais e sócio-históricas nas quais a medicina está inserida, ao mesmo tempo em que a visualização propiciada por tais tecnologias produz novos significados, que passam a informar a cultura médica e a leiga. É importante sublinhar ainda que essa realimentação está inscrita em uma demanda de produção de imagens estreitamente vinculada à construção cultural do prazer de ver o interior do corpo, tema que será retomado na discussão final desta tese.

Tanto a construção do olhar quanto o processo de medicalização dos corpos em geral, e da gravidez e do parto em particular, assim como a constituição da obstetrícia como profissão, estão inscritos no amplo processo biopolítico que desemboca no momento atual e no qual vigoram o monitoramento e a vigilância como dispositivos do poder disciplinar. Nesse modelo, a visualidade desempenha um papel preponderante e a ultrasonografia fetal parece ser o ponto de articulação de diversos aspectos, conforme será visto a seguir.

### **CAPÍTULO 3**

## **MEDICALIZAÇÃO DA GRAVIDEZ E DO PARTO.**

O modo como a gravidez e o parto foram transformados em assuntos médicos é esclarecedor de diversos aspectos que configuram na atualidade o entendimento social acerca destes eventos. O sociólogo William Ray Arney (1982) estabelece um vínculo entre a constituição da obstetrícia como profissão médica e o processo de medicalização de tais fenômenos. Para isso, lança mão de arquivos históricos, a fim de examinar dois problemas: como a profissão se apropriou do parto e de que modo a obstetrícia protege a parturição como base do projeto obstétrico diante dos desafios internos e externos à autonomia da profissão e ao privilégio da prática. Ao fazê-lo, traça uma história da obstetrícia que é bastante esclarecedora para o entendimento de alguns dos processos que contribuíram para que a ultra-sonografia obstétrica ocupasse o lugar de destaque que atualmente desfruta entre as tecnologias de acompanhamento pré-natal.

Há duas histórias da obstetrícia: uma escrita pelos praticantes e a outra, pelos críticos. Se ambas estão de acordo quanto ao avanço da tecnologia, discordam na interpretação do desaparecimento das parteiras. De acordo com Arney (1982: 1, 6), há uma descontinuidade no desenvolvimento social da obstetrícia após a II Guerra Mundial. Segundo ele, há dois momentos cruciais na transformação da obstetrícia. O primeiro, quando os homens ingressam na profissão, ocupando o lugar das parteiras. O segundo, logo após a II Guerra Mundial, com a transformação qualitativa do modo de controle social sobre a mulher, a gravidez e o parto.

Para este autor, a prática obstétrica acompanha os paradigmas culturais vigentes que delimitam e configuram o entendimento do parto – centro do projeto obstétrico. A construção da obstetrícia como profissão é delineada por ele em linhas gerais, periodizando três grandes divisões. O primeiro período, denominado “pré-profissional”, vai até o final do século XIX. O segundo período, o “profissional”, refere-se ao intervalo entre 1890 e 1945. O terceiro, o “período de monitoramento”, estende-se de 1945 aos dias atuais (Arney, 1982: 6-7). Trata-se aqui de um quadro geral esquemático, sendo que, a rigor, as metáforas relativas aos grandes paradigmas culturais, sociais e históricos superpõem-se e coexistem. Em linhas gerais, delineiam-se certas tendências hegemônicas nos períodos, as quais servem como base para situar um processo em movimento visando compreender sua



dinâmica interna e desdobramentos. Arney pondera que tal periodização, ainda que um tanto parcial, é uma estratégia heurística válida (Arney, 1982: 243).<sup>86</sup>

No período “pré-profissional”, a metáfora e a lógica em vigor estavam calcadas em uma ordem aristotélica: o nascimento era percebido como um mistério, a classificação da gravidez era dicotômica (normal/anormal) e havia uma divisão nítida de tarefas entre as parteiras, que se ocupavam dos partos normais, e os cirurgiões-barbeiros, que atuavam nos anormais. As parteiras acompanhavam e cuidavam do parto, controlando seu tempo de duração e solicitando a intervenção dos cirurgiões nos casos “difíceis” – aqueles que extrapolassem determinados limites. A organização profissional das parteiras ocorria de modo localizado e ninguém estava no controle do parto, percebido como um fenômeno basicamente desgovernado. A tecnologia disponível consistia em alívio moderado nos partos normais e em intervenções destrutivas em partos anormais, geralmente retalhando o feto para que este fosse expulso ou extraído do corpo materno. O “período pré-profissional” termina no final do século XIX, quando a medicina elimina seus maiores competidores – as parteiras – e adquire o monopólio da parturição (Arney, 1982: 8).

O período seguinte estende-se até meados do século XX, embora desde cerca de 1910 tenha havido diversas pressões contra a prática corrente obstétrica e, em especial, contra a autonomia da medicina no controle dos partos. É possível que a segunda mudança na prática obstétrica tenha ocorrido, em parte, como resposta a essas pressões, mas não há um vínculo causal muito claro. O “período profissional” está calcado em um paradigma corpo-máquina, de base científico-racionalista. A gravidez é concebida como um fenômeno potencialmente patológico e a dicotomia normal/anormal é ainda aplicável, mas com limites esmaecidos. Os limites e a duração do parto são controlados pelo especialista em obstetrícia, havendo algumas diferenças locais específicas: na Inglaterra, as parteiras atendem aos partos normais, e os médicos intervêm nos anormais; nos Estados Unidos, há debates acirrados sobre a divisão apropriada deste trabalho, sendo que os médicos deslocam as parteiras de todos os partos, normais e anormais. O obstetra especialista domina o processo, dirigindo a gravidez, e a gestante é percebida como “veículo” de material obstétrico. Estabelece-se uma produção centralizada de conhecimentos, com os obstetras controlando os partos e a tecnologia disponível consistindo em técnicas basicamente intervencionistas, tais como fórceps, anestesia e cirurgias cesarianas (Arney,

---

<sup>86</sup> Ver quadro em Anexo 1.

1982: 8).

Perto do fim da II Guerra, a metáfora “corpo-máquina” muda para “corpo como sistema”, passando a vigorar a metáfora ecológica, totalizante. Inicia-se o “período de monitoramento”, com o paradigma ecológico calcado na teoria dos sistemas. O corpo é concebido como um sistema de comunicação aberto, composto de diversos outros interligados (neuro-hormonal, social, econômico) em diferentes níveis. Nesse novo paradigma, a gravidez é percebida como um processo e é construída a noção do parto bidimensional, composto por uma dimensão fisiológica e outra psicológica. A obstetrícia estrutura-se como equipes “onipresentes”, bem integradas e hierarquizadas de modo contínuo, estando aí incluídos a gestante e sua família. Há como que um sistema de “colegiado”, no qual a gestante é “responsável” pelos aspectos psicológicos do parto e o profissional responde pelos aspectos fisiológicos. A profissão organiza-se de modo disperso, com cuidados regionalizados, cujo centro é o hospital. Instaura-se um sistema flexível de alternativas obstétricas e, no tocante ao controle da parturição, ninguém ocupa uma posição clara. Mais do que um evento para ser assistido e dominado, o parto é algo a ser manejado, de modo a otimizar a experiência; a organização social da obstetrícia expande-se, abrangendo grandes áreas. 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”. Há um movimento social em prol da “humanização” do parto, com diversos desdobramentos refletidos na obstetrícia.<sup>87</sup> Arney sustenta que, dessa maneira, formam-se redes de monitoramento do poder, nas quais todos são capturados – mulheres, parceiros – no espaço obstétrico expandido, havendo, assim, uma “alienação” do evento e da experiência do parto (Arney, 1982: 8, 9). Uma outra interpretação possível para este quadro é o oposto da alienação. A meu ver, na medida em que todos são capturados na malha através do conhecimento, da subjetivação da gravidez e do parto e da participação ativa nesses eventos, há como que uma apropriação coletiva, um movimento no sentido de ‘tornar-se dono’ de um conhecimento anteriormente restrito aos profissionais.

---

<sup>87</sup> O termo ‘humanização’ tem diversos sentidos e usos, como, por exemplo, na área de ‘atendimento a clientes’. Foi apropriado, contudo, pelo movimento de humanização do parto com um sentido identitário,

### 3.1. FORMAÇÃO DA PROFISSÃO OBSTÉTRICA. PATOLOGIZAÇÃO DA GRAVIDEZ E DO PARTO.

Desde tempos imemoriais, as mulheres foram atendidas no parto por outras mulheres. Havia várias delas e uma parteira, cuja prática estava baseada na concepção do nascimento como um processo normal e natural. O nascimento fazia parte da ordem moral do universo, o parto era para ser assistido sem grandes interferências, visto como uma crise pela qual as mulheres tinham que passar. A atitude destas durante a parturição revelava seu caráter moral e o nascimento de natimortos ou deformados indicava uma baixa moral dos pais aos olhos de Deus. Quando ocorria algo anômalo, era necessário chamar o cirurgião, o homem que usava instrumentos – geralmente despedaçando o feto (Arney, 1982: 23; Shorter, 1997: 84, 86). Para a entrada dos homens no campo foi necessária uma mudança na ordem simbólica e nos aspectos materiais da sociedade. A disputa pelo parto ocorre em vários níveis, mas acontece principalmente “em torno da **vida** conforme organizada em torno do acontecimento especial do parto” (Arney, 1982: 22) (Grifo acrescentado).

Na França do século XVI, no Hôtel-Dieu, iniciam-se aulas para parteiras e inaugura-se uma cooperação entre elas e os médicos através da observação de partos. A França provê material para uma primeira abordagem técnico-científica do ato de parir ao privilegiar a observação em detrimento da intervenção. Mais tarde, no século XVII, a conceitualização do corpo como máquina reforça essa tendência e possibilita uma abordagem racional-científica do nascimento. Dentro do paradigma corpo-máquina, a tarefa do médico no parto seria ‘manter a máquina funcionando bem’. A metáfora da máquina delimita a ação dos médicos, posto que passa a existir uma expectativa acerca da ação médica visando à otimização do parto. Com a concepção racionalista e a conseqüente disciplinarização do parto, obscurece-se a fronteira entre normal e anormal e o parto é compreendido como um processo mecânico contínuo sobre o qual se pode interferir, ‘melhorando’ seu funcionamento. Para a entrada dos homens na prática dos partos, essa reformulação da base ideológica das parteiras foi mais importante do que a invenção do fórceps (Arney, 1982: 24-25). O ‘parto científico’ expande-se para a Inglaterra e, no início do século XVIII, algumas mulheres das classes abastadas optam pelo parto em hospital realizado por um parteiro. O hospital torna-se um recurso organizacional estratégico para a entrada dos parteiros masculinos no campo profissional, até então restrito às mulheres. A atividade das

parteiras manteve-se inquestionada até o século XVII e início do XVIII, sendo que elas não buscaram uma organização da profissão. Houve um avanço masculino neste campo profissional:

As parteiras não dispunham, como grupo, de um cabedal de conhecimento prescritivo que lhes permitisse repelir os avanços práticos e ideológicos dos homens, armados com sua nova ciência (Arney, 1982: 29).

No século XVIII, o Iluminismo expande-se pela Europa, a ciência é valorizada também na atividade de partejar e, posto que a ciência à época fosse apanágio e território eminentemente masculino, os homens ganharam terreno. A presença masculina no parto, que no passado era associada à morte – os cirurgiões-barbeiros e os parteiros com fórceps só eram convocados pelas parteiras em casos extremos – é modificada com a nova atividade do parto científico. Para Arney, diversos fatores contribuíram para a entrada gradual e maciça dos homens no mercado de partos. Primeiro, por ser uma atividade altamente lucrativa para os homens, que gastavam menos tempo com as parturientes do que as parteiras – em parte, graças ao uso de instrumentos, como o fórceps. Parteiros ingleses no século XVIII como, por exemplo, William Smellie e William Hunter, adquiriram posições de reputação e prestígio social com a prática privada de partos, à medida que as mulheres de classes sociais mais abastadas passaram a optar pelo parto em hospital, assistidas por esses profissionais (Arney, 1982: 28-29).

Outro aspecto apontado por Arney é mais sutil e complexo: as antigas práticas de parto continham uma atmosfera de mistério e medo, quando não de terror. As parteiras lidavam com o mistério e, quando os homens eram convocados com seus instrumentos, instalava-se o terror. Nas palavras de Hugh Chamberlen, um parteiro da época: “Quando o homem chega, um ou ambos [mãe ou feto] necessariamente vai morrer” (Wertz & Wertz, 1977 *apud* Arney, 1982: 33). William Smellie, em meados do século XVIII, criou programas para parteiros, instando-os a adotarem práticas menos destruidoras e, com o avanço do atendimento de parteiros em partos normais, em especial nas camadas aristocráticas e da alta burguesia – de maior visibilidade social – a associação entre parteiros e morte foi perdendo força. A atividade de partejar funcionava também como porta de entrada dos homens na prática da clínica geral. À medida que os homens aprenderam a realizar partos sem danificar bebês e mulheres, tornaram-se aceitos como assistentes do parto e como curadores. Contudo, o medo em torno de gravidez e do parto manteve-se, e pode ter servido como base para a construção da noção de gravidez e parto

como patologias – um conceito fundamental para que os homens obtivessem o controle sobre o parto nos séculos seguintes (Arney, 1982: 33).

A construção do campo profissional da obstetrícia ocorreu de modo diverso na Inglaterra, França e Estados Unidos – países abordados por Arney em seu estudo. As parteiras declinaram mais rapidamente na América do que na Inglaterra, mas este dado pode ser atribuído a um artefato de registro. A prática de partos era um modo eficaz de a medicina entrar nas famílias, além de ser uma atividade muito lucrativa, se comparada com outros campos da profissão (Arney, 1982: 40).

A noção de gravidez e parto como patologias, associada à valorização das práticas científicas relacionadas ao corpo, abre caminho para a apropriação deste campo pela medicina. É importante articular aqui a medicalização da gravidez e do parto a um movimento mais amplo de expansão e de transformação da própria medicina.

De acordo com Foucault (1998b: 198), no século XVIII, a medicina – entendida como técnica geral de saúde, mais do que apenas o cuidado e a cura das doenças – expande-se como função direta do grande crescimento demográfico do Ocidente europeu e da necessidade de coordená-lo através do surgimento do conceito de “população”. Este conceito surge não apenas como um problema teórico, mas como “objeto de vigilância, análise, intervenções, operações transformadoras” (Foucault, 1998b: 202). O corpo passa a ser visto de um novo ângulo,

(...) portador de novas variáveis: não mais simplesmente raros ou numerosos, submissos ou renitentes, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, vigorosos ou fracos e sim mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis de investimentos rentáveis (...) Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário se organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade (Foucault, 1998b: 198).

O bem-estar físico e o crescimento das populações surgem como objetivos políticos,<sup>88</sup> e a importância que a medicina adquire no século XVIII tem sua origem no “cruzamento de uma nova economia ‘analítica’ da assistência com a emergência de uma ‘polícia’ geral da saúde” (Foucault, 1998b: 197). A “noso-política” surge no século XVIII, resultante de um problema multifacetado: o estado de saúde da população como um todo, tomado enquanto objetivo político geral, um encargo coletivo (Foucault, 1998b: 195). A

---

<sup>88</sup> Com destaque especial à preocupação extremada com a natalidade, conforme assinalado por Rohden (2000: 2).

iniciativa, a organização e o controle da noso-política encontram-se espalhados por todo o tecido social, não estando restritos ao aparelho de Estado, e a medicina funciona como ponta-de-lança nesse processo. Forma-se um “saber médico-administrativo”, que servirá de base para a economia social e para a sociologia do século XIX (Foucault, 1998b: 202). Esta nova política médica difunde-se gradualmente por toda a Europa a partir do século XVIII e tem como reflexo a “organização (...) do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos” (Foucault, 1998b: 200).

Dessa maneira, a criança – o futuro da população – passa a ser foco de uma atenção estratégica e, sobretudo, medicalizada. A família deve tornar-se o meio favorável à proteção e ao desenvolvimento da criança, e o laço conjugal tem a sua existência pautada principalmente em servir de matriz ao futuro adulto. A saúde, em especial a das crianças, transforma-se em um dos objetivos obrigatórios da família – que se torna o agente mais constante da medicalização. Em função do papel fundamental da mulher na gestação e no cuidado com a saúde dos filhos, acentua-se concomitantemente a progressiva medicalização do corpo da mulher e a família no século XVIII torna-se alvo de “um grande empreendimento de aculturação médica” (Foucault, 1998b: 200-1). Enfatizam-se, sobretudo, os cuidados ministrados aos bebês, com uma proliferação intensa de publicações dirigidas basicamente às mulheres.<sup>89</sup> A ligação do médico com a mãe consistiu em uma

(...) aliança proveitosa para as duas partes. O médico, graças à mãe, derrota a hegemonia tenaz da medicina popular das comadres e, em compensação, concede à mulher burguesa, através da importância maior das funções maternas, um novo poder na esfera doméstica (Donzelot, 1986: 25).

O movimento higiênico, que se consolidou de forma hegemônica no Ocidente no decorrer do século XIX e teve seu auge nos anos 30 do século XX, constituiu-se a via principal de construção de um novo paradigma.<sup>90</sup> O compromisso primordial de um casal era com os filhos, em especial com a sua saúde, e o médico passava a ocupar um papel relevante nessa nova articulação.

No decorrer do século XIX, de acordo com Arney (1982), as parteiras estavam mais

---

<sup>89</sup> No século seguinte, haveria um aumento de publicações dirigidas mais especificamente às classes populares, evidenciando uma difusão diferenciada do controle dos corpos de acordo com a classe social. Tratei mais extensamente deste tema em outro texto (Chazan, 2000).

<sup>90</sup> Sobre o movimento higiênico e sua articulação com a medicina e o papel social do médico nas questões reprodutivas, ver Costa (1979) e Rohden (2000; 2001; 2003).

ocupadas com suas práticas e com suas parturientes do que em estabelecer um corpo de conhecimento ou uma organização profissional. Assim, à medida que a medicina era socialmente investida de um poder normativo abrangente, coadunado à noso-política, as parteiras foram gradualmente sendo destituídas da prática dos partos. Nos Estados Unidos, a ciência foi muito mais importante para o estabelecimento da medicina como profissão do que na Inglaterra, tendo sido utilizada como pedra angular das grandes escolas médicas. Mais do que um marco para a divisão de sexos, a ciência foi fundamental para os praticantes masculinos conseguirem ultrapassar as barreiras da modéstia e do decoro. A entrada de mulheres nas escolas médicas era bastante difícil e, para completar o curso, elas deveriam estar totalmente imersas na linguagem e nas práticas da ciência.

A patologização da gravidez tem um papel de destaque na entrada de parteiros homens no mercado do parto. O parto científico realizado por médicos sublinhava a importância da segurança de partos realizados por homens, ao invés de serem feitos por parteiras, mulheres. Aliado a este aspecto, havia a associação do parto natural como uma “prática dos selvagens”, e os argumentos evolucionistas importados da Inglaterra alicerçavam a noção de que, com a civilização avançando, a ‘natureza’ necessariamente se retraía e as mulheres perdiam a habilidade ‘natural’ de parirem com o mínimo de ajuda. Desse modo, nos Estados Unidos, a patologização do parto adquiriu uma conotação positiva (Arney, 1982: 43). Definitivamente, as mulheres americanas não queriam mais ter partos como as selvagens.

De acordo com Arney, as principais contribuições americanas para a formação da obstetrícia como profissão foram a medicalização e a patologização da gravidez. Em 1842, foi introduzida a anestesia com éter, visando eliminar as dores ‘intoleráveis’ do parto. Com isso, a participação da mulher era também eliminada, facilitando a tarefa do médico e reforçando a idéia de que o parto, para ser seguro, deveria ser manejado por esses profissionais. A introdução do uso de ergotamina, na mesma época, para acelerar o parto, foi mais um reforço no processo de medicalização deste, pois os riscos de tetanismo e de uma ruptura uterina reforçaram a necessidade da presença de médicos na parturição (Arney, 1982: 44). No mesmo processo, produziu-se a necessidade da utilização de instrumentos e de pessoas habilitadas para usá-los apropriadamente.

Um problema na formação da profissão consistiu em que a obstetrícia entrava no monopólio do parto pela via da patologia, ainda que nem todos os partos fossem patológicos. Considerando a parturição como chave para o projeto obstétrico, a

“normalidade residual” do parto transformava-se, neste sentido, em um “problema” (Arney, 1982: 51). Fazia-se necessário o desenvolvimento de meios para antever problemas e agir profilaticamente. Segundo Arney, a Inglaterra e os Estados Unidos lidaram de modo diferente em relação à “normalidade residual”, em função de diferentes estruturações da profissão em cada país. Na Inglaterra, a obstetrícia tinha fronteiras fortemente demarcadas como profissão e os médicos atuavam tanto quanto as parteiras supervisionadas. Nos Estados Unidos, a obstetrícia era fracamente demarcada como profissão, mas em contrapartida a profissão médica o era fortemente: os partos eram feitos por generalistas e obstetras, mas sempre médicos. Esta diferença na rigidez das fronteiras profissionais influenciou as práticas do início da obstetrícia, posto que através delas a profissão estendeu seu alcance de modo a incluir os partos que fossem “potencialmente anormais”, além dos nitidamente patológicos (Arney, 1982: 51).

Nos Estados Unidos, as práticas desenvolvidas pela especialidade rapidamente difundiram-se e tornaram-se rotina em **todos** os partos. Na Inglaterra, os especialistas médicos desenvolveram algumas delas nos partos complicados – diferentes daquelas utilizadas nos que não tinham complicações – e tais abordagens permaneceram do lado médico da especialidade, não sendo utilizadas pelas parteiras. Arney assinala que fronteiras profissionais fortes e bem delimitadas tendem a conter dentro do campo da profissão os procedimentos por ela utilizados, enquanto fronteiras fracas permitem uma difusão mais rápida para a prática geral. Uma das conseqüências dessa diferença de fronteiras consiste no fato de que as fracas necessitam de defesas mais enérgicas do que as fortes. A rápida difusão de práticas rotineiras na obstetrícia americana atraiu intensas críticas. Assim, nos Estados Unidos, a profissão necessitou desenvolver diversos tipos de estratégias defensivas para proteger os procedimentos prescritos. Na Inglaterra, as mesmas práticas, por serem utilizadas de modo mais restrito e por estarem contidas nas fronteiras fortes da profissão, ficaram protegidas do escrutínio crítico do público. Arney discute dois tipos de contraste: o existente entre a obstetrícia inglesa e a americana, e as diferenças nas retóricas e nas práticas surgidas dentro da obstetrícia americana – questões igualmente esclarecedoras dos aspectos relacionados à formação da profissão (Arney, 1982: 52).

### **Estados Unidos**

As etnografias dos povos ‘primitivos’ do início da antropologia, em fins do século



XIX, mostravam que a maioria dos partos ocorria sem assistência, ou com um mínimo dela. Na própria sociedade americana, as camadas pobres da população eram atendidas por parteiras, e alguns dados de pesquisas mostravam que esses partos eram mais seguros do que os ocorridos nas camadas da população que tinham acesso às intervenções médicas. A saída retórica para este problema consistiu em a profissão admitir que o parto era um evento “essencialmente normal e natural”, mas que havia sempre a possibilidade de algo sair errado. Desse modo, revestia-se de uma “dignidade patológica” (Arney, 1982: 54). Configura-se um novo desenvolvimento conceitual acerca do parto: não é nem normal nem anormal, nem eficiente nem não-eficiente; os partos devem ser assistidos e monitorados por olhos treinados para detectarem patologias.

Joseph Bolivar DeLee é considerado um ícone de uma poderosa escola dentro da obstetrícia americana – a do “nascimento como patologia”. DeLee mostrava-se preocupado com o “potencial patológico” do parto e com os “perigos do parto” para o bebê (Arney, 1982: 55). Em contraposição a ele, J. Whitridge Williams colocava-se como defensor de práticas mais conservadoras, mas o pressuposto de ambos era o mesmo: o parto visto como potencialmente patológico. Há inúmeros debates, com posições intermediárias entre os dois obstetras – ambos autores de influentes manuais de obstetrícia, com inúmeras reedições até os dias atuais – verdadeiras batalhas pelo estabelecimento do campo profissional. Segundo Arney, a rigor, os debates eram referentes ao que fazer com os clínicos gerais que também faziam partos: incluí-los ou não na profissão? DeLee defendia que era necessária a constituição de uma especialidade em separado, e seus argumentos para a dignificação da profissão estavam baseados na patologização do parto.

Charles Gordon, proponente da escola de pensamento do parto como não-patológico, tinha conceitos diferentes em relação à formação do campo profissional: considerava que a obstetrícia estava avançando rápido demais e, portanto, queria ensinar ao homem médio os fundamentos do partejar, em um programa de educação continuada, como forma de manter a atividade de algum modo sob controle. Este grupo pretendia evitar categorizações de parto normal e anormal. Há uma correspondência entre a defesa de determinadas práticas e a visão acerca do campo profissional: os proponentes da obstetrícia como especialidade destacada tendiam a se alinhar aos conceitos de DeLee sobre o parto como patológico e os defensores da não-categorização parto normal/anormal tendiam a adotar a posição de Gordon em relação ao campo dos cuidados obstétricos (Arney, 1982: 57-58).

As discussões nos anos iniciais da formação da obstetrícia americana seriam

manifestações de um problema bem mais profundo:

(...) se a obstetrícia deveria se tornar uma especialidade distante da medicina à qual o médico comum poderia aspirar ou se deveria tornar-se uma disciplina que poderia incorporar o clínico geral e ser sensível às suas necessidades (Arney, 1982: 59).

Em 1930, a posição de DeLee prevaleceu e o *American Board of Obstetrics and Gynecology* foi criado, desenvolvendo critérios para julgar a qualificação de especialistas. Com a profissão adquirindo *status* de especialidade, o olhar médico estreita-se, o “caso obstétrico” é destacado da pessoa e o “material obstétrico” é confinado ao útero e à pelve (Arney, 1982: 59). À estruturação da obstetrícia como especialidade corresponde uma construção social fragmentada da mulher, de sua vida e de seu corpo.

### **Inglaterra**

Na Inglaterra, as coisas se passaram de modo diverso. Não ocorreram discussões sobre a natureza do nascimento e a estrutura da profissão, nem foram as mulheres alijadas do parto. Diferentemente dos Estados Unidos, os partos não foram patologizados de uma maneira generalizada; poderiam ser normais ou anormais, com atendimentos diferenciados para cada caso e para cada etapa, e com médicos, enfermeiras e parteiras intervindo nas diferentes situações. A profissão dispunha de uma estrutura organizacional clara, fortemente relacionada à ideologia da normalidade e da anormalidade. A obstetrícia inglesa estava constituída de modo a prestar atenção a outros aspectos da mulher além dos estritamente obstétricos, a seleção de casos para hospital sendo feita pelas parteiras, levando em conta as diversas características da mulher e de seus parentes. A expansão do olhar médico, através das parteiras, era bastante diferente das recomendações para parto domiciliar preconizadas por DeLee que defendia, para tais casos, a necessidade de gerar na casa uma estrutura similar à do hospital (Arney, 1982: 61). Na Inglaterra, o hospital destinava-se apenas a casos de partos cuja anormalidade tornasse fundamental o atendimento médico.

Em síntese, para Arney, no período inicial de formação da profissão, a “normalidade residual” do parto foi tratada de maneira diversa nos Estados Unidos e na Inglaterra, e as divergências eram devidas às diferenças na coesão das fronteiras profissionais que se constituíram em cada país. A obstetrícia americana era incapaz, do ponto de vista organizacional, de lidar com os partos “normais”. A demarcação de

responsabilidades entre o médico comum e o especialista não era clara, assim como a delimitação entre normal e anormal. Os limites frágeis da obstetrícia nos Estados Unidos geraram controvérsias sobre o parto as quais, na realidade, nada mais eram do que debates acerca da estrutura da profissão. A obstetrícia inglesa não teve que enfrentar tais problemas, tendo fronteiras fortemente demarcadas desde o início do século XX. Em 1902, foi sancionado o *Midwives' Act*, que garantia legalmente às parteiras o exercício de sua prática profissional (Arney, 1982: 62).<sup>91</sup>

O modo de entender e lidar com o corpo feminino, a gravidez e o parto articula-se, portanto, de maneira estreita, à formação da obstetrícia como profissão nos diferentes pólos abordados, em especial nos Estados Unidos e na Inglaterra. No primeiro, essa compreensão tendeu a ser mais fragmentada, medicalizada e patologizada do que no segundo.<sup>92</sup>

### 3.2. REFORMA DA PROFISSÃO E 'HUMANIZAÇÃO' DO PARTO

Existe uma descontinuidade no controle sobre mulheres, gravidez e parto depois da II Guerra Mundial. O mesmo movimento pode ser observado na psiquiatria e na medicina de uma maneira geral.<sup>93</sup> Partindo do conceito de panóptico como uma máquina do poder, evidencia-se a construção de novas formas de poder pela criação de outros campos de visibilidade (Arney, 1982: 87). Na medicina praticada de acordo com a metáfora do homem-máquina, o parto e a gravidez estavam confinados ao espaço do corpo e sujeitos ao olhar localizador do médico. Na metáfora ecológica, que começa a vigorar mais

---

<sup>91</sup> O *Central Midwives' Board*, que foi criado com a lei, não estava sob o controle direto da medicina. Na sua forma original, a lei ditava que o *Board* deveria ter maioria de médicos. Na versão final, foi acrescentado um profissional de enfermagem, o que possibilitou que as parteiras pudessem obter maioria, dependendo da posição adotada por tal profissional. As parteiras não-qualificadas tiveram um período de oito anos para se registrarem e as parteiras qualificadas poderiam ser desqualificadas por condutas consideradas pelo *Medical Register* como 'não-profissionais' ou 'impróprias'. Desse modo, elas passaram a desfrutar de um *status* profissional que antes não lhes era possível ter e, ao mesmo tempo, ficaram sob escrutínio constante de profissões rivais. Assim, continuaram a atuar nos partos, mas sob condições muito diferentes das que existiam no passado (Arney, 1982: 38).

<sup>92</sup> Uma polêmica surgida no Rio de Janeiro, em fins de 2003, acerca da criação de Casas de Parto, reedita, de modo exemplar, o que Arney descreve como debates e embates para a construção da profissão obstétrica. Um exemplo marcante consiste na seguinte declaração publicada com destaque em matéria do jornal de um órgão institucional: "O trabalho de parto é um processo em que um objeto de flexibilidades desiguais (feto) atravessa um canal curvo e acotovelado (canal de parto), impulsionado por um motor (contração uterina). A qualquer momento pode surgir uma obstrução, causada pelo objeto, pelo trajeto ou pelo motor" (Pedro Pablo Chacel, *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, Março/Abril 2004). Acerca da polêmica, que perdura até o momento de encerrar esta tese, ver Anexo 2.

<sup>93</sup> Esta nova proposta da medicina coaduna-se com o ressurgimento do que Bonet (2003: 21) descreve como "medicina romântica", que buscava uma compreensão das patologias do ser humano dentro de uma perspectiva de compreensão das relações do homem consigo mesmo e com o seu entorno – uma proposta de

plenamente na medicina do pós-guerra, gravidez e parto são apenas mais um processo e só ganham significado em relação a outros aspectos do sistema. O corpo é “um sistema aberto de comunicação (...) interagindo com o cosmos exotérico e seus processos ecológicos” (Destounis, 1972 *apud* Arney, 1982: 88).

A abordagem ecológica na medicina obriga o médico a considerar muito mais elementos envolvidos na gravidez e no parto do que o fazia anteriormente. Os processos fisiológicos devem ser mapeados e analisados e os desvios da norma corrigidos por esquemas de manejo caso a caso, de modo a assegurar que o processo siga seu curso ‘normal’. Como no panóptico, cada indivíduo precisa ser monitorado, vigiado e individualizado com oferta de tecnologias de normalização para garantir a experiência ótima, “não necessariamente para o próprio indivíduo, mas para o todo ou, de modo mais exato, para o indivíduo considerado em relação aos outros componentes do sistema” (Arney, 1982: 89). Os esquemas de tratamento tornam-se, desse modo, mais rápidos, mais fáceis e individualizados – especialmente, mais ‘humanos’ – com manejo efetivo infinitamente maior. Os esquemas ‘humanizados’ e individualizados apontam para o reforço no movimento de subjetivação do indivíduo. A noção de ‘parto humanizado’<sup>94</sup> é herdeira de dois movimentos sociais relevantes surgidos no pós-guerra, particularmente acentuados nos Estados Unidos a partir da década de 1960: o dos direitos civis, que questionava e incidia, entre outros aspectos, na relação de poder médico-paciente, e o movimento da contracultura, que tinha como principal bandeira o retorno à natureza (Menezes, 2004: 69).<sup>95</sup>

Conforme assinala Salem, o movimento da contracultura que emerge nos anos 1960-70 é herdeiro de outros, como o existencialismo e o movimento *beatnik* dos anos 1950. A singularidade das décadas de 1960-70 consiste na confluência de diversas tendências de pensamento que chegam às ruas, particularmente em 1968. Diante da ameaça atômica, buscam-se diversos estilos alternativos de vida, questionam-se acentuadamente o

---

medicina abrangendo a totalidade do paciente. Para uma discussão aprofundada do tema, ver Bonet (2003).

<sup>94</sup> Assim como o movimento em favor da ‘morte humanizada’ e dos Cuidados Paliativos, extensamente analisado por Menezes (2004).

<sup>95</sup> O paradigma ecológico passa a informar diversas áreas da medicina e, significativamente, encontra forte receptividade tanto na obstetrícia quanto na área de cuidados paliativos. A vida, do início ao fim, é objeto de um tipo de intervenção que, do ponto de vista discursivo – e de certo modo, também do prático – busca uma contraposição à excessiva medicalização, com a ‘humanização’ do parto e da morte. Contudo, tanto no tocante ao parto quanto no que tange à morte, os discursos e práticas estão fortemente apoiados em recursos tecnológicos e são amplamente normativos. Para uma análise mais aprofundada desses paradoxos, cf. Menezes (2004).

militarismo, o consumismo, o valor do trabalho e a sociedade moderna repressiva (Salem, 1987: 100). Prega-se a ‘volta à natureza’ e ao ‘natural’, surgem variadas propostas de vida em comunidades, em um estilo ‘primitivo’, ‘autêntico’, e as idéias e práticas políticas em circulação visam efetuar uma transformação da sociedade por meio de uma revolução nos costumes e mentalidades. Em última instância, trata-se de uma proposta de revolução interna e subjetiva como geradora de mudanças sociais. O ideário prega a construção de uma nova ordem social – com a liberação da sexualidade e com uma erotização das relações sociais – na qual a escola e a família tornam-se alvos cruciais para sua efetivação.

Nesse período, surgem também os movimentos das minorias, que defendem a igualdade de direitos concomitante ao reconhecimento de singularidades irreduzíveis, sendo disso os exemplos mais significativos os movimentos feministas e os de negros. Nesse ideário, o domínio das relações pessoais é considerado como politicamente relevante, ou seja, prevalece o ‘indivíduo’, de cuja inteligibilidade deriva o ‘social’. A totalidade está subordinada ao desenvolvimento das potencialidades individuais, o indivíduo como a razão última da existência. De acordo com Salem, trata-se de uma modalidade de individualismo cujo regime ideal é a “liberação” (Salem, 1987: 104). A ‘humanização’ do parto, por exemplo, na proposta de Leboyer, consiste em criar um mundo não-violento a partir de um ‘parto não-violento’. Este movimento atribui-se uma conotação vanguardista, tomando o parto como ponto de partida para a “revolução das mentalidades” (Salem, 1987: 106). A novidade reclamada pelo movimento em favor do parto natural consiste em apresentar-se como alternativa à ‘despersonalização’ e à ‘des-afetivação’ que caracterizam o parto em ambiente hospitalar (Salem, 1987: 108).<sup>96</sup> Além deste aspecto, o movimento encontra-se marcadamente informado pelo ideário neo-romântico da contracultura, que exorta a um ‘retorno à natureza’.

No Brasil, a constituição de um movimento social em favor da humanização do parto data de fins da década de 1980, com uma proposta baseada na diretriz de 1985, da OMS, que inclui o incentivo ao parto natural, alojamento conjunto mãe-bebê, aleitamento imediato após o nascimento, presença do pai ou acompanhante no parto, entre outras. Estas propostas contam com o apoio de diversos segmentos da sociedade, identificados com o ideário individualista e libertário apontado por Salem (1987). O conjunto de ativistas do

---

<sup>96</sup> Cabe notar que Arney faz referências à ‘humanização do parto’ e ao movimento do parto natural como um bloco homogêneo. Tania Salem (1987) estabelece uma distinção entre o movimento do ‘parto sem dor’, até os anos 1960, e os que o seguiram, denominados por ela de ‘pós-parto sem dor’, discutindo as semelhanças e as

movimento inclui, em uma gama ampla, profissionais de saúde (enfermeiras, psicólogos, obstetras, pediatras, entre outros), mulheres identificadas com valores neo-românticos da contracultura e cientistas sociais que atuam na área da saúde (Tornquist, 2002).

Voltando à análise empreendida por Arney, este assinala que ocorre uma mudança de orientação do médico no novo modelo ecológico de medicina: passa-se da intervenção para o monitoramento e o registro minucioso do indivíduo e do ambiente.<sup>97</sup> Isto não significa que os médicos deixaram de intervir, mas que o modelo ideal preconizado para a ação médica havia sido reconfigurado. A visão ecológica muda conceitos médicos fundamentais na abordagem da saúde e da doença. “Ao modelo tradicional de conserto deve ser acrescentado o modelo de acomodação, facilitação e capacitação” (Seidel e Hoekelman, 1978 *apud* Arney, 1982: 90). Não fica muito claro o que deve ser tratado na medicina informada pela metáfora ecológica: os desvios não mais são vistos como ‘anormais’. A medicina deixa de buscar ‘curar o comportamento anormal’, passando a procurar “facilitar a adaptação e o manejo” (Arney, 1982: 90). Evidencia-se neste ponto uma incorporação dos discursos e das práticas da psicanálise pela nova abordagem ecológica da medicina que, informada pela metáfora ecológica, aproxima-se do que outros autores propõem sob a rubrica de ‘integralidade’. Conforme aponta Camargo Jr.,

[i]ntegralidade é uma palavra que não pode nem sequer ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses é uma rubrica conveniente para agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas (...) Em meio a tal aglomerado de significados, idéias sedutoras como a ‘integralidade dos cuidados’ e a similar preocupação com a ‘totalidade’ trazem implicações indesejáveis (...) deve-se interrogar se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano. A contrapartida é o risco de um grau de controle sem precedentes (...) (Camargo Jr., 2003: 27).

Tudo deve ser registrado e tornado visível no novo modelo: nesse sentido, o médico realiza a principal tarefa da nova ordem de controle social – o monitoramento. Conceitos médicos fundamentais sobre saúde e doença necessitam ser modificados, a compreensão da medicina sobre o que é o ‘paciente’ muda. Este deixa de ser visto como ‘portador’ de um aspecto de interesse médico (doença, comportamento, detalhe anatômico etc.) para tornar-se um todo, uma ‘pessoa’ e até mais, englobando o contexto no qual está inserido. O

---

diferenças nos diversos ideários, tema que exploro adiante neste capítulo.

<sup>97</sup> Esta modificação se cristaliza em 1978, no documento de Alma Ata, sobre cuidados primários à saúde.

‘paciente’ passa a ser o indivíduo em conjunto com o seu contexto familiar, inserido em sistema social mais amplo. Em última instância, o médico assume uma responsabilidade como negociador, facilitador e árbitro de uma nova ordem social.

O objetivo de qualquer teoria é criar ordem e harmonia mas, dentro de uma metáfora ecológica, a **natureza** da teoria muda. Na metáfora homem-máquina, a tarefa da teoria e da prática médicas é fazer a máquina funcionar bem. No modelo ecológico, o espaço da atuação médica expande-se e o **espaço** onde as máquinas operam – e não apenas as máquinas – deve ser ordenado e harmonizado. Desse modo, a prática implica **registro e controle** do espaço e do que nele está contido, além da intervenção pura e simples na ‘máquina’ para a obtenção de ordem e harmonia. Encontra-se também em jogo uma visão neo-romântica, na qual a totalidade ou, melhor dizendo, a fusão do indivíduo na totalidade passa a ser o paradigma que informa as ações.<sup>98</sup> Embora o interesse principal do médico seja a obtenção de uma harmonia ecológica, faz-se necessário construir esquemas de controle e manejo adequados às necessidades do indivíduo, implicando então maior atenção a este sobre quem **tudo** deve ser conhecido e registrado. É gerado, assim, um problema para o médico: ele deve conhecer um a um e precisa, ao mesmo tempo, estar agindo em sintonia com a ordem social. Existe uma tensão nesta dualidade, que pode ser respondida encontrando o modelo de ordem social **dentro** do indivíduo, sendo esta uma das vertentes de um pensamento que faz parte de um movimento mais amplo – o da mudança de um paradigma calcado no modelo da física para um paradigma baseado no da biologia.

Individualidade é muito mais do que a profundidade da epiderme, mas não é infinitamente profunda. A individualidade pára em nosso âmago sociobiológico, e é nesse ponto que surgem modelos de uma ordem social mais ampla (Arney, 1982: 91).

Arney assinala que o surgimento da sociobiologia de Edward Wilson – designada por ele mesmo como “a nova síntese” – pretende prover uma base para o entendimento comum de várias disciplinas acadêmicas e tornar-se a ‘chave’ para a síntese da dicotomia indivíduo-ordem social que havia se aprofundado com as demandas da abordagem ecológica (Arney, 1982: 92). A rigor, trata-se de um reducionismo biologizante recebido com entusiasmo em alguns círculos intelectuais e que, em conjunto com uma nova visão do sujeito – o “sujeito da neurociência” – conforme discutido por Russo e Ponciano (2002),

---

<sup>98</sup> Este ponto será retomado adiante, relacionado ao ideário do ‘parto sem dor’ e dos movimentos ‘pós-parto

informou diversas teorias psicológicas, conforme será visto adiante.<sup>99</sup>

O termo ‘teoria’ é derivado da prática de observação do cosmos para entender ações terrenas pela *mimesis*, harmônica com a ordem cósmica. No modelo ecológico, o céu está excluído – a ecologia é o cosmos, não há céu para ser contemplado. Volta-se o olhar para dentro; a ordenação estaria nos genes. Edward Wilson refere-se à ‘moralidade dos genes’. Há um redirecionamento radical para a interioridade, entendendo a ordem social como calcada em e informada por nossos *selves* sociobiológicos. O microcosmo passa a informar o modelo para a ordenação do mundo humano, e Alice Rossi e Selma Fraiberg<sup>100</sup> constituem bons exemplos desta tendência.

Na metáfora ecológica, o indivíduo ganha preeminência apenas para ser sujeitado a distribuições normativas que se supõe que respeitem não o indivíduo, mas os processos sociobiológicos comuns que só os cientistas podem desvelar e revelar (Arney, 1982: 92). Arney reduz a discussão à abordagem sociobiológica de E. O. Wilson. A meu ver, a teoria de Wilson corresponde a apenas um aspecto de uma mudança geral de paradigma, e uma exploração breve desta questão possibilita compreender diversos desdobramentos dentro da obstetria de modo mais matizado do que o apresentado por Arney.

De acordo com Russo e Ponciano, a partir dos anos 1970, surgem diversos trabalhos que propõem uma interpretação biologizante de um sem-número de comportamentos, apresentando como elemento comum um deslocamento dos fundamentos psicológicos em favor de explicações biológicas.<sup>101</sup> Desse conjunto de pesquisas, evidencia-se um esgotamento da visão dualista corpo-mente, corpo-alma ou corpo-espírito até então hegemônica no Ocidente. As autoras articulam a emergência do novo paradigma biologizante ao movimento da contracultura, com fortes tonalidades românticas – ou neo-românticas – e que, em última instância, critica o dualismo racionalista corpo-mente e busca a afirmação de uma totalidade físico-moral do sujeito, uma visão monista, portanto. A aproximação de duas tendências tão divergentes, como a visão biologizante, objetivante

---

sem dor’, nos termos de Salem (1987).

<sup>99</sup> Vale observar que a teoria de Wilson foi alvo de intensas críticas no meio de Ciências Sociais. Obteve, contudo, uma boa aceitação em alguns meios médicos e psicológicos, talvez por seu aspecto conservador, diferente de outros autores, como Maturana e Varela.

<sup>100</sup> Ambas as autoras são teóricas do *bonding*, ou teoria do vínculo, dedicando-se ao estudo da relação precoce mãe-bebê, tema que será abordado adiante neste capítulo.

<sup>101</sup> As autoras focam a discussão na emergência do “sujeito da neurociência”, que evidencia uma visão radicalmente materialista e naturalizante da mente humana e ilustra de modo claro a mudança de um paradigma corpo-máquina, calcado no modelo da física, para um paradigma totalizante, ecológico, tendo como metáfora principal o ‘organismo’.



e cientificista do ser humano e a voga neo-romântica anti-racionalista, configura um paradoxo apenas aparente.

Para Russo e Ponciano,

(...) a neurociência, constituindo vertente importante desta ‘virada biológica’, se aproxima da ideologia subjacente ao movimento contracultural, ao afirmar um monismo naturalista, que praticamente extingue o mental (ou psicológico) como realidade *sui generis*, construindo uma visão totalizante e ‘encorporada’ do ser humano (Russo & Ponciano, 2002: 350).

Ao mesmo tempo em que a perspectiva neo-romântica critica a concepção dualista físico/mental é reforçada a valorização da singularidade idiossincrática e reafirma-se a totalidade físico-moral do indivíduo. Do mesmo modo, o ambiente também deixa de comportar essa separação (Russo & Ponciano, 2002: 350) e a idéia de “natureza como fonte moral” (Taylor, 1997: 532) romântica e encompassadora constitui-se como um foco gerador do novo paradigma ecológico.

Em conjunto com a visão biologizante monista e racionalista, existe portanto a contrapartida de uma concepção expressivista da natureza, gerando-se desse modo uma tensão constitutiva do pensamento contemporâneo. De acordo com as autoras, ao lado da “naturalização” do ser humano, há um “re-encantamento” da natureza (Russo & Ponciano, 2002: 363). Conforme será visto adiante, o movimento pelo parto natural ou de ‘humanização’ do parto encontra-se informado de modo pregnante pelo paradigma ecológico, no qual a ‘natureza’ é precisamente esta ‘natureza re-encantada’. A diferença entre a metáfora mecânica e a ecológica, no tocante ao indivíduo normatizado, reside no fato de que a teoria ecológica olha em uma direção diferente para o seu modelo de ordem. A metáfora ecológica é exigente com médicos e pacientes, que devem formar uma equipe na qual o médico não é necessariamente o líder. Nesta metáfora, a ordem e a harmonia podem ser obtidas estruturando-se adequadamente todas as relações possíveis, passando a incluir, portanto, as relações do paciente no seu ambiente, aquelas existentes entre os membros da equipe e as da equipe com o paciente (Arney, 1982: 93).

### 3.2.1. A construção das noções de dor e parto bidimensionais e o ‘parto sem dor’

O movimento do parto natural (MPN) não foi, conforme afirmam os Wertzes, “a tentativa das mulheres de recuperarem a posse de seus corpos” (Wertz & Wertz, 1977 *apud* Arney 1982: 209). Arney argumenta que, a rigor, as mulheres só haviam “perdido para a obstetrícia” parte de seus corpos – a saber, a pelve, o útero, o colo e a vagina – e por período limitado, o do tempo da gestação (Arney 1982: 209).

A obstetrícia “domesticou” o parto como algo “selvagem”, isolando o componente obstétrico das mulheres de todo o resto, inclusive da psicologia que, para os médicos, atrapalhava e, portanto, tinha sinal negativo nas tomadas de decisão obstétrica. Os antigos obstetras ainda levavam em consideração os aspectos psicológicos das mulheres mas, depois da organização moderna da profissão, este ‘pormenor’ foi excluído no manejo da gestação e do parto. Os defensores do parto natural colocaram um sinal positivo na parte psicológica. Em 1933, surgem na Inglaterra propostas de reformas de práticas na posição de parto para que as mulheres pudessem “colaborar com o obstetra”. O obstetra Grantly Dick-Read levanta a questão dos aspectos culturais presentes na dor do parto e, em especial, no medo. Pesquisas sobre a dor dividem-na entre a sensação original e o componente psíquico. Ressalta-se a diferenciação entre o estímulo e a sensação dolorosa, instaurando-se a noção de bidimensionalidade da dor, que passa a ser aceita até pelos oponentes do MPN. Nesse período, surge o movimento do parto sem dor. O conceito de parto bidimensional emerge na literatura médica após a II Guerra. Arney descreve a situação como o surgimento de um ‘novo romantismo’, cujos aspectos ativos consistiam em ir ao médico, seguir as prescrições, fazer exercícios e cujos aspectos passivos seriam a interiorização, com a valorização dos aspectos psicológicos da gravidez. Surge, então, uma glamourização da gestação, com fotografias em campos floridos, a mulher grávida como símbolo máximo da feminilidade em fotos ‘românticas’. Sutilmente, há um clima de ameaça implícita de problemas de saúde, caso as prescrições não sejam seguidas. Conceitualmente, são separados os componentes fisiológicos e os psicológicos do parto, assim como os da dor (Arney, 1982: 210-212).

No conceito de dor unidimensional, a resposta fisiológica a um estímulo físico tem sua significação no espaço contido do corpo. A dor bidimensional adquire sentido por sua localização na ecologia “sócio-psico-bioquímica da mulher” (Arney, 1982: 213). Assim, é construída a importância do entendimento do significado da dor para **cada** mulher, em

função de seu passado e do que a gravidez e a maternidade representam para ela.

A **mente** tem um novo papel na experiência da dor, articula a mulher particular e singular com o cosmos exotérico e seus processos ecológicos. A situação da mulher em seu cosmos – a relação com seu suporte social, seu corpo, que é parcialmente determinada por seu conhecimento das funções corporais e dos processos fisiológicos, relação com atendentes obstétricas, com seu pai e sua mãe – determina a significância e o sentido da dor e sua experiência (Arney, 1982: 213) (Grifo acrescentado).

Nessa nova racionalidade, a dor pode ser modificada, transformando-se a relação da mulher com o seu entorno. Surgem movimentos defendendo a educação para o parto, a presença do marido ou doulas<sup>102</sup> junto à parturiente e o parto em casa. A educação consiste basicamente em familiarização da mulher com as contrações uterinas. Em termos da mulher, parece haver uma valorização ou otimização das relações com os outros, ao lado de uma ‘hipersubjetivação’ através da valorização das relações com o seu próprio passado e com o seu corpo. Nesse sentido, a obstetrícia promoveu simultaneamente uma revalorização da mulher e da própria profissão, assim como uma reconfiguração da gestante e da parturiente como indivíduo subjetivado. Esta nova forma de administração da dor é mais econômica do que tratá-la de um modo mais localizado no corpo, unidimensional. A bidimensionalidade do parto, ligada à bidimensionalidade da dor, abriu a possibilidade de a obstetrícia lidar com o parto de uma maneira diferente da que fora instituída como norma desde que a profissão se estabeleceria como tal.

Surgiram basicamente duas grandes escolas de pensamento no que tange ao manejo do parto natural. A primeira, de Dick-Read, na Inglaterra, sublinhava a importância do mundo externo na geração de medo e de dor. Para controle e eliminação da dor, defendia a educação e o treinamento das gestantes com uso de técnicas de relaxamento. A ênfase estava colocada na informação e na beleza do nascimento por parto natural, com posituação do significado do parto, baseada na crença em Deus (Arney, 1982: 214). Arney qualifica esta escola de “romântica”, em um uso, a meu ver, bastante impreciso do termo. Seria mais adequado qualificá-la como sendo de um iluminismo de certo modo ingênuo,

---

<sup>102</sup> Mulheres que prestam auxílio no parto sem serem propriamente parteiras ou enfermeiras. No Rio de Janeiro, iniciou-se recentemente o primeiro curso para a formação de doulas. Há um aspecto fortemente vinculado ao movimento da contracultura no grupo brasileiro que trabalha nesta linha, liderado por uma senhora cujo nome ‘profissional’ é Fadyinha e que tem estado à frente da polêmica em favor das casas de parto, contra o Conselho Regional de Medicina. Desde os anos 1980, Fadyinha atua no Rio de Janeiro, tendo sido quem trouxe para esta cidade a técnica indiana de Shantala – massagem para bebês. Coordena atualmente um concorrido curso para gestantes.

vinculado à noção de que a ‘luz’ da informação seria suficiente para operar mudanças radicais nos comportamentos.

A segunda escola, de Platonov, na Rússia, baseada nas pesquisas de condicionamento animal de Pavlov, respeitava a existência da dimensão psicológica pela via de um condicionamento psíquico para tolher a resposta dolorosa. Os chamados métodos psicoprofiláticos de alívio da dor visavam inibir a experiência da dor, utilizando técnicas de respiração, hipnose obstétrica e condicionamento psicológico. Platonov enfrentou grande oposição médica na Rússia, assim como ocorrera com Dick-Read na Inglaterra. Nicolaiev foi o obstetra que emprestou credibilidade ao método psicoprofilático, com o estabelecimento de ‘hipnotários’ para mulheres que quisessem submeter-se a ele. A técnica expandiu-se com Velvovsky, na Rússia; Lamaze, Vellay e Chertok, na França. Nos Estados Unidos, Marjorie Karmel escreveu um livro sobre a sua experiência de parto com Lamaze, intitulado *Thank You, Dr. Lamaze: A Mother's Experiences in Painless Childbirth*, que marcou a introdução do método no país, expandindo-se nos anos 50 e 60 através do treinamento de “monitoras”. A dificuldade para conseguir pessoas que se habilitassem para tal atividade foi, segundo Arney, um dos fatores para que surgisse o apelo à participação dos maridos (Arney, 1982: 215).

A análise desenvolvida por Tania Salem (1987) acerca do surgimento e dos desdobramentos do ideário do parto sem dor, por um prisma diferente do de Arney, é enriquecedora e esclarecedora, possibilitando matizar um quadro apresentado por este autor por vezes de modo um tanto esquemático. De acordo com Salem, o pronunciamento de Pio XII, em 1956, a favor do método do parto sem dor, de Dick-Read, teve um papel importante para alavancar esse movimento (Salem, 1987: 61). No contexto da Guerra Fria, é possível considerar que tal pronunciamento tenha tido o sentido de oposição ao método psicoprofilático inventado na URSS e divulgado por Lamaze, cujo livro foi publicado no mesmo ano.

As duas escolas, com suas variações, sempre se basearam na bidimensionalidade do parto, tendo em comum uma releitura das suas dores. No que diz respeito à teoria, segundo Arney, a obstetrícia rapidamente aceitou as novas idéias sobre o parto. Na prática, contudo, as coisas se passaram de maneira diferente e as mulheres que faziam questão absoluta de ter parto natural, freqüentemente tinham que se deslocar longas distâncias para encontrar

obstetras que preferentemente atuassem desse modo (Arney, 1982: 274 n.25).<sup>103</sup> Considerando pela perspectiva de Salem, o ‘parto sem dor’ indica uma cisão dentro da própria obstetrícia – apresentada por Arney como homogênea, uniforme. Dos cinco autores resenhados por Salem como emblemáticos desse ideário, quatro são obstetras.<sup>104</sup> Embora sua análise não se encaminhe para a história da obstetrícia ou das manifestações de lutas corporativas, a abordagem desta autora delinea o campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, que informa o novo ideário acerca do parto.

Um dos aspectos pregnantes do ideário consistia na crítica ao modelo medicalizado, simplesmente invertendo o sinal da dicotomia natureza-cultura, positivando o lado ‘natural’ sem questionar o binômio em si. Nesse sentido, há uma curiosa hibridação entre a visão iluminista do *bon sauvage* de Rousseau e a perspectiva romântica e evolucionista de fusão com a totalidade e retorno à natureza que se fazia presente, de modo marcante, no movimento da contracultura, conforme discutido acima. Conforme assinala Tornquist (2002), tal hibridação paradoxal fica evidente na proposta de aplicação de técnicas e exercícios específicos para recuperar “instintos supostamente perdidos” (Tornquist, 2002: 489). No que diz respeito ao movimento de humanização do parto – herdeiro direto do movimento do ‘parto sem dor’, conforme demonstra Salem (1987) – ao mesmo tempo em que neste movimento há uma questão política fundamental no tocante à reapropriação das mulheres do campo da parturição, há que se pensar acerca dos limites e dos desdobramentos desse discurso, “na medida em que reproduzem categorias como as de instinto materno e natureza, ainda que re-significadas em um novo contexto” (Tornquist, 2002: 490).

Os primeiros estudos sobre os novos métodos do ‘parto sem dor’ apontavam que as técnicas otimizavam o parto, havendo menor necessidade de anestesia, perda sangüínea mais branda e menos hipertensão. As mulheres treinadas tinham partos mais satisfatórios e eram, do ponto de vista obstétrico, ‘melhores pacientes’. A aceitação de disciplinas para o parto, aparentemente proveu uma solução de compromisso entre mulheres e obstetras. Nos anos 1970, novos estudos questionaram os primeiros, mostrando falhas metodológicas e defendendo os métodos psicofiláticos de DeLee (Arney, 1982: 216). Conforme aponta ironicamente Arney, “A obstetrícia sempre aceitou inovações baseadas sobre as mais

---

<sup>103</sup> Arney utiliza o termo ‘parto natural’ de modo pouco preciso, se considerarmos as diversas modalidades discutidas. Deduzi que o termo ‘natural’ foi usado em contraposição à cesariana.

<sup>104</sup> Os autores são Grantly Dick-Read, Fernand Lamaze, Frédéric Leboyer, Michel Odent e Sheila Kitzinger,

frágeis evidências, desde que parecessem científicas” (Arney, 1982: 217). Apesar de toda a celeuma, “a obstetrícia foi obrigada a aceitar o desafio do parto natural para atender às mulheres e ao mesmo tempo preservar o projeto obstétrico como território dos obstetras” (Arney, 1982: 218).

Por outro lado, vale atentar para outras configurações de valores que tiveram um papel decisivo para que a mudança se efetivasse. De acordo com Salem, o ideário do parto sem dor, dos métodos psicofiláticos e, em especial, dos métodos ‘pós-parto sem dor’ (pós-PSD), dos anos 1970, encontra-se profundamente informado e modelado pela ideologia individualista psicologizante, que encontrou nas camadas médias intelectualizadas o seu campo mais fértil. Segundo a autora, não há uma linearidade evolutiva entre os métodos, sendo todos, acima de tudo, modalidades que coexistem, não se superando no tempo (Salem, 1987: 86).

### **3.2.2. Uma nova conjugação de interesses: mulheres e obstetras**

A profissão reformulou as práticas para atender aos interesses das mulheres, que queriam participar ativamente do parto e ter o sentimento de controle sobre ele. Esta era a mensagem implícita no MPN e na reconceitualização da dor. O alívio da dor unidimensional fora a porta de entrada do controle dos obstetras sobre o parto: ao aliviá-la, também ‘retirava’ a mulher da participação no próprio parto. A dor bidimensional representava uma reapropriação das mulheres de seus partos, através de participação ativa, domínio de sua dor e enfrentamento do desafio de ter um parto natural (Arney, 1982: 218).

No início dos anos 1970, o obstetra Leboyer, na França, apresenta uma nova vertente na linha de valorização do parto natural, ao desviar a atenção para o recém-nascido, em especial para o “sofrimento infligido ao bebê no nascimento”, conforme o livro *Nascer sorrindo*, que defendia o “nascimento sem violência” como uma “filosofia de vida” (Salem, 1987: 71). Esta “filosofia de vida” não estava nitidamente definida, o que aponta para o caráter amplamente abrangente da proposta. A presença do pai no nascimento não era explicitada, mas seguidores de Leboyer propunham que era ele quem deveria cortar o cordão umbilical e dar o primeiro banho. O projeto de Leboyer era de explícita inspiração oriental e continha uma crítica à tecnologização, sendo neste sentido semelhante à proposta pioneira de Dick-Read. Havia uma entronização do “natural”, da

“natureza” e das sociedades “não corrompidas” e “contaminadas” pelo social (Salem, 1987: 73). Suas idéias podem ser compreendidas no contexto da contracultura, neo-romântica e com toques de ‘orientalização’.<sup>105</sup> Vale assinalar que este obstetra foi também o introdutor no Ocidente da Shantala, massagem para bebês.<sup>106</sup> As proposições de Leboyer, assim como a recepção entusiástica de suas teses, especialmente pelas classes médias intelectualizadas, indicam o surgimento de uma nova sensibilidade em relação ao nascimento e aos bebês, o que pode ser articulado à ‘invenção do feto’, a ser discutida no próximo capítulo.

Nos anos 1980, Michel Odent, como Leboyer médico obstetra, radicaliza algumas das idéias de Leboyer, insistindo na valorização do conhecimento “instintivo” e “inato” das mulheres acerca do parto. Entendendo o nascimento como uma experiência sexual, sua intenção programática consiste em desmedicalizar tanto quanto possível a gravidez e o parto. Seu discurso visa a uma “crítica política da técnica”, alinhado com Illitch e Leboyer em uma “denúncia ao imperialismo mundial do tecnicismo” (Salem, 1987: 73). Advoga a subordinação da lógica e da razão à emoção e ao instinto. Sua tese central é a de que o parto e o nascimento são “partes integrantes da vida sexual e emocional dos cônjuges” (Odent, 1984 *apud* Salem, 1987: 74).

Inicialmente, seu projeto encontra-se próximo à teoria de Leboyer: Odent propõe a formação de grupos de casais na clínica de Pithiviers para a leitura de *Nascer sorrindo*, sob a coordenação de uma psicóloga com formação psicanalítica. Com o passar do tempo, ele se afasta de seu inspirador e acentua a crítica à medicalização, defendendo a atribuição de maior poder às parteiras, considerando que “as mulheres são naturalmente dotadas de sensibilidade” para o atendimento de parturientes. Considera que a equipe e o pai têm como papel primordial o apoio afetivo à parturiente, critica a postura dorsal para parturição e defende a liberdade de movimentos para a gestante em trabalho de parto e no período expulsivo.<sup>107</sup> Equipara o nascimento ao orgasmo e objetiva modificações na arquitetura da sala de parto, significativamente designada por ele como “*salle sauvage*” (Salem, 1987: 74-76). Suas prescrições implicam – ao contrário do método do parto sem dor e do

---

<sup>105</sup> Sobre o fenômeno de orientalização do Ocidente, cf. Campbell (1997).

<sup>106</sup> Leboyer esteve no Brasil para divulgar seu livro no mesmo ano em que foi publicado na França, 1974, indicando haver um público altamente receptivo para propostas do gênero. Conforme aponta Salem, havia uma “autopercepção vanguardista” dos propositores de teorias pós ‘parto sem dor’, que radicalizavam ou sugeriam novas propostas às teorias dos pioneiros (Salem, 1987: 62).

<sup>107</sup> Período final do trabalho de parto.

psicofilático – o “abandono do cérebro superior” e do controle como facilitadores do parto, o isolamento da mulher do mundo exterior e o contato da parturiente com “seu eu instintivo interior”. Odent faz uma crítica ao projeto de Lamaze por acreditar que nele a mulher ficaria “alienada” (Salem, 1987: 77).

Em seus escritos posteriores, radicaliza a proposta desmedicalizante, sugerindo que a obstetrícia abandone o parto. Em sua clínica, não são utilizadas a ultra-sonografia ou as técnicas de diagnóstico pré-natal. O plano de Odent consiste na “entronização do preceito de antinormatividade”, concedendo supremacia ao “instinto”. Seu posicionamento no tocante à presença do pai no parto é um tanto ambígua (Salem, 1987: 77). Em síntese, a proposição que defende está profundamente imbuída da noção de singularidade de cada parto, este compreendido como uma ‘recolção’ da vida da mulher. Há uma significativa inflexão psicologizante e subjetivante no ideário de Odent, se comparado com o de seus antecessores. Em 1984, seu livro – *Birth reborn* – é publicado nos Estados Unidos, indicando, portanto, haver receptividade do público americano para as suas teses.

A última autora resenhada por Salem em sua análise, a inglesa Sheila Kitzinger, antropóloga social, entende o momento do parto como resultante da “educação e do passado da mulher”. Sublinha a “experiência subjetiva do parto” como parte do casamento, e escreve manuais “não-prescritivos”.<sup>108</sup> Posiciona-se contra a “rigidez disciplinar do parto sem dor”, prescrevendo flexibilidade na sua condução e entendendo-o como um “ato criativo”, no qual são exaltadas tanto a singularidade como a variedade de possibilidades subjetivas. A proposta de Kitzinger contém um deslocamento da dor, como questão central a ser lidada no parto, para a idéia de “parto consciente” (Salem, 1987: 80). Parece estar em jogo uma determinada forma de parir, colorida por um conteúdo moral que implica uma atitude estóica por parte das mulheres – neste sentido, análoga ao período pré-profissional, quando o comportamento da mulher no parto era indicativo de virtudes ou defeitos morais.<sup>109</sup> O discurso de Kitzinger ressalta e valoriza a experiência subjetiva da mulher, sugerindo introspecção, em um discurso marcadamente psicologizado e informado pela psicanálise.<sup>110</sup> Sugere que os casais busquem cursos pré-natais com o intuito de poderem “expressar e elaborar” seus sentimentos. Salem aponta que esta “educação para o parto” tão psicologizada tem implicitamente como consequência o recurso a um maior número de

---

<sup>108</sup> Vale notar que a expressão ‘manuais não-prescritivos’ contém uma contradição em termos.

<sup>109</sup> Cf. acima, item 3.1.

<sup>110</sup> Seria interessante contextualizar o trabalho desta autora na cena psicanalítica inglesa dos anos 1970-80,



especialistas, uma equipe multidisciplinar (Salem, 1987: 81).

A grande quantidade de informações médicas presente em seus manuais é justificada pela autora como visando fornecer aos casais o “direito de escolha” (Sheila Kitzinger, 1981 *apud* Salem, 1987: 80). Através dessa estratégia, pretende aparentemente transformar os ‘pacientes’ em “sujeitos” diante do poder médico, o que em outros termos não deixa de ser um movimento de medicalização, mesmo que se propondo a criticá-la, pois implica necessariamente a ‘socialização médica’ de um público leigo. A rigor, a proposta explicitamente ‘antimedicalizante’ de Kitzinger envolve uma medicalização com sinal invertido, mantendo uma perspectiva dualista corpo-mente.

Enquanto a obstetrícia, no início de sua formação como profissão, delegava os ‘aspectos psicológicos’ da mulher a um plano acessório e secundário, quando não inexistente, Kitzinger parece propor uma situação em que esses aspectos passariam a ocupar a cena principal, enquanto a obstetrícia ‘medicalizante’ passaria para os bastidores. A medicalização cede lugar à psicologização, com uma ênfase acentuada na singularidade, expressividade e subjetividade. A rigor, está-se diante de uma atitude qualitativamente tão normalizadora quanto a da medicalização estrita da gravidez e do parto, apenas codificada em linguagem ‘psi’. Da medicalização como prescrição passa-se para a ‘psicologização’ como ‘receita’, algo já esboçado na contradição em termos implícita nos ‘manuais não-prescritivos’. Nos termos de Lo Bianco, trata-se de uma “medicalização de 2º grau”, um tipo de socialização que, a rigor, implica maior envolvimento com o paradigma médico, reforçando seu papel como modelador das experiências de gravidez e de parto (Lo Bianco, 1983 *apud* Salem, 1987: 89).

No final dos anos 70, uma nova relação médico-paciente já estava firmemente estabelecida nos Estados Unidos: as mulheres buscam construir uma relação de parceria igualitária com os médicos (Arney, 1982: 218) e para atender ao mercado, faz-se necessário uma mudança no papel do obstetra, que passa desse modo a deter menor poder.

O ideário do parto sem dor (PSD) e o ‘pós-PSD’, nos termos de Salem, desempenha um papel relevante para a construção da relação igualitária entre gestantes, parceiros e médicos, ao mesmo tempo em que é revelador de valores em circulação nesse período. A comparação feita pela autora entre os dois ideários – por um prisma diferente do adotado por Arney – clarifica de que modo ocorre tal transformação na relação entre gestantes e

obstetras. Dick-Read e os que o seguiram apresentam em comum um discurso antimedicalizante. Este discurso tem desdobramentos na arquitetura e no *setting* do parto.

A norma de desmedicalização contestava o poder médico tanto pelo prisma da normalização contida no modelo medicalizante quanto pela desconsideração da subjetividade da gestante, mas há diferenças importantes entre os precursores e os que se seguiram. Enquanto Dick-Read e Lamaze utilizavam a informação para debelar a dor no parto, para os teóricos pós-PSD, a informação transformava a mulher em sujeito capaz de se contrapor ao poder médico. Está em curso uma revisão do papel do obstetra, com um duplo deslocamento discursivo: do reconhecimento da centralidade do obstetra no parto passa-se a buscar a sua invisibilidade, e a hierarquia médico-paciente deve ceder lugar a uma relação igualitária. Os mentores do PSD pregavam a necessidade de “reeducar e conscientizar a classe médica” (Salem, 1987: 88), mas não questionavam a centralidade dos médicos no parto, a quem também era delegada a preparação das mulheres, visando a um parto indolor. Na retórica pós-PSD, a centralidade da figura do médico é deslocada em diversos sentidos: outros profissionais são convocados e os médicos “perdem o monopólio de preparação da gestante” (Salem, 1987: 88).

De acordo com Odent, o médico passa a ser “um mero facilitador” e o papel principal da equipe é “afetivo e de suporte”. Para Leboyer, as principais qualidades requeridas do médico são “a paciência, a modéstia, o amor e o silêncio”. Salem sublinha que, no ideário pós-PSD, o saber médico deverá estar subordinado ao ‘instinto’, evidenciando-se o reforço da dualidade natureza/cultura, com ênfase no primeiro termo. Postula-se a invisibilidade da competência específica do médico (Salem, 1987: 88). A retórica da desmedicalização não chega a ser propriamente ‘antimedical’; sua proposta consiste em evitar o uso abusivo e desnecessário de procedimentos médicos. De acordo com Salem, o movimento do PSD “nasce com vocação psicológica”: Lamaze refere-se ao método psicoprofilático como “movimento de analgesia psicológica” (Lamaze, 1956 *apud* Salem, 1987: 90). Contudo, o ‘psicológico’ de Lamaze não é o mesmo do movimento pós-PSD, que implica necessariamente individualização, privatização e, sobretudo, expressividade dos sujeitos – em última instância, singularização da gravidez e do parto (Salem, 1987: 90).

Pode-se dizer que, para Dick-Read e Lamaze, o ‘psicológico’ é um **meio** para alcançar-se um fim: a analgesia do parto. No ideário pós-PSD, o ‘psicológico’ é um **fim em si**, apontando para uma percepção do processo de gravidez e parto como momentos de

introspecção, crescimento e aperfeiçoamento pessoal, configurando nitidamente uma noção romântica de *Bildung*.<sup>111</sup> O PSD apresenta-se como universalizante, técnicas que podem ser aprendidas e utilizadas por todas as mulheres, enquanto o pós-PSD enfatiza a singularidade da experiência individual.

Salem aponta que no PSD as ‘emoções’ estão reduzidas ao ‘medo do parto’, que seria fruto de uma tradição sociocultural ‘desvirtuada’, impressa no cérebro feminino. No ideário pós-PSD, o ‘psicológico’ autonomiza-se em relação à fisiologia e ao social, apresentando-se como um domínio irredutível. O foco passa para o casal, para a relação da mulher e do homem consigo mesmos e entre si, e com suas famílias – fatores que passam a ser considerados como “determinantes para o sucesso ou o insucesso do processo em curso”. Para o PSD, o ‘psicológico’ é um espaço de aprendizagem, a ‘verdade’ está no método, trata-se da ação analgésica da sugestão verbal. No pós-PSD, a ‘aprendizagem’ é substituída pela ‘reflexão’, pelo “escrutínio intimista do *self*” (Salem, 1987: 91). Ocorre uma inversão: da ‘ação analgésica da sugestão verbal’ do médico passa-se, no pós-PSD, à crença no efeito terapêutico da palavra do paciente, sobrecarregando o parto de significações psicológicas:

De acordo com o pós-PSD, o parto ‘revela’ aquilo que o sujeito ‘é’; consiste no momento determinante que conforma a relação mãe, pai e filho; marca de forma indelével, a personalidade do futuro adulto; pode solidificar ou comprometer de modo irremediável a vida do casal (...) (Salem, 1987: 92).

Há o deslocamento de um discurso que se legitima por meio de regras universalmente aplicáveis para outro, que se constitui no repúdio a qualquer tipo de normatividade. Dick-Read e Lamaze apresentam seus métodos por meio de uma série de aulas; Leboyer propõe uma ‘filosofia de vida’; Kitzinger aponta para a necessidade de ‘flexibilizar’ métodos; Odent advoga a antinormatividade de modo radical. Salem assinala que “a externalidade do código dirige-se para a internalidade do sujeito como *locus* de

---

<sup>111</sup> *Bildung* é um conceito que emerge em fins do século XVIII no romantismo alemão, referido à formação intelectual do indivíduo, ao autocultivo e ao aperfeiçoamento de si, interiorizado. Para Norbert Elias, é um dos conceitos que “legitima a seus próprios olhos a *intelligentsia* de classe média (...) o que fornece os alicerces à sua auto-imagem e orgulho (...)” (Elias, 1997: 43). O ideário da contracultura, no qual pode-se incluir o movimento do parto natural com suas diversas nuances, parece seguir à risca essa noção romântica de autocultivo por meio de diversas experiências, que vão desde a gravidez e o parto até a busca da psicanálise. Este aspecto mostrou-se prenhe entre as classes médias intelectualizadas, em especial na década de 1980. Pode-se pensar que, em um primeiro momento, com os precursores do parto sem dor – Dick-Read e Lamaze – o autocultivo consistia em um treinamento da grávida dirigido de fora para dentro. A partir da década de 1970, a ênfase muda e acentua-se a singularidade e a especificidade da experiência, que passa a ser conduzida pela própria gestante em uma ‘viagem interior’.

revelação de verdade” (Salem, 1987: 93).

Estimula-se o “direito de escolha”, a “liberdade de se ouvir”. O deslocamento para a internalidade, aponta Salem, evidencia dois tipos diferentes de moralidade. Conforme salienta a autora, seguindo Foucault em *O uso dos prazeres*, todo sistema moral apresenta dois aspectos: o primeiro diz respeito aos códigos de comportamento e às proposições por meio de diferentes agências; o segundo consiste em formas de subjetivação, uma vez que toda ação moral implica uma relação consigo mesmo. Diante de uma regra há uma infinidade de alternativas, que vão do respeito à infração. Nesse espaço, aloja-se o sujeito como ente moral que avalia e define a sua posição em relação ao código – em outros termos, os sujeitos não são passivos. Certas morais caracterizam-se pela ênfase dada ao código, que se ajusta a todos os casos possíveis. Códigos muito flexíveis deslocam o foco para o sujeito, do qual se espera que, por meio de intensa relação consigo mesmo, seja capaz de decifrar o que lhe é ao mesmo tempo ofertado e ocultado: sua “verdade” ou seu “desejo” (Salem, 1987: 94). Daí decorre que a incitação ao autodescobrimento passa a ser a regra, não menos constrangedora do que a do código rígido externalizado. De acordo com Salem, a ética pós-PSD funda-se na plena expressão do sujeito e em sua “liberação” tornada norma, do mesmo modo que a desmedicalização constitui-se calcada no imperativo da antinormatividade. A proposta consiste em “varrer os constrangimentos sociais, vistos como atravancando a expressão do sujeito”, na mesma lógica que se afirma na “reapropriação do saber médico (...) para garantir o império do autogoverno” (Salem, 1987: 95).

Ainda com Salem, o ‘psicologismo’, postulando o sentido irreduzível da experiência individual, serve como base para o preceito de antinormatividade, no qual o mergulho na interioridade transforma o próprio sujeito em um campo de transformações – a palavra como o mecanismo fundamental para se atingir tal meta. Nos grupos de preparação para o parto pós-PSD, busca-se a confissão, a ‘elaboração’ e o não-ensimesmamento. O corpo também se subordina à “norma de desrepressão”. A ética pós-PSD entende a “passividade feminina” como historicamente engendrada, um obstáculo a ser transposto. Enquanto na proposta do PSD a atividade de preparação para o parto correspondia ao domínio do corpo através da obediência aos novos códigos médicos propostos, na proposta pós-PSD a atividade consiste em revelar-se por meio de “opções” e “expressividade” (Salem, 1987: 96).

A expressão corporal é valorizada como linguagem, e busca-se a “liberação total”

por meio da “liberdade de movimentos” e da “perda de controle”.<sup>112</sup> A subordinação do corpo ao regime de liberação está baseada em duas premissas. A primeira consiste na noção de que o corpo mostra o que o sujeito é, sendo a expressão do *self* idiossincrático. A desrepressão equivale à ‘revelação’ do sujeito, dono de um corpo regido pelo princípio do prazer. Vale ressaltar que no ideário pós-PSD o prazer é mais importante do que a ausência de dor, confundindo-se com a própria sexualidade. Tanto Kitzinger quanto Odent consideram a gravidez e a parição como experiências sexuais, o momento da expulsão correspondendo ao orgasmo. No parto, assim percebido, encontra-se a ‘verdade’ essencial do sujeito. A segunda premissa está calcada no primado da ‘liberação’, atrelada à subordinação do social ao indivíduo. Esta segunda premissa remete ao que Sennett delinea como a transformação da personalidade individual em categoria social, ocorrida no século XIX, em pleno vigor do ideário romântico (Sennett, 1998: 160), que colore de modo significativo todo o movimento pós-PSD. O “desejo” é construído e valorizado como o contraponto à norma e ao social (Salem, 1987: 97).

De acordo com Salem, o preceito de igualdade realiza um “social” de tipo especial: banindo-se a hierarquia, ingressa-se em um domínio supostamente imune a constrições. O igualitarismo impõe-se como equivalente à superação dos obstáculos para a afirmação do sujeito. Este ‘princípio de igualdade’ dissolve, em termos de representações, o paradoxo que se constitui com a “antinormatização” que, para se dar ‘plenamente’ necessita do recurso a um número maior de profissionais envolvidos no processo. Trata-se de uma “relação entre iguais”, o “saber técnico” está subordinado ao “saber instintivo”, comum aos parceiros.<sup>113</sup> Os valores axiais neste ideário são a igualdade e a “liberação”, associados à percepção do indivíduo como “ser psicológico” (Salem, 1987: 98-99).

O movimento do parto natural incorpora os interesses das mulheres e da obstetrícia em uma nova solução de compromisso, principalmente se o controle da mulher sobre o parto facilita a tarefa dos obstetras. A regra moderna passa a ser:

---

<sup>112</sup> Delineia-se aqui um deslocamento da ‘interioridade psicológica’ para a ‘expressividade corporal’ que implica exteriorização e ‘corporificação’ das emoções. Levado ao limite, este deslocamento permite pensar que exatamente nesta ‘expressividade corporal’ romântica, singularizada, encontram-se as raízes do ‘culto ao corpo’, que se consolida de modo acentuado nos anos 1990, um aspecto pregnante na questão do ultra-som fetal conforme será visto adiante. *Grosso modo*, parece tratar-se de um caminho que vai da psicanálise à academia de ginástica, passando pela bioenergética – esta, aliás, uma teoria que informa e configura boa parte do ideário pós-PSD.

<sup>113</sup> Esta configuração também é sublinhada por Arney na lógica do monitoramento, na qual todos – inclusive gestantes e parceiros – fazem parte da equipe, capturados na mesma rede de vigilância. A abordagem proposta por Salem torna mais densa a descrição delineada por Arney.

O parto deve ocorrer dentro de sistema flexível de alternativas obstétricas no qual as experiências das mulheres ganham preeminência, sobre um pano de fundo de *expertise* e segurança obstétrica (Arney, 1982: 220).

Este se torna o discurso unívoco de mulheres e obstetras e, em que pese a existência de eventuais discordâncias entre as partes, existe o diálogo e dele emerge apenas um discurso. Há três níveis de reformas necessárias para a obstetrícia se adequar à nova solução de compromisso: o psicológico, respeitando o controle das mulheres sobre o parto, o interacional-ético, organizando a relação médico-paciente em torno do princípio da não-maleficência, e o organizacional, delineando níveis primário, secundário e terciário de serviços. Os críticos da obstetrícia querem apenas que a *expertise* obstétrica seja aplicada de modo inteligente e moderado, respeitando a experiência e o entendimento da mulher sobre o parto, e esta posição torna-se coincidente com a da própria profissão.

Uma força-tarefa, em 1978, nos Estados Unidos, composta por cinco organizações profissionais<sup>114</sup> para avaliar a situação do parto no país, emitiu um parecer no qual enfatizava a importância do cuidado centrado na família e delineava a dimensão física e sócio-psico-econômica do parto e da saúde em geral. A comunidade passa a ser envolvida no processo. No final dos anos 70, configura-se nos Estados Unidos uma cristalização dos interesses conjuntos mulheres-obstetras como fruto de um movimento começado nos anos 50: passa-se “do nascimento centrado no obstetra e na pelve ao nascimento centrado na família e na mulher” (Arney, 1982: 221-222). Os anos 70 marcam também a inclusão do pai no parto e na gravidez, como aponta Salem, com a construção social do “casal grávido” (Salem, 1985: 35).

A conjunção mulheres-obstetras não é perfeita. Em tese, todos concordam com o sistema flexível de alternativas obstétricas, mas **quando** deve haver intervenção é tema de debates entre os envolvidos na questão. São também levantadas discussões sobre a posição da parteira, em conjunto com disputas sobre qual seria o melhor local para o parto. A força-tarefa americana, de 1978, definiu-o como sendo o hospital e, assim, a obstetrícia posicionou-se contra o parto doméstico, brandindo a argumentação “em favor do feto” diante da insistência das mulheres para a realização do parto em casa (Arney, 1982: 228).<sup>115</sup>

---

<sup>114</sup> Uma de pediatria, duas de enfermagem obstétrica, uma de obstetrícia e ginecologia e uma de enfermagem geral.

<sup>115</sup> Esta argumentação será discutida mais extensamente no próximo capítulo.

Salem aponta a radicalização principal promovida pelo movimento pós-PSD: uma retórica desmedicalizada, mais psicologizada e dirigida à internalidade do sujeito. De acordo com esta autora, a moralidade do pós-PSD estrutura-se em nome da “plena manifestação do indivíduo” e da sua “liberação”, em sintonia com a convulsão ideológica dos anos 1960 (Salem, 1987: 86).

Toda essa dinâmica implicou uma reorganização da obstetrícia e uma reconfiguração do papel do médico obstetra, na medida em que o novo modelo ecológico, igualitário, trazia uma relativa restrição do âmbito do poder obstétrico no tocante ao parto.

### **3.2.3. Novos campos de visibilidade: o panóptico e o parto**

O problema de quando é necessário haver intervenção médica levanta a questão de quem (ou o que) controla o parto. A divisão de trabalho – e controle – com a família é apenas aparente, pois as mulheres, para poderem participar no novo modelo ‘igualitário’, têm que aceitar a prerrogativa médica (Graham, 1977 *apud* Arney, 1982: 229).

De acordo com os críticos,

A realidade do parto é a de ser um processo severamente medicalizado antes, durante e depois, no qual o pouco controle que é permitido às mulheres é apenas uma estratégia de relações públicas (Arney, 1982: 229).

Para Arney, em síntese,

Os obstetras controlaram o parto desde o início do século XX até o final da II Guerra. Há uma mudança na abordagem quando surgem tecnologias sociais de monitoramento e vigilância, mais do que de dominação e controle. O conceito de monitoramento expõe a mulher a um campo constante de visibilidade e implementa esse controle através de treinamento para o parto natural e de meios obstétricos tradicionais. O mesmo conceito coloca a equipe de saúde em um campo de visibilidade, e o controle é reflexivo (Arney, 1982: 229).

Embora no novo modelo seja difícil identificar quem dirige a situação, o aspecto evidente é que o parto é controlado e que mulheres e obstetras estão submetidos a uma vigilância mais ampla, pelo monitoramento social. De acordo com Arney, o movimento do parto natural (MPN) expõe a mulher ao panóptico, através do modo confessional de interação no ‘treinamento’ para o parto. Nele, a mulher posiciona-se em termos de seu desvio ou de seu alinhamento às novas tecnologias de normalização, evidenciando o paradoxo do ‘parto natural’ profundamente controlado. A natureza desse controle ao qual as mulheres se submetem corresponde ao panóptico, que não é especificamente governado por ninguém, e sim por uma relação fictícia criada ao longo da história. No caso da

obstetrícia, isto ocorre com a reformulação da relação médico-paciente inscrita no conceito de monitoramento (Arney, 1982: 230-231). Trata-se de um controle disciplinar altamente eficaz, de dentro para fora, subjetivante, no qual tanto a gravidez quanto o feto são intensamente subjetivados. O autocontrole requerido das mulheres no desenrolar do parto natural é um dos pontos-chave de todo o processo disciplinar no novo modelo obstétrico.

O campo ampliado de visibilidade, que inclui mulheres e obstetras, produz um incitamento ao discurso, contendo tecnologias de extração de informação. Os interesses e os desejos das duas partes estão sujeitos ao monitoramento, promovendo a antecipação na detecção do desvio e a rapidez de normatização, além da otimização dos cuidados. Nesse processo, está presente a internalização do controle como um elemento essencial. Uma das prescrições do novo modelo incide na formação médica, com programas que recomendam espaços para autoconhecimento e confissões na escola médica (Arney, 1982: 234). O campo de visibilidade amplia-se e consolida-se desse modo.

Arney assinala que, no conjunto das teorias e práticas acerca do parto, este deve, acima de tudo, ser administrável. Entende a teoria de Sheila Kitzinger, por exemplo, como uma vertente interessante enquanto “forma de administração” por focar o parto como uma experiência psicosexual, calcada em discurso marcadamente biologizante. Esta abordagem da autora enfatiza a individualidade e a singularidade da experiência do parto. Arney aponta que, apoiada em um discurso libertário, sua proposta a rigor representa uma submissão a outro tipo de coisa: a adesão a ela implica necessariamente submissão total a uma idéia de ‘entrega completa’ ao próprio corpo e à biologia, muito semelhante à proposta da sociobiologia e do *bonding* – este último um tema a ser especificamente discutido adiante.<sup>116</sup> A biologia é a lei a ser seguida (Kitzinger, 1962, 1977 *apud* Arney, 1982: 239), em conjunto com uma acentuação do processo de subjetivação e individualização, conforme vimos acima.

De uma maneira geral, o novo modelo substitui a brutalidade do antigo esquema obstétrico, através do conjunto seguro de encadeamentos construídos em colaboração com as mulheres, havendo a substituição de um tipo de sistema de controle por outro mais totalizante. Arney admite que esta é uma das interpretações possíveis, mas argumenta que ela é sustentada por duas respostas suscitadas pelo movimento do parto natural: a da obstetrícia e a dos movimentos pela saúde da mulher. Para este autor, a rapidez com que a

---

<sup>116</sup> Cf. item 3.2.4.



obstetrícia incorporou as novas tecnologias do MPN é sintomática (Arney, 1982: 236). Outra possibilidade de compreensão desta ‘rapidez de resposta’ consiste em considerar que não se trata de uma questão de ‘resposta’, ação e reação, ou causa e consequência e sim, que a obstetrícia e os movimentos em prol das mulheres – assim como suas reações ao MPN – fazem parte de um mesmo processo social, ocorrendo, portanto, de modo simultâneo e interligado.

A resposta da obstetrícia ao MPN implicou a criação de uma nova ciência do parto. A resposta de movimentos feministas que se apresentavam como alternativa ao poder obstétrico também incluiu a submissão a um poder externo de controle, pois a nova regra – informada pela ‘cultura do risco’ – enfatizava, em primeiro lugar, a segurança em um centro obstétrico muito flexível. As alternativas obstétricas surgem dentro da regra de “segurança e flexibilidade”. Em um movimento de realimentação positiva, a regra facilita o aparecimento de alternativas que, por sua vez, reforçam a própria regra. Conforme assinalado anteriormente, alternativas flexíveis deslocam o foco para o sujeito, que precisa decodificar o que lhe é oferecido e negado, assim como fazer opções. Este processo de internalização torna-se tão constrangedor quanto um código rígido externalizado. Há no processo uma acentuação e um incitamento à subjetividade e à singularidade. A regra “mais humana” é também mais encompassadora e, assim, mais difícil de transgredir. Para Arney, a resultante final desse jogo de forças consiste em um reforço do panóptico que controla os partos (Arney, 1982: 240).<sup>117</sup>

A situação descrita e analisada por Arney, nos Estados Unidos, em 1982, evidenciava, portanto, uma maior flexibilidade tanto para a obstetrícia quanto para as mulheres em um sistema mais amplo e extraordinariamente controlado. Havia de fato uma liberdade maior, cuja condição de possibilidade residia em tudo ser sabido e visível. O *boom* ocorrido com a ultra-sonografia obstétrica, a partir de meados da década de 1980, representa o *embodiment* desse processo.

---

<sup>117</sup> Vale assinalar que em certos momentos Arney parece reificar o panóptico, deixando de lado a noção de que o panopticismo reside justamente na expansão do controle disciplinar através da disseminação da **internalização** deste pelos sujeitos. No mesmo processo, em um movimento contínuo de realimentação positiva, ocorre um reforço da disciplinarização e da subjetivação. De todo modo, a ênfase dada por ele à construção de campos de visibilidade – literalmente ou não – é compatível com o presente objeto de estudo, uma vez que o ultra-som torna o feto ‘visível’, de modo menos abstrato.

### 3.2.4. A invenção do *bonding* e a ampliação do controle dos corpos e das emoções

Quase como um contraponto ao movimento pós-PSD, que representou uma reapropriação das mulheres do controle e da administração de seus partos, a obstetrícia reestrutura-se, ampliando sua área de atuação e tendo como uma das balizas nesse processo a teoria do vínculo mãe-bebê (*bonding*). No surgimento da teoria do *bonding*, a obstetrícia ‘apropria-se’ desta questão e, assim, passa a incluir entre as suas atribuições também o período pós-natal. Na nova teoria, é construída uma síntese mãe-bebê que se torna uma unidade de interesse, propiciando a consolidação da entrada da obstetrícia na família. De acordo com a teoria, o *bonding* é um processo social e biológico. Conforme assinala Arney de modo crítico, a metodologia de pesquisa sobre o vínculo é bastante falha, mas mesmo assim a teoria do *bonding* foi aceita de modo irrestrito como ‘científica’. A pergunta que o autor se coloca é de que modo e por que uma teoria cientificamente inconsistente – tanto do ponto de vista das ciências experimentais quanto das ciências sociais – foi tão bem recebida por uma profissão que se pretende ‘científica’. A resposta, para ele, encontra-se na compreensão do contexto político no qual se desenvolveu tal teoria (Arney, 1982: 155-156).

A literatura do *bonding* surge na década de 1970, amplamente revisada por Marshall Klaus e John Kennell no livro *Maternal-Infant Bonding*, publicado em 1976.<sup>118</sup> O livro de Edward Wilson, *Sociobiology*, de 1975, também apresenta revisões dessa bibliografia. A literatura do vínculo recorre a duas fontes principais de pesquisa: a etologia e a pesquisa humana experimental ou quase-experimental.

Os estudos de etologia são de três tipos: estudos de inferência da evidência de práticas comuns de parto em diferentes espécies; estudos de separação mãe-bebê e seus efeitos; estudos de adoção interespecies. As conclusões dessas pesquisas registravam que o comportamento parental em diferentes espécies é variável, mas as formas de cuidado eram comparáveis, pois, embora reagindo de modo diverso a separações, sempre existia um período de tempo crítico – pós-parto – para que se estabelecesse uma ligação entre o animal e a cria. A conclusão era de que a separação mãe/filhote recém-nascido alterava

---

<sup>118</sup> Desde Freud, a psicanálise ocupou-se com a importância das relações precoces mãe-bebê. Diversos autores aprofundaram-se no tema a partir da década de 1920, tais como Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion, entre outros. Nos anos 1940, Winnicott participava de programas radiofônicos da BBC divulgando conceitos psicanalíticos aplicados à educação de crianças. Evidentemente, a teoria do *bonding* é, de um modo ou de outro, informada pela cultura psicanalítica. O ponto que está aqui sendo sublinhado é de que modo e correspondendo a quais interesses especificamente **esta** teoria – e não outra – foi rapidamente incorporada pela obstetrícia em seu ideário. Tal incorporação não é casual ou circunstancial. Cf. discussão adiante sobre o sentido da apropriação das teorias psicanalíticas.

significativamente o comportamento materno, provocando, em geral, rejeição ou dificuldade de aceitação do neonato pela mãe. Quanto mais precoce o afastamento, maiores seriam os efeitos da separação (Arney, 1982: 157).

Os estudos sobre adoção concordavam com a existência de um ‘período sensível’, mas acrescentavam que o meio onde ocorria a adoção e o comportamento do bebê adotado afetavam a resposta materna ao bebê. Vários estudos endocrinológicos reforçaram os estudos observacionais, mostrando que o comportamento materno mudava com a ausência do filhote. As pesquisas concluíam que, logo ao nascer, estabelecem-se padrões de interação entre mãe e bebê, prevenindo o abandono do filhote por ela (Arney, 1982: 158).

Klaus, Jerauld *et al.* publicaram em 1972 um estudo que se tornou um clássico da literatura de *bonding*, observando um grupo de 28 puérperas, divididas em dois grupos: um grupo com ‘contato prolongado’ e um grupo-controle. O grupo-controle seguia o padrão de contato com o bebê adotado pela maternidade: as mães viam o bebê rapidamente após o nascimento, viam-no de novo cerca de 6 a 12 horas depois para identificá-lo e nos três dias seguintes visitavam a criança a cada quatro horas, durante 20 a 30 minutos, para amamentá-la. As participantes do grupo de contato prolongado, nas três primeiras horas após o parto, recebiam durante uma hora o bebê nu, e nos três dias seguintes permaneciam junto a ele cinco horas ‘extras’, a cada tarde. Portanto, nos três dias pós-parto, o grupo experimental tinha 16 horas a mais de contato com o bebê do que o grupo-controle.

As mães foram entrevistadas quando os bebês contavam um mês. Os bebês e as mães foram avaliados e filmados durante o exame pediátrico e a amamentação em duas ocasiões: a primeira quando os bebês contavam um mês, e a segunda com um ano de idade. As conclusões da análise dos filmes foram de que havia diferenças estatisticamente relevantes no comportamento materno entre os dois grupos: as mães do grupo experimental buscavam mais contato visual com os bebês durante a amamentação e acarinhavam-nos mais do que as mães do grupo-controle. Estudos subseqüentes realizados quando as crianças contavam dois anos de idade concluíram que havia diferenças lingüísticas no modo como as mães do grupo experimental se dirigiam aos filhos, e outro estudo, aos cinco anos de idade, concluiu haver diferenças significativas entre o Q.I. e as habilidades lingüísticas em favor das crianças do grupo experimental. A conclusão da longa série de estudos foi:

Apenas dezesseis horas de contato extra nos três primeiros dias de vida afetam o comportamento materno por um ano e possivelmente mais, e fortalecem a hipótese da existência de um período materno sensível logo

após o nascimento (...) Com base nas evidências, acreditamos profundamente que um princípio essencial do apego [*attachment*]<sup>119</sup> mãe-bebê é de que existe um período sensível ótimo nos primeiros minutos e horas logo após o nascimento para o estabelecimento da conexão pais-bebê (Klaus & Kennell, 1976 *apud* Arney, 1982: 160).

Arney tece diversas críticas metodológicas ao conjunto de estudos do vínculo, apontando que, em primeiro lugar, não está definido o que é *attachment* ou *bonding*. Além deste aspecto, os grupos não continuam comparáveis ao longo dos estudos: por exemplo, mudanças nas condições da família depois de sair do hospital não foram levadas em conta no experimento do contato prolongado. Acrescenta-se a isto o fato de que, por motivos éticos, experimentos sobre vínculo e separação em humanos são impossíveis de serem feitos. Contudo, a teoria do vínculo rapidamente expandiu-se para a medicina e para as políticas sociais. Para este autor, a teoria do *bonding* é uma das manifestações da sociobiologia e das suas racionalizações, provendo bases para políticas que “viabilizam plena realização do potencial genético” e são facilitadoras de uma “verdadeira ordem natural” (Arney, 1982: 164). Segundo Arney, o verdadeiro motivo de sua ampla aceitação e apropriação pela medicina e pela política social – apesar de todas as falhas metodológicas – deveu-se ao fato de ser uma teoria política e socialmente útil, que confirmava diversas noções vigentes no senso comum (Arney, 1982: 165).

A teoria do *bonding* foi utilizada para reformar diversas instituições, desde práticas hospitalares de parto e pós-parto para mães e bebês até práticas fora dos hospitais, de modo direto e indireto. O modo direto de utilização da teoria ocorreu com a aplicação de reformas sociais afetando crianças; o modo indireto evidenciou-se na aplicação de antigas práticas revestidas por uma nova retórica. Por outro lado, há um caráter contracultural e libertário nesse movimento de reformas inserido na lógica da luta pelos direitos civis dos oprimidos: negros, índios, mulheres, loucos e crianças. A educação de crianças, que deve produzir seres capazes de serem autônomos, criativos, singulares, focaliza o bebê como alvo inicial. Estas noções estabelecem as bases para a construção – mais adiante – do feto como Pessoa.<sup>120</sup>

No contexto dos anos 1970, com o movimento do parto natural bastante difundido e com o avanço do movimento feminista, certas mudanças só seriam possíveis com

---

<sup>119</sup> Não há uma tradução exata para este termo; optei por traduzi-lo por ‘apego’, termo geralmente encontrado nas traduções em português.

<sup>120</sup> Agradeço à prof<sup>a</sup> Jane Russo ter-me chamado a atenção para este aspecto.

‘embasamento científico’, posto que a obstetrícia reivindicava para si um *status* científico.<sup>121</sup> As mulheres ameaçavam o *establishment* obstétrico com a criação de casas de parto (*birthing rooms*), gerando intensa pressão dos consumidores oponentes do parto em hospital. Para atender à demanda e manter o controle da situação, a obstetrícia foi obrigada a deixar de lado a visão estritamente médica da gravidez, de modo a poder abranger a família depois do parto e atender à pressão de mulheres que ameaçavam o monopólio obstétrico do parto (Arney, 1982: 167). O discurso do *bonding* constituiu-se em uma ferramenta adequada para essa retomada de posição. Alicerçados nele, os obstetras podiam preencher uma nova função, estendendo seus cuidados para a unidade familiar após o nascimento e, também – com o abandono da visão patologizada da gravidez e a adesão ao modelo de monitoramento – transformar a gestação em um processo ‘natural’ com curso conhecido e administrável, cujas fronteiras estendiam-se abrangendo toda a vida da mulher. De acordo com Arney,

A nova visão da gestação e parto permitiu à obstetrícia responder, à sua maneira, às demandas das mulheres e ao mesmo tempo incorporar uma série de processos corporais ao campo de interesse profissional. A teoria do vínculo tornava o apaixonamento da mãe pelo bebê apenas mais uma fase no processo de gestação e parto (Arney, 1982: 167).

Por outro lado, a teoria original do *bonding* foi bem aceita também pelos defensores do MPN, em parte porque sugeria que o médico deveria colocar-se em uma posição de menor destaque e permitir às puérperas contato direto com seu recém-nascido (Taylor, 1998: 23). Este aspecto é compatível com o paradoxo da ampliação do monitoramento médico e tecnológico na ‘humanização’ do parto, discutido anteriormente.

As medidas usadas pelos pesquisadores do estudo de “contato prolongado” para avaliar o grau de *attachment* da mãe com seu bebê evidenciavam determinados vieses metodológicos, revelando os interesses sociais aos quais o *bonding* servia. Na entrevista, com o bebê contando um mês de idade, perguntavam à mãe o que esta fazia quando o bebê chorava e ela sabia que ele estava alimentado e seco. Os escores das respostas variavam entre **zero** pontos para “deixa o bebê chorar, sempre” e **três** pontos para “sempre pega o bebê”, com gradações intermediárias. A seguir perguntavam se a mãe havia saído desde

---

<sup>121</sup> Conforme aponta Camargo Jr., a partir do Renascimento tem início um processo que produz a destituição gradativa de um modelo teocêntrico de produção de verdades em favor de um novo tipo de saber, baseado no empirismo e na ciência. O discurso científico passa a ocupar o lugar da religião como produtora de ‘verdades’, tornando-se uma fonte de poder. A medicina – como um todo – aproxima-se deste modelo como forma de legitimar-se socialmente (Camargo Jr., 2003: 63) e a obstetrícia não escapa desta tendência.

que bebê nascera e como se sentira, pontuando as respostas entre **zero** para “saiu e se sentiu bem” e **três**, para “não saiu e pensa sempre no bebê”. O primeiro viés era claro: as mães são melhores se ficam em casa e se preocupam 100% do tempo com bebê. Um segundo viés consistia na ausência do pai e na não consideração acerca de pais não-biológicos ou não femininos (Arney, 1982: 172).

Arney aponta que, de modo análogo ao que ocorrera, no início do século XX, tomando-se o discurso natalista como uma estratégia para a manutenção da ordem social, a teoria do vínculo seria igualmente útil para tentar restringir as atividades das mulheres à criação dos filhos, com a diferença de ser um discurso alicerçado por uma teoria que se pretendia científica. O *bonding* colocava implicitamente as mulheres como as únicas cuidadoras válidas (Arney, 1982: 171). Por outro lado, vale considerar que a invenção da pílula anticoncepcional, que modificou o ‘ter filhos’ em uma opção para as mulheres que tinham acesso a ela, implicitamente transformava cada filho em um ser altamente valorizado pela mãe. São construídos dois discursos concomitantes: o de que a mulher deve modernizar-se, realizar-se profissionalmente e, ao mesmo tempo, ser capaz de ser uma mãe amorosa e atenta às singularidades de cada criança.<sup>122</sup>

Evidencia-se um preconceito na literatura do vínculo contra mulheres cujo objetivo na vida não eram os filhos, ou quando estes não eram o foco exclusivo de seu interesse, configurando-se como uma ideologia, na medida em que responsabilizava indivíduos por males sociais, como, por exemplo, na idéia corrente no senso comum de que mães que não cuidaram adequadamente dos filhos estariam ‘gerando marginais’ (Arney, 1982: 173). A atenção estava focada no indivíduo, em especial nas mulheres, ‘biologicamente aptas’ para desempenharem estas funções e, concomitante ao reforço da ideologia individualista contida na proposta, tornava-se claro que a ordem social seria mantida se o ‘mandado biológico’ fosse obedecido – tal como Rousseau defendia em 1762, em *Émile*.<sup>123</sup>

---

<sup>122</sup> Na prática, estes dois discursos contribuem para a geração de um enorme sentimento de culpa nas mulheres que devem deixar seus filhos pequenos aos cuidados de outros para poderem trabalhar e, freqüentemente concorre para o estabelecimento de uma dupla jornada de trabalho. Emerge outro discurso para aplacar esta culpa – o de que o que importa é a ‘qualidade’ do contato mãe-filhos, mais do que a quantidade de horas despendidas no cuidados com eles. Vale acrescentar que aqui se trata de discursos construídos por e para mulheres das camadas médias da população, uma vez que para as das classes trabalhadoras o que sempre houve foi uma realidade bem diversa desta, com muito menos ou mesmo nenhuma ‘opção’.

<sup>123</sup> No decorrer dos anos 1970 e 80 configura-se um movimento de estímulo ao aleitamento materno exclusivo, enfatizando a sua importância para o vínculo mãe-bebê, tendo sido fundado, por exemplo, no Rio de Janeiro, um grupo sem fins lucrativos intitulado “Amigas do peito”, que prestava atendimento a mulheres com dificuldades na amamentação e promovia cursos para gestantes e puérperas. Tal grupo mantém-se em

A teoria do *bonding* pode ser situada no contexto da produção das teorias biologizantes, discutidas acima, na medida em que sua proposta básica – e não por acaso tão amplamente difundida – consistiu em uma reafirmação do caráter ‘natural’, biológico, hormonal e, portanto, bioquímico, do apego ou vínculo mãe-bebê. Em última instância, da natureza dessacralizada e animal... do ‘amor materno’. Há uma fusão curiosa entre a valorização dos aspectos ‘psicológicos’ e ‘biológicos’ deste vínculo mãe-bebê. Em que pese as imprecisões teóricas e as falhas metodológicas da pesquisa que deu origem à teoria, sua pronta e difundida aceitação na sociedade em geral e pela obstetrícia em particular é devida provavelmente ao fato de reafirmar o caráter físico-moral, monista, compatível com uma mudança de paradigma, na consolidação do paradigma biológico no campo científico, dentro da metáfora ecológica.

As diversas teorias psicanalíticas que, anteriormente ou no mesmo período, também enfocavam o ‘vínculo precoce’ mãe-bebê em bases estritamente psicológicas, não foram aceitas e incorporadas pela obstetrícia de modo comparável à aceitação obtida pela teoria do *bonding*. As teorias psicanalíticas, amplamente difundidas entre o público leigo, encontraram grande receptividade em especial nas camadas médias urbanas intelectualizadas, conforme assinalado por Lo Bianco (1985). Esta aceitação se desenvolveu em paralelo com outra, pela obstetrícia, da teoria do *bonding*, propiciando e estimulando uma nova aliança entre mulheres, bebês e obstetras. Pode-se considerar que as duas teorias de certo modo reforçaram-se mutuamente.<sup>124</sup> As teorias psicanalíticas foram (e ainda são), na melhor das hipóteses, recebidas eventualmente como um reforço ‘acessório’ à ‘verdade’ biológica do vínculo mãe-bebê. O ideário biologizante do *bonding* é compatível com a “total **naturalização** do ser humano”, assinalada por Russo e Ponciano (2002: 363) (Grifo original).<sup>125</sup>

Há outro aspecto a ser considerado em conjunto com a voga biologizante que se constituiu e se cristalizou na teoria do *bonding* e que também informa novas noções acerca

---

atividade até os dias atuais.

<sup>124</sup> Cf. acima, nota 118.

<sup>125</sup> Tal ‘naturalização’ tem também um lugar de destaque no ideário do movimento pela ‘humanização do parto’, conforme assinala Tornquist: “O próprio termo ‘humanização’ reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual ‘humanizar’ é sinônimo de ‘animalizar’. A definição de humanização para um autor como Odent [Michel Odent] está referida ao lugar contíguo dos seres humanos junto aos demais mamíferos superiores, e a nossa particularidade (a dimensão cultural) é vista como um problema do qual nós deveríamos nos ‘livrar’, para então reencontrarmos nossos instintos perdidos. A humanização contrapõe-se aqui à cultura, vista apenas como um constrangimento, e não como condição humana da qual não é possível escapar” (Tornquist, 2002: 488).

da gravidez e do feto. Trata-se de um processo que desemboca no que Lo Bianco descreve como “psicologização do feto” (Lo Bianco, 1985). É importante aqui assinalar que este processo encontra-se em continuidade com a ‘invenção do feto’, de que tratarei mais detidamente no próximo capítulo.<sup>126</sup>

Em pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro no início da década de 1980, comparando determinados aspectos da percepção da gravidez entre integrantes de camadas médias (Grupo 1) e membros das classes trabalhadoras (Grupo 2), a autora aborda a questão do modo como a difusão da cultura da psicanálise incide na construção de noções da gestante acerca de seu feto.<sup>127</sup> Os dois grupos investigados por Lo Bianco em sua pesquisa tinham diferentes percepções acerca da relação entre gestação e maternidade. Para o grupo composto por membros das camadas médias intelectualizadas, a gravidez era um estágio integrante **da** maternidade, enquanto para as grávidas pertencentes às classes trabalhadoras, a gestação era um período de transição **para** a maternidade, que se instaurava apenas quando do nascimento do bebê (Lo Bianco, 1985: 101).

Um dos valores fundamentais da cultura da psicanálise consiste no cuidado com o bem-estar emocional das crianças, fruto de uma ‘boa relação materno-infantil’. De acordo com Lo Bianco, a psicologização do feto, um fenômeno largamente difundido entre as camadas médias no Rio de Janeiro nos anos 1980, consistia na busca de aperfeiçoamento desta relação retrocedida para a época anterior ao nascimento da criança. Este fenômeno é informado e modelado, entre outros aspectos, por diversas reconfigurações do papel feminino e pelas opções que se abriram com a profissionalização das mulheres – a maternidade passando a ser ‘mais uma’ opção para a mulher, e não mais apenas a única possível.<sup>128</sup> No Grupo 1, o das camadas médias intelectualizadas, a decisão de ter filhos era quase sempre vista “como ‘opção’ ou fruto de sua ‘livre escolha’” (Lo Bianco, 1985: 97 n.3). A ‘maternidade como opção’ dá origem também a sentimentos de ambivalência com relação ao papel materno e, conforme assinala Lo Bianco, passa a existir uma

---

<sup>126</sup> Por uma questão de fluência do texto, fez-se necessário colocar o tema da ‘invenção do feto’ como que entre parênteses para ser retomado adiante, introduzindo neste ponto a questão da psicologização do feto antes de abordar a sua construção social. Optei por este encadeamento de idéias não apenas por tal psicologização estar em continuidade com a teoria do vínculo, mas sobretudo por ser uma tendência seguramente **informada** pela literatura do *bonding*.

<sup>127</sup> Sobre cultura da psicanálise, cf. Figueira, 1985.

<sup>128</sup> Mais uma vez, cabe assinalar que ‘opções’ profissionalizantes e multiplicidade de papéis, associados ao discurso da ‘busca de realização’ fora do âmbito da maternidade, são ‘questões’ pertencentes tipicamente às camadas médias da população, uma vez que as mulheres das classes trabalhadoras defrontaram-se desde sempre com esta ‘multiplicidade’ de papéis muito mais por **falta** de opções do que por qualquer outro



descontinuidade socializatória,<sup>129</sup> na medida em que

Parâmetros que orientavam o desempenho do papel particular da mulher perdem a sua efetividade, experiências das gerações anteriores, quando são trazidas à cena, o são como exemplos do que deve ser evitado ou mudado (Lo Bianco, 1985: 98).

De acordo com Lo Bianco, a psicologização do feto emerge no contexto desta ambivalência acerca da maternidade, podendo ser compreendida, segundo a autora, como “uma tentativa de se redefinir e dar plausibilidade a uma nova experiência materna” (Lo Bianco, 1985: 98). A psicologização do feto, como resultante desse conjunto de processos entrelaçados, implica uma ‘antecipação’ da maternidade, configurando uma ‘recriação’ desta, posto que lhe atribui a mesma importância e centralidade anteriores, adiantada no tempo e compatibilizada com outros aspectos da experiência feminina (Lo Bianco, 1985: 98). Para as integrantes do Grupo 1, a gestação promovia mudanças que remetiam diretamente à relação mãe-filho, as expectativas em relação ao bebê eram antecipadas e tratava-se de emoções e preocupações referidas a um feto de antemão transformado em ‘bebê’ (Lo Bianco, 1985: 104).<sup>130</sup>

Articulando as duas vertentes, evidencia-se que tanto o discurso psicologizante como o discurso biologizante do vínculo provêm uma base estável para a obstetrícia e para a ordem social.

Uma teoria, por assim dizer a ‘objetividade corporificada’, pode ser usada como base para uma resposta às preocupações das mulheres sem permitir que o componente subjetivo e apaixonado emergja de modo disruptivo para o trabalho obstétrico (Arney, 1982: 174).

Consolida-se assim uma expansão da tarefa do obstetra: ajudar as mães a amarem seus bebês. A partir de meados da década de 1980, a ultra-sonografia obstétrica tornou-se uma ferramenta incrivelmente útil para este propósito. Há uma particularidade no tocante ao contexto americano, em especial no período entre os anos 1970 e 1980, que tem fundamental importância, conforme aponta Taylor (1998: 37), na expansão da ultra-

---

motivo.

<sup>129</sup> Definido por Nicolaci-da-Costa como “a internalização pelo sujeito de sistemas simbólicos conflitantes em diferentes momentos de sua biografia” (Nicolaci-da-Costa, 1985: 150).

<sup>130</sup> Vale aqui observar que o trabalho de Lo Bianco, realizado nos anos 1980, analisa aspectos relevantes naquele momento, no Rio de Janeiro. Mais de vinte anos depois, com o declínio da cultura da psicanálise entre as camadas médias da população, seria interessante investigar de que modo a situação foi remodelada no contexto da intensa biologização e da constituição da ‘cultura do corpo’. Voltarei a este ponto na discussão final do trabalho, na medida em que considero a ‘cultura do corpo’ um dos aspectos fundamentais na ênfase atribuída à visualidade e na construção da pessoa fetal predominantemente calcada em sua visualização.

sonografia utilizada como antecipação e reforço do *bonding*.

No início da década de 1970, o aborto tornou-se uma prática legal nos Estados Unidos. Na década de 1980, com a eleição de Ronald Reagan, a onda conservadora reaquece a controvérsia sobre o assunto. Em 1982, é publicado, no *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, um artigo de Stuart Campbell<sup>131</sup> e colaboradores intitulado “Ultrasound Scanning in Pregnancy: The Short-Term Psychological Effects of Early Real-Time Scans”, apontando a utilidade da ultra-sonografia obstétrica para o estabelecimento de um vínculo precoce entre a gestante e o feto. Segue-se uma série de artigos de outros autores focalizando o mesmo tema, e as imagens fetais ocupam posição de destaque nesta articulação política anti-aborcionista, sendo utilizadas para enfatizar o vínculo amoroso entre a grávida e o concepto (Taylor, 1998: 37, 44). O movimento de expansão da ultra-sonografia obstétrica é especialmente significativo, quando vinculado à retórica anti-aborto, se levarmos em consideração que, em 1984, a conferência de consenso do NIH fazia recomendações muito detalhadas e específicas quanto à indicação de ultra-sonografia obstétrica e, no final da década, o exame havia se tornado um procedimento de rotina no pré-natal, com ênfase nos benefícios ‘psicológicos’ para as gestantes (Taylor, 1998: 40).<sup>132</sup>

Do ponto de vista de Arney, o *bonding*, assim como a ‘descoberta’ do feto e sua construção como segundo paciente – discutidas adiante no próximo capítulo – foram respostas da obstetrícia à ameaça à sua autonomia representada pelo movimento feminista e pelo movimento do parto natural. Acompanhando a perspectiva deste autor, pode-se considerar que a ultra-sonografia obstétrica oferece uma resposta ou um reforço adequado a ambas as estratégias da profissão. As imagens fetais otimizam a noção do feto como um ser destacado da mulher, fragmentam o corpo desta e servem – com a fundamental e providencial ajuda dos profissionais de ultra-som – para reforçar a noção sociobiológica do

---

<sup>131</sup> Stuart Campbell foi colaborador direto de Ian Donald, considerado o ‘pai-fundador’ da ultra-sonografia obstétrica, em 1957 (Cf. nota 136). Esteve no Brasil no início da década de 1980, proferindo conferência sobre o tema dos ‘benefícios psicológicos’ da ultra-sonografia para a ligação mãe-feto e posteriormente mãe-bebê. Fui informada deste evento por uma médica na clínica B, que esteve presente à conferência. Conforme aponta Tornquist, o Brasil – entenda-se, as classes médias intelectualizadas – acompanhou de perto algumas mudanças importantes ocorridas na obstetrícia, em especial as referentes ao ideário do ‘parto sem dor’ e do ‘parto humanizado’. O dr. Lamaze esteve no Brasil praticamente no mesmo momento em que seu livro foi publicado na França, assim como o dr. Leboyer, nos anos 1970 (Tornquist, 2002: 486). O tema do ideário do ‘movimento do parto natural’, a seguir, o do ‘parto sem dor’ e, nos dias atuais, o do ‘parto humanizado’, que correspondem, em uma periodização um tanto superficial, a momentos diferentes de um mesmo processo, será retomado adiante.

<sup>132</sup> Sobre a utilização de imagens fetais ver também o artigo pioneiro de Petchesky (1987).

*bonding*, não mais apenas restrito ao vínculo mãe-bebê, mas retroagido e ampliado para o feto.<sup>133</sup> Esse *constructo* torna-se evidente nas falas dos atores observados no trabalho de campo, conforme será visto na Parte II desta tese.

Finalizando, vale contrapor uma outra visão à perspectiva – por vezes maniqueísta – de Arney, considerando as duas vertentes como complementares. Pode-se conceber a teoria do *bonding* como mais um passo do processo de individualização e singularização dos sujeitos, assim como uma nova forma de atribuição de sentido à maternidade em um contexto de valorização da independência feminina. A maternidade como ‘opção’, individualista e singularizante, e não mais como o único ‘destino’ inescapável da mulher, colide com o modelo relacional e tem como corolário o problema de que esta mesma mulher passaria a acumular funções: ser mãe e, ao mesmo tempo, uma profissional bem-sucedida. Nesse sentido, focando um contexto cultural muito mais amplo e não apenas o da obstetrícia, a teoria do *bonding* funcionaria como mais um elemento para a produção do desejo de ter filhos, a maternidade tornada uma experiência única, singular, produtora de um determinado tipo de subjetividade feminina.

---

<sup>133</sup> No final dos anos 1980, a psicanalista italiana Alessandra Piontelli desenvolveu um trabalho de observação de ‘comportamento’ de fetos assistindo a sessões ultra-sonográficas. Buscava verificar a hipótese, inicialmente lançada por Freud, acerca da ‘continuidade’ entre a vida intra e a extra-uterina. Depois do nascimento, continuava a observar semanalmente os bebês. Seus trabalhos contêm descrições de ‘comportamentos fetais’ que hoje considero altamente questionáveis, em primeiro lugar em virtude da qualidade da tecnologia disponível na época e, sobretudo, pelos motivos que serão expostos na Parte II desta tese. De todo modo, os trabalhos de Piontelli tiveram aceitação entusiástica em certos grupos de psicanálise e, acima de tudo, exemplificam de modo inequívoco a tendência à psicologização do feto (Piontelli, 1987, 1988, 1989, 1992, 1995).

## CAPÍTULO 4

### TECNOLOGIAS, ‘HUMANIZAÇÃO’, MONITORAMENTO E VIGILÂNCIA NA OBSTETRÍCIA. A INVENÇÃO DO FETO E O ULTRA-SOM.

#### 4.1. TECNOLOGIAS NA OBSTETRÍCIA

##### 4.1.1. Um breve histórico sobre o uso de tecnologia na gravidez

Até a década de 1940, a confirmação de que um feto fora concebido só ocorria quando a mulher sentia os primeiros movimentos fetais. Nessa época, surgem os primeiros testes laboratoriais para a confirmação da gravidez, realizados com a urina da mulher a partir de, no mínimo, 30 dias de atraso menstrual. Esta mediação da tecnologia transforma a suspeita de gravidez em um razoável grau de probabilidade positiva e, ao mesmo tempo, reforça a idéia de detecção da gravidez como uma questão ‘diagnóstica’. Mesmo assim, a certeza propriamente dita da existência do feto no útero continuava a se dar cerca de três meses depois, através da vivência sensorial da gestante ao perceber os movimentos fetais. Na década de 70, foi inventado o teste da dosagem por imunofluorescência de  $\beta$ -HCG<sup>134</sup> no sangue da mulher, que podia ser realizado mesmo sem haver atraso menstrual. Desde o surgimento dos testes laboratoriais de confirmação da gravidez há um deslocamento da posição ocupada pela gestante no tocante ao poder, à temporalidade e ao conhecimento acerca de seu estado. Estes exames produzem uma relativa substituição da percepção e da subjetividade da grávida em favor de um dispositivo tecnológico e laboratorial, impregnado de uma conotação medicalizante, posto que ‘diagnóstica’ a gravidez na mulher.

Uma mudança significativa para a prática obstétrica ocorreu nesse meio tempo quando, na década de 1950, o obstetra escocês Ian Donald aplicou o princípio do *sonar*<sup>135</sup> ao corpo para obter imagens, concentrando-se de início em mostrar que diferentes classes de tumores abdominais produziam ecos diferentes. Em 1957, usou pela primeira vez o

---

<sup>134</sup> Gonadotrofina coriônica, produzida pela implantação do feto no útero; a detecção deste hormônio no sangue da mulher grávida é mais precisa e mais precoce do que na urina por ser possível evidenciar concentrações muito menores da substância no sangue.

<sup>135</sup> Abreviatura de *Sound Navigation and Ranging*. A técnica naval do *sonar* foi desenvolvida pelos franceses e usada na I Grande Guerra para localizar objetos e submarinos inimigos submersos (Rapp, 1997:

ultra-som para diagnosticar desordens fetais e, mais adiante, para detectar a gravidez em si. A princípio, o ultra-som foi recebido com suspeita, em especial com relação ao seu uso durante a gestação. Este recurso tecnológico abriu um novo campo a ser explorado – o da observação ‘ao vivo’ de um ser em desenvolvimento (Porter, 1997: 608).<sup>136</sup>

Nos início dos anos 70, antes que o uso de ultra-som estivesse difundido na obstetrícia, surgiram questionamentos acerca de perigos para a grávida e para o feto. Em 1984, nos Estados Unidos, a conferência de consenso do *National Institute of Health* (NIH) decidiu que os dados disponíveis sobre a eficiência e a segurança do ultra-som não permitiam a sua recomendação como técnica de rotina. Na Inglaterra, o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RGO), embora reconhecendo que houvesse necessidade de mais pesquisas, lançou a afirmação reasseguradora de que havia “(...) razões convincentes para supor benefícios para todas as mães e bebês advindos de ‘um escaneamento bem feito entre 16-18 semanas de gravidez’” (RCOG, 1984 *apud* Price, 1990: 133). Não ficou definido, como pontua Price, o que queria dizer “um escaneamento bem feito” (Price, 1990: 133).

Rosalind Petchesky, uma das primeiras teóricas feministas a explorarem e a problematizarem a temática das imagens de ultra-som fetal, considera importante contextualizar e historicizar o surgimento dessa tecnologia, assinalando que o ultra-som passou a ser aplicado à obstetrícia em maior escala na década de 60, alguns anos depois de ter sido aceito em outros campos do diagnóstico médico. Para esta autora, a determinação do momento de seu surgimento é significativa, porque corresponde ao final do “*baby-boom*” e a uma queda acentuada na fertilidade nos Estados Unidos – o que teria impellido obstetras e ginecologistas para novas áreas de descobertas e de ganhos financeiros, além de uma nova população de “pacientes” (Petchesky, 1987: 65).

Apesar de haver controvérsias acerca da inocuidade do ultra-som para o feto, esta tecnologia passou a ser usada, a partir de fins da década de 80, como exame de rotina no pré-natal, nos Estados Unidos (Mitchell, 1994: 146).<sup>137</sup> O uso da tecnologia representou

---

34).

<sup>136</sup> Aparentemente, esta versão tornou-se a ‘história oficial’ da ultra-sonografia, com o escocês Ian Donald sendo apresentado como ‘pai-fundador’ pelo historiador da medicina Roy Porter (1997), inglês. Contudo, de acordo com a americana Lisa Cartwright, pesquisadora de cultura visual e estudos culturais, desde a década de 1920 a aplicação do ultra-som em pesquisas médicas vinha sendo estudada nos Estados Unidos, tanto como instrumento terapêutico para destruição de tumores na superfície do corpo como, a partir da década de 1930, para a obtenção de imagens do interior do corpo humano (Cartwright, 1995: 161).

<sup>137</sup> A controvérsia acerca de efeitos biológicos atravessa toda a história das tecnologias utilizadas em

uma considerável ampliação do controle e da disciplinarização dos corpos, ao mesmo tempo em que reforçava uma nova subjetividade. Esse reforço parece se dar em dois planos: em um primeiro, reconfigurando e antecipando vivências da gestante em relação ao seu feto – agora tornado visível para ela sob uma forma externalizada na tela, muito antes de poder captar sensorialmente os movimentos fetais. Em um segundo plano, constitui-se o próprio feto como um ‘indivíduo’ destacado da gestante, visualizável e com a atribuição de ‘comportamentos’ observáveis, específicos, individualizados e psicologizados (Piontelli, 1987, 1988, 1989, 1992, 1995). O novo recurso simultaneamente respondia à construção de uma sensibilidade crescente em relação ao bebê, estendida ao feto, e contribuía em larga escala para a acentuação dessa sensibilidade. No bojo da transformação, ocorrem desdobramentos de toda ordem implicados na construção social do feto como Pessoa.

#### **4.1.2. Tecnologias de monitoramento, a ética e a reformulação da relação médico-paciente**

Em 1958, o geneticista Jérôme Lejeune obtém uma cultura de tecidos a partir de amostra de tecido muscular de três indivíduos com Síndrome de Down, buscando determinar se havia falta de um cromossomo. Descobriu que, ao contrário, havia um a mais, publicando os seus resultados em 1959. Inicia-se, desse modo, uma linha de busca de problemas genéticos (Rapp, 1999: 24). A partir dos anos 1960, a genética médica ganha impulso, ocupando-se de erros genéticos que implicam erros de metabolismo, e erros cromossômicos que geralmente manifestam-se através de malformações e retardo mental. Em 1967, foi realizada a primeira amniocentese transmural, seguida de cultura de células e, em 1968, foi diagnosticado pela primeira vez, através deste método, um caso de Síndrome

---

medicina. Diversos experimentos sustentam a evidência de que uma exposição prolongada ao ultra-som tem efeitos como retardo no crescimento e anormalidades fetais em camundongos. Esses resultados forneceram subsídios para que houvesse mais cautela nos anos 1980 (O'Brien, 1983; Takabayashi *et al.*, 1981 *apud* Price, 1990: 132). Contudo, como os medos iniciais não foram substanciados por evidências e, por outro lado, foram produzidos na Inglaterra dois estudos com grupos de mulheres que não evidenciaram danos – freqüentemente citados como prova da segurança do ultra-som – ficou tacitamente concluído que era uma tecnologia segura: “Deliberações subseqüentes pelo *Cell Board* chegaram à conclusão de que os possíveis efeitos biológicos seriam sutis demais e difíceis de distinguir de outros efeitos do ambiente pós-natal” (Price, 1990: 132). A discussão acerca dos possíveis efeitos deletérios do ultra-som foi encerrada na Inglaterra sem que houvesse evidências concludentes nem em um sentido nem no outro e, agora que o ultra-som está largamente difundido na clínica obstétrica, fazer um vasto estudo prospectivo acerca dos seus efeitos acarretaria inúmeras dificuldades do ponto de vista prático, econômico e ético (Price, 1990: 133-4); portanto, tal estudo nunca foi feito.

de Down e outro de distúrbio metabólico.<sup>138</sup> Alguns estudos americanos dos anos 1970 recomendavam o método, considerando que o nível de complicações era baixo. Um estudo realizado na Inglaterra apresentava taxas de risco significativamente mais altas. Já nos Estados Unidos, a adoção do método seguiu um caminho diferente e se tornou rotineiro. Foram instaurados diversos programas de detecção de anomalias genéticas e cromossômicas que, na crítica da geneticista Tabitha Powledge, seriam programas de “prevenção de pessoas” e não de “prevenção de doenças” (Powledge, 1974 *apud* Arney, 1982: 183).<sup>139</sup>

Surgem diversas polêmicas acerca do escaneamento genético nos Estados Unidos; em três estados americanos foram sancionadas leis que obrigavam a realização de rastreamento para fenilcetonúria.<sup>140</sup> A genética médica estende o olhar médico para as células da mulher, do feto e da família, em evidente extensão do escrutínio, inscrito no conceito de monitoramento. Ao mesmo tempo, a disciplina oferece uma nova síntese sobre normal e anormal, já que se sabe que é ‘normal’ qualquer indivíduo ter de três a cinco genes anormais. A partir da ótica da genética, todos são ao mesmo tempo normais e anormais e, assim, antigas distinções são obliteradas.

Ao invés de serem procurados pelo paciente que busca ajuda, os médicos vão em busca da doença, o que significa uma mudança no caráter da prática profissional, uma vez que a ênfase passa a ser colocada na prevenção. A genética médica provoca um certo grau de confusão na divisão de trabalho, ao incorporar o pessoal de laboratório, o conselheiro genético e o geneticista na equipe, ao lado do bioeticista, eventualmente do sociólogo e do próprio paciente. O grande argumento difundido no conceito de monitoramento consiste em promover a ‘extensão da saúde’ por meio da medicina preventiva e de programas de saúde pública, mais do que apenas tratar os pacientes. Programas de escaneamento genético populacional oferecem à sociedade e aos indivíduos a possibilidade de realizarem escolhas “informadas” e, dessa maneira, é promovida uma extensão da obstetrícia para antes da

---

<sup>138</sup> A amniocentese consiste em um procedimento no qual, mediante a introdução de uma agulha através da parede abdominal [transmural] até dentro do útero, é colhido líquido amniótico. A amniocentese foi realizada pela primeira vez na Alemanha, em 1882, em uma gestante que tinha polidrâmnio (excesso de líquido amniótico), visando aliviar a pressão do líquido sobre o feto. Tornou-se um tratamento experimental para esta condição, mas era utilizada com reservas (Rapp, 1999: 28).

<sup>139</sup> Vale também acrescentar que à época, em termos de ações práticas diante de um diagnóstico de anomalia, excetuando o aborto, praticamente não se dispunha da possibilidade de terapias *in utero*.

<sup>140</sup> Distúrbio metabólico, de origem genética, que afeta o metabolismo de fenilalanina, levando a retardo mental. Se a anomalia for detectada precocemente, mediante o uso de uma dieta especial a criança poderá ter um desenvolvimento normal.

concepção (Arney, 1982: 186-7).

A tecnologia e outros avanços produzem novas situações que tocam em velhos problemas, em casos de malformações congênitas ou anomalias genéticas detectadas *in utero*. A tecnologia do ultra-som, especialmente a partir de sua expansão e popularização nos anos 1990, multiplica os dilemas no tocante às decisões de interrupção da gravidez por patologia fetal. Tanto quanto o rastreamento genético, o ultra-som antecipa no tempo discussões éticas que no passado só ocorriam após o nascimento.<sup>141</sup>

Não é apenas a ‘qualidade expansionista do cuidado tecnológico’ que levanta problemas éticos; melhor seria dizer que é a **qualidade expansionista da visão médica da gravidez e do parto** – percebidos como um processo com expansões para diante e para trás de toda a vida da mulher, para dentro de suas estruturas intracelulares e para fora na comunidade – que produz um campo infinito de pontos-chave para o desenvolvimento do discurso ético (Arney, 1982: 193) (Grifo acrescentado).

A ética vê a gravidez e o parto como um campo de vinculação a outros aspectos da ordem social, e estaria visando ao processo mais amplo cujo ponto de partida seriam as intervenções obstétricas. Embora a ética não busque um confronto com a medicina, os conflitos são constantes. A abordagem ética insiste em que a medicina não veja o paciente isoladamente e, dentro da concepção do monitoramento, a gravidez é conceitualizada pela medicina como processo, uma abordagem que produz um sem-número de pontos de intervenção, mas que também limita as opções terapêuticas, na medida em que os registros expõem as atitudes e as decisões do médico (Arney, 1982: 193-195).<sup>142</sup>

Um dos dilemas do médico contemporâneo reside em contribuir para a ciência e/ou atender às demandas do paciente, em tomar o partido de uma terapia ou do paciente. As negociações entre a ética e a medicina reconfiguraram também o ‘paciente’. Passou a haver mais preocupações com as implicações mais amplas do trabalho médico e, nesse sentido, a ética obrigou a medicina a tomar conhecimento de sua própria posição social. Configurou-

---

<sup>141</sup> Arney cita um caso exemplar ocorrido no início dos anos 1970, em que os pais de um bebê nascido com Síndrome de Down não deram autorização para que fosse realizada a cirurgia para corrigir a atresia de esôfago do bebê que, por este motivo, ficou no hospital e morreu de inanição 15 dias depois de nascido (Arney, 1982: 193).

<sup>142</sup> Um exemplo de um desses dilemas é o caso de uma gestante cujo obstetra disse que “*poderia vir a necessitar cesárea*” em virtude de ter a pelve estreita, deixando-a muito apreensiva. A questão apresentava dois aspectos: o primeiro consistia em o médico querer prevenir **a paciente** da eventualidade de necessitar cesariana; o segundo dizia respeito ao médico **se** prevenir de uma futura acusação, por parte da gestante e de seu marido, de não os ter avisado sobre as possibilidades que existiam no tocante à condução do parto. Arney aponta a questão da medicalização como apenas **parte** de uma estrutura de controle que exerce sua influência tanto sobre a vida do paciente quanto sobre a profissão médica (Arney, 1982: 269 n. 49).



se uma nova tarefa para a medicina: simultaneamente responder às preocupações éticas e manter a posição e o privilégio de poder decidir os cuidados ao paciente. No modelo anterior, o papel social do médico, quando a saúde e a vida do paciente estavam em jogo, designava ao médico a liderança nas decisões. No modelo de monitoramento, é construída uma nova relação médico-paciente, na qual ambos são parceiros na busca de cuidados médicos e do progresso científico (Arney, 1982: 198-9).

Faz-se necessária a busca de uma solução interna na medicina, permitindo-lhe responder às demandas da perspectiva ecológica e, ao mesmo tempo, manter sua autoridade profissional. Na perspectiva ecológica, há mudanças nos papéis dos médicos e dos pacientes, incluindo o fato de que o ‘paciente’ passa a ser toda a constelação familiar. A reformulação na relação médico-paciente é a solução ideal para os dilemas levantados pela genética médica e pelas unidades de cuidados intensivos neonatais. Há um aumento da liberdade de escolha terapêutica, ampliando o campo da atenção médica: a rede familiar é mais valorizada e determinadas decisões podem ser tomadas em detrimento do indivíduo no intuito de “preservar a família” (Arney, 1982: 204). Como parte do conceito de “família como paciente”, o médico abre mão de um quinhão de seu controle e permite à família assumi-lo, em uma nova parceria na qual alguns elementos antagonísticos – tais como a lei e a sociedade em geral – seriam excluídos. Existe o envolvimento da família na tomada de decisões e casos individuais ganham um novo destaque nesse arranjo (Arney, 1982: 206).

Salem salienta que, em paralelo com a constituição da obstetrícia como profissão, verificou-se o movimento de nuclearização da família. Diversos autores dedicaram-se ao tema e há um relativo consenso no tocante à articulação entre os movimentos dos reformadores e a privatização e a intimização da família. Por este prisma, os reformadores desempenharam um papel relevante na construção da “nova família”, quando esta se tornou o núcleo nevrálgico de atuação das políticas de Estado.<sup>143</sup> O novo ideário do parto não inclui a rede social extensa, focando-se no casal. Tal proposta é apresentada ora como constatação de um fato, ora como um valor moral, “um objetivo a ser atingido”. Em uma releitura desta oscilação entre “configuração nuclear como constatação” e como postulação normativa, Salem – discutindo o fenômeno de ‘casal grávido’ – aponta que o fato de casais adeptos do novo ideário terem se desvinculado de suas famílias de origem não significa,

---

<sup>143</sup> Discuto esta questão em outro texto, cf. Chazan (2000).

necessariamente, que já tenham cumprido o processo (Salem, 1987: 110). Trata-se, em suma, de um *'work in progress'*, ou uma *Bildung*, na qual o casal e a equipe obstétrica desempenham papéis ao mesmo tempo diferentes e equivalentes.

A nova relação médico-paciente restabelece as fronteiras da obstetrícia, englobando a família no projeto obstétrico, o que de certo modo protege a profissão do escrutínio externo. Há uma expansão da profissão – o que a tornaria vulnerável ao exame e à crítica de outros segmentos – mas a ética permite um certo encapsulamento, como uma solução de compromisso. Com novas fronteiras, a obstetrícia se volta para a sua reorganização, tendo diante de si dois problemas, um externo e outro interno. Na relação com a clientela, a questão é como fazer as mulheres colaborarem no novo projeto. No tocante à relação com o próprio campo profissional, consiste em como lidar com o surgimento de novas tecnologias e especialidades que disputam o mercado (Arney, 1982: 206-7).

A nova ordem do poder obstétrico caracteriza-se, entre outros aspectos, pela detecção de problemas *in utero* e por cuidados neonatais intensivos baseados em conhecimento de fisiologia fetal e de neonatos. O monitoramento e a vigilância em nome do feto facilitam a extensão do projeto obstétrico na comunidade, e também a extensão retrógrada do parto em direção aos detalhes da vida da mulher. O *bonding*, conforme visto acima, estende o olhar obstétrico para o período pós-natal e para as instituições não-médicas. Em um mesmo processo, a detecção de doenças genéticas expande a obstetrícia para as primeiras semanas da gravidez e para as estruturas intracelulares, configurando-se o projeto de uma medicina “sem surpresas” (Arney, 1982: 175). Para Arney, os cuidados intensivos para neonatos gravemente doentes são o componente final do monitoramento. A genética médica e os cuidados intensivos neonatais levantam uma série de debates éticos importantes. Arney frisa que não é a tecnologia que causa os problemas, pois conflitos de valor e os dilemas éticos sempre fizeram parte da prática médica. O ponto em questão é compreender por que explodiram publicamente tantas discussões sobre problemas éticos. A hipótese por ele levantada é de que teria havido uma quebra na capacidade profissional de manter a discussão ética dentro das fronteiras da profissão (Arney, 1982: 176). Conforme assinalam Franklin & Ragoné, “A tecnologia não é um agente de mudança social – as pessoas, sim” (Franklin & Ragoné, 1998: 5).

A natureza do trabalho médico, dentro do modelo de monitoramento, consiste em localizar o indivíduo em termos da distribuição normativa, lançando mão de tecnologias para administrar os desvios e monitorar os efeitos de todas as intervenções.

Simultaneamente, ficam registrados o indivíduo e o trabalho do médico de restauração do processo normal. O monitoramento deixa os registros abertos ao escrutínio e abre as fronteiras profissionais. A ética acha que resposta médica à pergunta clássica “O que fazer?” é sempre objeto de debate e, por conta de sua fachada científica, a medicina fica obrigada a aceitar os questionamentos. Ocorre uma reformulação na relação médico-paciente como consequência de uma solução de compromisso entre medicina e ética: esta assiste o projeto médico e a medicina aceita a ética como parte da equipe. Configura-se, assim, um novo arranjo: a medicina pode prestar atenção à ecologia dos cuidados dos pacientes em nome da ética (Arney, 1982: 177).

## **4.2. A INVENÇÃO DO FETO E A VISIBILIDADE**

### **4.2.1. A invenção do feto e o movimento do ‘parto natural’**

Em paralelo e com diversos pontos de articulação com os processos de medicalização e ‘humanização’ da gravidez e do parto, ocorre um outro, que tem como resultante parcial a transformação do feto em objeto de atenção médica e social e, como resultante final, a sua construção social como Pessoa.

O ponto de partida para situar a questão consiste no entendimento da construção da infância como fruto de um longo processo histórico e social. Essa construção foi amplamente discutida por Philippe Ariès em trabalho pioneiro na história das idéias (Ariès, 1978). O autor aponta a indistinção da criança no mundo medieval, quando esta era socialmente percebida como um adulto em miniatura, e demonstra de que modo a noção de infância – como um período específico da vida dos sujeitos – foi historicamente construída a partir do Renascimento. Tal mudança na sensibilidade e na percepção acerca da criança cristaliza-se no período Iluminista, ao longo do século XVIII, em virtude de diversos fatores, conforme discutido acima,<sup>144</sup> e amplia-se retrogradamente nos séculos XIX e XX, passando a incluir respectivamente o bebê e o feto como seres destacados e objetos de atenção específica e especializada. Essa modificação é fruto de uma ampla e complexa articulação política, social e cultural.<sup>145</sup>

O sociólogo inglês David Armstrong (1986) oferece uma abordagem interessante

---

<sup>144</sup> Cf. capítulo 3.

<sup>145</sup> Tratei deste tema de modo mais aprofundado em outro texto. Cf. Chazan (2000).

acerca da periodização da construção da criança, do bebê e do feto como objetos de atenção médica e social. A partir da análise do Registro Geral na Inglaterra e do surgimento do conceito de ‘mortalidade infantil’, mostra de que modo foram sendo depuradas, especificadas e destacadas faixas etárias cada vez mais precoces, no mesmo processo em que crianças, bebês e fetos foram construídos como seres individualizados e separados de suas mães. O autor apresenta como foram construídos, através da depuração da categorização das mortes de crianças no Registro Geral ao longo do tempo, novos objetos de atenção médica e social: criança, bebê e feto. Segundo Foucault, a morte passa a definir, analisar e construir significados para a doença e para a vida, e a integração da morte no pensamento clínico transforma a medicina em ciência do indivíduo (Foucault, 1998a: 163). Seguindo essa linha conceitual, a depuração cada vez maior da análise da mortalidade infantil torna-se constitutiva de novos indivíduos, gradualmente melhor definidos: os fetos.

Armstrong chama a atenção para o fato de que os dados para computar taxas de mortalidade infantil estavam disponíveis desde muito antes destas serem criadas e que, portanto, a criação de uma taxa específica de mortalidade infantil indicava, em primeiro lugar, a emergência de uma consciência social das mortes de bebês e, em seguida – de forma relevante – a consolidação do reconhecimento social do bebê como uma entidade distinta. Em 1908, a importância atribuída à taxa de mortalidade infantil tinha aumentado significativamente. O autor assinala, contudo, que seria um equívoco concluir que foi a preocupação pública que aumentou, considerando que a percepção e seu objeto são mutuamente constitutivos. O aumento da atenção pública à mortalidade infantil relacionava-se à mudança na compreensão acerca da criança; essa modificação pode ser identificada na nova análise de mortes de bebês que acompanhava a transformação mais geral – do espaço físico em espaço social. Para Armstrong, a mortalidade infantil, no início do século XX, torna-se o ponto de articulação entre o social, a vigilância dos novos esquemas de bem-estar (*welfare*), a análise da vida doméstica e a higiene, assim como uma avaliação da maternidade (Armstrong, 1986: 213).

No início do século XX, na Inglaterra, a legislação passou a exigir a presença de uma parteira ou de um médico em todos os nascimentos. Essa legislação, juntamente com os cuidados pré-natais, assegurou a extensão e a continuidade da vigilância médica. Ampliou-se, portanto, o escrutínio sobre a gravidez e os nascimentos e, dessa forma, os registros das causas de morte de bebês puderam tornar-se mais detalhados. Segundo Armstrong, o refinamento da identificação e da análise da mortalidade infantil carrou em

seu bojo dois desenvolvimentos: uma clarificação do *status* do feto não-nascido e a subdivisão do primeiro ano de vida em componentes analisáveis menores. A necessidade de uma delimitação entre o feto e o bebê recém-nascido – ou entre o que fosse um aborto e o que fosse um parto prematuro – gera o problema de se ter que determinar quando começa a vida de um bebê. No século XIX, aborto e parto prematuro eram indistinguíveis:

Embora não houvesse nenhuma diferença biológica fundamental entre o nascimento de um feto morto em qualquer idade gestacional, havia certamente um problema em distinguir um feto de um bebê, uma vez que este era visto como tendo uma identidade social separada (Armstrong, 1986: 214).

No início do século XX, na Inglaterra, os agentes oficiais de saúde começaram a reportar a ocorrência de partos pré-termo, porém apenas em 1926 delineou-se claramente a distinção entre aborto e parto prematuro, e este último passou a ser formalmente definido como ocorrendo depois da 28ª semana de gestação.<sup>146</sup> Estabelece-se, dessa maneira, uma distinção entre ‘fetos’ – abortados antes da 28ª semana gestacional – e ‘bebês’ – os prematuros. A notificação desses partos tornou-se compulsória a partir de 1927. Dessa data em diante, passa então a haver uma delimitação do início formal da vida do bebê (Armstrong, 1986: 215).<sup>147</sup>

Evidencia-se a existência de uma articulação entre o movimento já descrito – de ‘humanização’ do parto, ‘parto ecológico’ e outros – e o surgimento do feto como um novo tipo de ‘paciente’. De acordo com Shorter (1997: 165), em torno dos anos 1930 configurou-se a tendência a poupar o bebê no parto, em especial nos Estados Unidos.<sup>148</sup> As

---

<sup>146</sup> Encontra-se implícita nesta determinação e diferenciação uma idéia de ‘viabilidade’ do feto, tema a ser discutido adiante. Cf. nota 156.

<sup>147</sup> Desde então, ocorreram algumas modificações qualitativas dessa fronteira; por exemplo, até 1994 esteve em vigor uma distinção entre aborto e parto prematuro – estabelecida pela Organização Mundial de Saúde – com base no ‘peso ao nascer’: abaixo de 500 gramas era considerado aborto. Em 1994, foi criada pela OMS uma nova definição para o termo ‘aborto’: “*The term ‘abortion’ refers to the termination of pregnancy from whatever cause before the fetus is capable of extra uterine life. ‘Spontaneous abortion’ refers to those terminated pregnancies that occur without deliberate measures, whereas ‘induced abortion’ refers to termination of pregnancy through a deliberate intervention intended to end the pregnancy*” (WHO, 1994). (Capturado na Internet em 09/01/2005, em: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHT\\_97\\_20\\_post\\_abortion\\_family\\_planning/RHT\\_97\\_20\\_chapter1.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHT_97_20_post_abortion_family_planning/RHT_97_20_chapter1.en.html)). Nessa nova definição, a questão da ‘viabilidade fetal’ tornou-se implícita. Um parto é considerado prematuro quando ocorre antes que se complete a 36ª semana de gestação.

<sup>148</sup> Vale notar: época na qual o movimento eugênico expandiu-se mundialmente e período coincidente com a ‘vitória’ da concepção de DeLee e, portanto, da criação do *American Board of Obstetrics and Gynecology*. Cf. acima em 3.1. Como exemplo contrastivo com o que se seguiu, em termos de cuidados ao recém-nascido, em 1917, James Voorhees, em New York, após chegar à conclusão que era mais fácil para as mães darem à luz a bebês de pequeno tamanho, desenvolveu uma dieta para elas cortando carboidratos a partir do 6º mês de gestação e induzindo partos prematuros. Os médicos não estavam muito preocupados com os problemas clínicos específicos da infância. Em 1900, havia apenas cerca de 50 médicos nos EUA com interesse

“indicações fetais” passaram a constar como determinantes para a intervenção obstétrica, ao lado de “indicações maternas”. Em 1941, a maioria dos presentes à reunião da Sociedade Americana de Ginecologia compartilhava a opinião de que era válido intervir no parto – cirurgicamente ou não – ‘em benefício do feto’.<sup>149</sup> Na edição desse mesmo ano do manual de obstetrícia editado por Williams, surge pela primeira vez o termo “sofrimento fetal”. Há uma mudança de “sinais originados de dentro da mãe”, dirigindo o manejo obstétrico para “sinais originados de dentro do feto” como eixo principal para a ação (Arney, 1982: 134). A nova ênfase na perinatologia – cuidados ao concepto nos últimos dois meses de gestação e na primeira semana após o nascimento – produziu, por sua vez, uma série de modificações no manejo do parto (Shorter, 1997: 166).

O movimento do parto natural que se inicia, conforme já vimos, em torno dos anos 1930 com a noção de ‘parto sem dor’, começa a mostrar as falhas do projeto obstétrico do parto em hospital. O aumento do entendimento biológico sobre o parto e a depreciação de aspectos comportamentais e sociais haviam construído a noção de que os partos no hospital seriam mais controláveis. A partição de estágios da gravidez e parto correspondiam também à divisão de aposentos no hospital, o que era uma forma de ordenar a “desordem” do parto na “harmonia” do hospital. Esta ordenação estava portanto baseada no confinamento das parturientes e no domínio obstétrico sobre os processos corporais do parto (Arney, 1982: 124). Contudo, no pós-guerra, as mulheres tornam-se menos confinadas na sociedade em geral – mulheres grávidas aparecem mais socialmente e o movimento feminista pressiona e ameaça desorganizar esse projeto.<sup>150</sup> As tensões são resolvidas por mudanças na abordagem obstétrica, que se expande abrangendo toda a comunidade.<sup>151</sup>

Arney e Shorter articulam de modos diferentes a relação entre a medicalização do parto e o reconhecimento do feto como uma entidade destacada da gestante. Essa diferença evidencia-se na escolha dos termos: ‘invenção’, para Arney, e ‘descoberta’ do feto, para

---

específico nesta faixa etária (Cone, 1979 *apud* Shorter, 1997: 165).

<sup>149</sup> Evidencia-se, assim, de que maneira os discursos e as práticas à época articulavam-se simultaneamente em favor da consolidação da idéia do parto como ‘necessariamente’ um assunto médico e da profissão em si.

<sup>150</sup> No Brasil, nos anos 1960, o grande impacto provocado pela exposição do ventre grávido por Leila Diniz, veiculado exaustivamente pela mídia – e até os dias atuais referida como ‘atitude revolucionária’ da atriz – pode ser compreendido por este prisma: o da saída das mulheres e ventres grávidos da ‘clausura’ na qual se encontravam até então.

<sup>151</sup> Conforme assinalado acima, alguns autores falam em ‘retomada de posse das mulheres de seu corpo’. Arney discorda e acha exagero esta colocação: para ele, as mulheres haviam ‘perdido’ temporariamente posse de **parte** de seus corpos para a obstetrícia, a parte ‘destacada’ – pelve, útero, vagina – controlada

Shorter. O ponto de concordância entre os dois é a conexão entre o surgimento do feto nos discursos e nas práticas e a medicalização do parto, em torno dos anos 1930 a 1950. Para Arney, o surgimento do feto nos discursos e nas práticas é decorrente da medicalização e da expansão do projeto obstétrico, além de uma estratégia de contraposição ao movimento do parto natural. Shorter parece considerar que a partir do surgimento do feto há um reforço na medicalização da gravidez. As diferentes abordagens podem ser vistas como complementares, evidenciando um ciclo de realimentação positiva entre a construção do feto como paciente e a medicalização do parto e da gestação. Portanto, há uma articulação indissolúvel entre a expansão da medicalização do parto e o surgimento do feto como uma entidade com existência social destacada da mãe, sendo ambas as questões mutuamente constitutivas e inseridas no modelo ecológico, totalizante, da medicina em geral.

Nos anos 1940-50, os conceitos organizadores da obstetrícia, conforme foi visto, mudaram de confinamento para vigilância. As mulheres vão para o hospital, mas não estão confinadas nele. O hospital torna-se um centro de vigilância obstétrica estendida para a comunidade. A implementação de vigilância máxima sobre o parto envolve vários componentes: a transformação do feto em paciente e, em última instância, no ‘paciente principal’; refinamento do estagiamento da gravidez e ênfase nos cuidados contínuos durante a gestação; extensão da vigilância através de análises epidemiológicas na comunidade; individualização e controle específico do parto com monitoramento fetal e redefinição de termos que carregam noções de patologia e anormalidade. A vigilância incide tanto sobre gestantes como sobre o *staff* médico, que necessita de aprimoramento e treinamento contínuos, dado o aumento do campo de visibilidade proporcionado pela expansão do palco de atuação da obstetrícia.

Nos anos 1950, cristaliza-se a noção do feto como o segundo paciente do obstetra. A edição do manual de obstetrícia de Williams, de 1976, apresenta um novo capítulo sobre “Saúde fetal”. O conceito como segundo paciente muda a orientação da obstetrícia, mas a mudança é parcial. A ênfase dada a ele como ‘paciente’ coloca a pergunta sobre, afinal, quem é o paciente principal e, embora as respostas sejam várias, existe concordância em que o feto seria a parte mais frágil. Novas tecnologias são importantes nessa troca de foco e facilitam o acesso ao conceito, mas há outros fatores que tornam relevante o surgimento dele nos discursos e nas práticas. Conforme mencionado anteriormente, em torno dos anos

1940, as mulheres ameaçam a autonomia da obstetrícia. Há uma interpretação negativa do parto hospitalar. Nesse contexto, surge o feto como novo objeto de intervenção e como estratégia para atenuar as críticas das mulheres ao modo como os obstetras as tratavam. De modo inegável, o ‘novo paciente’ possibilita a construção de outros significados para as intervenções médicas no processo de nascimento (Arney, 1982: 135).<sup>152</sup>

Como já vimos anteriormente, a obstetrícia sofre uma transformação significativa depois da II Guerra, com o foco da atenção sendo voltado para os aspectos positivos do nascimento no hospital, para a comunidade e para o passado da mulher. A ecologia do parto substituiu o parto em si como objeto da obstetrícia. Nesse período, há uma nova inflexão, quando a obstetrícia ‘descobre’ o feto como objeto de interesse médico. O conceito se torna o ponto de interseção de vários processos sociais e a obstetrícia pode partir dele em direção aos processos que o circundam, aumentando assim a sua abrangência. A gravidez e o parto são então reconceitualizados como conjuntos de processos, séries infinitamente divisíveis de eventos muito conhecidos, administrados por esquemas corretivos menos evidentes. Essa percepção possibilita a substituição das “intervenções dramáticas” clássicas por “monitoramento e vigilância”, surgindo, desse modo, uma nova ordem de controle obstétrico (Arney, 1982: 94). A segunda transformação na obstetrícia que ocorre nessa época está relacionada, conforme já vimos, com o movimento em favor do parto natural que ganha terreno de modo crescente. A autonomia profissional que a obstetrícia havia adquirido é abalada com a expansão de tal movimento. Ao mesmo tempo, avanços tecnológicos permitem acesso ao feto. Na década de 1950, ocorrem as primeiras transfusões sanguíneas *in utero* em fetos portadores de incompatibilidade Rh (Rapp, 1999: 28).

A invenção do feto como ‘paciente’ e o posicionamento do médico como ‘aliado’ do feto tornam-se algumas das estratégias de tentativa de resgate da autonomia profissional.<sup>153</sup> A tecnologia é nesse particular uma importante ferramenta e, conforme será visto adiante no campo, a ultra-sonografia otimiza essa tendência de modo radical.<sup>154</sup>

---

<sup>152</sup> Tal processo conjuga-se à intensificação de outros de individualização, interiorização e psicologização que envolvem a mãe e o feto, sendo importante ter-se em mente o fato de que não considero de modo algum a expansão e a ampliação da atenção ao feto pela obstetrícia como uma ‘estratégia maquiavélica’ de dominação dos corpos femininos.

<sup>153</sup> Há outros aspectos que também concorrem positivamente para o estabelecimento deste *constructo*, tais como a acentuação da ideologia individualista, a ampliação do biopoder com a construção e a inclusão de novos sujeitos que sustentam a rede de relações de poder.

<sup>154</sup> Os novos especialistas, ultra-sonografistas, tornam-se os ‘aliados’ por excelência do feto, mas não são



Para Arney, os avanços tecnológicos fazem parte do conceito do monitoramento, que é uma concepção profunda e abrangente. Nela, a obstetrícia é estendida para dentro da comunidade e para todos os aspectos da vida da mulher, gerando-se, assim, uma nova ordem na profissão. Com o monitoramento, todas as gestações e todos os partos – e não apenas os anormais – são abrangidos, havendo, dessa forma, uma ampliação da disciplina.

O monitoramento muda o foco de interesse da mãe para o feto e, portanto, justifica um arsenal mais amplo de intervenções, enquanto ao mesmo tempo permite à profissão alardear que na atualidade os nascimentos seriam mais naturais e ‘fisiológicos’ (Arney, 1982: 100).<sup>155</sup>

A mudança de foco da obstetrícia ao mesmo tempo – e no mesmo movimento – constrói o feto como um novo sujeito, um ‘paciente’. Na concepção do monitoramento, mulheres e gestações, assim como a própria profissão, estão sujeitas à vigilância e ao registro. O mesmo meio que permite a expansão da profissão a expõe à observação do leigo e obriga a uma maior disciplina dos profissionais, quebrando-se o isolamento protetor das fronteiras da profissão.

A partir de meados da década de 1960, as tecnologias que permitem acesso ao feto – inicialmente com monitores de frequência cardíaca fetal durante o parto – rapidamente se expandem, em que pese diversas controvérsias envolvendo sua aplicação. Arney assinala que controle e monitoramento fetais são um aspecto menor da questão mais ampla do conceito geral de monitoramento que promoveu uma transformação fundamental na modalidade de controle da obstetrícia sobre o parto. Considera que a mudança principal não é a medicalização do parto, e sim a suavização da medicalização e a extensão da ajuda programática e analítica.

O monitoramento é uma estrutura de controle – da qual o médico é apenas uma das peças – que permitiu a extensão da visão obstétrica para todos os nascimentos, enquanto concomitantemente permitia a retirada da caracterização punitiva e negativa do parto – incluindo as práticas daí decorrentes – na qual o controle obstétrico do parto se baseou (Arney, 1982: 122).

Trata-se aqui de um movimento de ‘humanização’, portanto, em contraposição à medicalização do parto. Paradoxalmente, para que esta ‘humanização’ do parto seja possível, a gestação deve ser acompanhada e escrutinada de perto. À medida que se expandiu o movimento do parto natural, evidenciaram-se também surpresas desastrosas em

---

sentidos pelas gestantes observadas em nosso trabalho de campo como contrapostos a elas.

<sup>155</sup> Este é o mesmo paradoxo apontado por Menezes (2004) no ideário e nas práticas da ‘boa morte’, ou

gravidezes ‘normais’. Foi verificado que 1/3 dos partos normais apresentava complicações graves. No contexto do MPN, usar as estratégias obstétricas recomendadas na época para essas anormalidades bastante freqüentes de parto seria totalmente inconveniente. Desse modo, o feto possibilita a utilização de um argumento ‘moderno’ em favor do monitoramento geral dos partos. Os obstetras posicionam-se afirmativamente em relação às intervenções, agora “em prol do feto” (Arney, 1982: 136).

A idéia preponderante que parece informar tanto o monitoramento do conceito como a humanização do parto é, em primeiro lugar, ‘salvar o feto’ – e este é o *leitmotiv* dos discursos dos obstetras que se envolvem no movimento em favor da humanização do parto. A invenção do feto propicia uma nova forma de controle, com argumentos do tipo ‘para o bem de’, inescapáveis para as mulheres, sob pena de serem socialmente construídas como irresponsáveis ou mesmo ‘desnaturadas’.

Por meio do monitoramento e da ‘humanização’, ocorre uma “renormalização” do parto, e tanto este como a gravidez são reconceitualizados: a gestação entendida como um processo “natural” permite a intervenção em todos os estágios por meio de ações corretivas precisas, visando normalizar “desvios do curso natural” (Arney, 1982: 138).

A obstetrícia não difundiu programas de vigilância que pudessem ser percebidos negativamente pelas futuras mães, as pessoas que se sujeitariam a eles. A obstetrícia pôde recobrir seu programa de vigilância com uma imagem positiva porque havia descoberto um novo objeto para focar a atenção. A profissão colocou a gravidez sob vigilância em nome do feto, uma nova entidade no terreno obstétrico (...) [e] justificou a ‘necessidade de vigilância detalhada’ dizendo que era ‘no interesse da criança’ (Arney, 1982: 133).

A partir do final da década de 1960, ocorrem mudanças no olhar clínico por conta do monitoramento fetal e consolida-se o conceito de “perinatal”, que focaliza o feto, do ponto de vista médico, pelo prisma da “viabilidade” a partir da 20<sup>a</sup> semana.<sup>156</sup> Em 1970, foi inaugurada a prática de se ter a presença do neonatologista na sala de parto. Com a popularização da literatura sobre gravidez e parto, todos passaram a estar envolvidos na

---

‘morte natural’.

<sup>156</sup> O conceito de ‘viabilidade’ merece uma consideração à parte. Basicamente tem raízes na visão darwiniana de ‘adaptação’ dentro da evolução das espécies e a conseqüente sobrevivência – viabilidade – dos organismos melhor adaptados; está, portanto, vinculado à categoria ‘natureza’. A aplicação do conceito de ‘viabilidade’ a **fetos** está estreitamente vinculada não apenas à capacidade de sobrevivência do organismo do potencial prematuro em si, mas também – e, talvez, **principalmente** – à disponibilidade de tecnologias voltadas à sobrevivência de prematuros, produtos da cultura. A modificação, em 1994, da definição do termo ‘aborto’ traz implícita esta possibilidade (cf. nota 147). A ‘viabilidade’ de prematuros tem assim um sentido híbrido, quase *cyborg* ou, em outras palavras, uma ‘naturalização’ de um produto cultural – as tecnologias.

estrutura de monitoramento (Arney, 1982: 153). Instaurou-se uma espécie de panopticismo, com o controle social sobre os controladores – os obstetras.

A obstetrícia não está mais confinada por fronteiras construídas sobre conceitos de normalidade e anormalidade ou sobre o conceito de potencial patológico. Sequer encontra-se restrita pelas noções tradicionais de gravidez e parto como fenômenos que ocupam apenas uma parte delimitada da vida da mulher. Cada aspecto da sua vida está sujeito ao olhar obstétrico, porque cada aspecto de cada indivíduo é – do ponto de vista obstétrico – potencialmente importante. A visão obstétrica olha para tudo que leva ao parto (...) assim como para o que ocorre depois. Contudo, a obstetrícia não reina sozinha no campo. Ela está constrangida pela **vida**, mas uma vida tão conhecida intimamente, investigada e conformada e – sobretudo – rápida em noticiar ameaças à ordem, que esta vida coloca em cheque o poder da obstetrícia (Arney, 1982: 153) (Grifo acrescentado).

Autoras feministas contemporâneas<sup>157</sup> sublinham que a atenção dada especificamente ao feto – que passa a ser visto como um ser destacado da mulher que o traz no útero – tem conseqüências de várias ordens, dentre as quais o surgimento da medicina fetal como uma nova especialidade médica e os “direitos fetais”, que em alguns estados dos Estados Unidos tornam-se objeto de legislação própria e de projetos de lei. A aliança entre a medicina e a lei em alguns casos inverte a hierarquia mãe-feto, ao atribuir autonomia e posicionar o feto como hierarquicamente superior à mãe, em termos de direitos civis (Heriot, 1996: 182). Segundo diversas autoras que se dedicam a monitorar o sistema legal desse país, a oposição construída entre “direitos do feto *versus* direitos da mãe” funciona como uma das racionais para a ampliação do controle sobre o corpo da mulher (Heriot, 1996: 181). Em um movimento de mão dupla, a medicalização do parto também tem um papel significativo na construção da condição de Pessoa e da independência do feto – quando não de franca oposição entre este e a mãe – e esse *constructo* torna-se um importante elemento discursivo em favor da intervenção médica no parto e no monitoramento da gravidez. Martin assinala que, no que tange à intervenção médica no nascimento, relacionada à idéia do parto como intrinsecamente traumático para o bebê,

(...) é construído um papel para o médico como aliado do bebê contra a potencial destruição executada [vingativamente] pelo corpo da mãe sobre este. Nos termos de Rothman [Barbara Katz Rothman], ‘mãe/bebê são vistos no modelo médico mais como uma díade conflitiva do que como uma unidade integrada’ (Martin, 1992: 64).

---

<sup>157</sup> Entre as quais se destacam Martin (1992), Duden (1993), Heriot (1996), Rapp (1997, 1998, 1999).

Para Martin, a metáfora da produção quando aplicada ao nascimento – a mãe como “trabalhadora”, o bebê como “produto” – norteia uma série de questões relativas ao controle e às decisões sobre o tipo de parto e a condução da gravidez. O papel da mulher no parto, em diversos manuais de obstetrícia, é visto como praticamente acessório, sendo o controle da situação atribuído ao médico, encarregado de lidar com a tecnologia de monitoramento do estado do feto. O obstetra torna-se o “aliado da vida do bebê inocente” e pode-se questionar até que ponto essa articulação visa realmente ao bem-estar e à saúde do feto e do bebê, ou se de fato tal atitude não consiste basicamente em controle sobre a mulher e seu parto (Martin, 1992: 148).

A partir do final da década de 1980, o *boom* ocorrido com a ultra-sonografia obstétrica tornou-se um elemento-chave para a positivação da vigilância e da intervenção médica na gravidez e no parto. O elemento fundamental dessa positivação consistiu na construção do ‘prazer de ver’ as imagens fetais, para o qual tanto a visualidade contemporânea pervasiva quanto a ação dos ultra-sonografistas junto às gestantes tiveram um papel fundamental. Para além do panopticismo que, sem sombra de dúvida, é o grande elemento encompassador, um outro fator contribuiu de maneira relevante para a construção do prazer de ver as imagens ultra-sonográficas. Refiro-me aqui à teoria psicológica do *bonding*, referente ao vínculo precoce mãe-bebê que foi rapidamente aceita e incorporada, tornando-se parte da expansão e da consolidação do projeto obstétrico e que, contando com a providencial ajuda dos ultra-sonografistas, foi ampliada, passando a abranger também o feto, como será abordado a seguir.

#### **4.2.2. Novas tecnologias e a gravidez ‘humanizada’: o *embodiment* da visibilidade**

*Grosso modo*, a situação da obstetrícia brasileira – em especial depois da II Guerra Mundial – parece acompanhar, com uma defasagem de cerca de uma década, o que ocorreu na obstetrícia americana, tanto em termos de estruturação da profissão como na incorporação e difusão de novas tecnologias aplicadas à gravidez.<sup>158</sup> Há, contudo, uma diferença fundamental no tocante a um aspecto que informa e configura todo o debate e a incorporação cultural de novas tecnologias na gestação e que diz respeito ao aborto como

---

<sup>158</sup> Vale sublinhar que a defasagem mencionada refere-se a práticas médicas e à tecnologia, pois outras tendências, conforme apontado anteriormente, sobretudo de origem européia e que diziam respeito à ‘humanização’ do parto, foram incorporadas pelas camadas médias intelectualizadas quase simultaneamente ao seu lançamento no exterior.

prática legal. Desde a década de 1970, o aborto eletivo tornou-se um procedimento legal nos Estados Unidos. Tanto a ultra-sonografia como a amniocentese e a biópsia de vilos coriais visam à detecção de anomalias anatômicas, cromossômicas e genéticas em fase precoce da gestação. O objetivo, em um contexto no qual o aborto é permitido, consiste em oferecer à gestante a opção de interromper ou prosseguir com a gravidez de um feto não-viável ou com “má qualidade de vida pós-natal” (Gabbe, 1994 *apud* Taylor, 1998: 21).

No Brasil, o aborto eletivo é penalizado criminalmente e a questão do ‘aborto terapêutico’ ou ‘antecipação terapêutica do parto’ por anomalia fetal permanece sendo um assunto ainda não regulamentado legalmente de modo definitivo.<sup>159</sup> Este quadro provê um pano de fundo e um significado para as tecnologias pré-natais em geral e para o ultra-som em particular totalmente diferentes do verificado no contexto de países nos quais vigora o direito de escolha. O tema do ‘aborto terapêutico’ é profundamente polêmico no Brasil. Exemplificando: em 1º de julho de 2004, o Supremo Tribunal Federal concedeu liminar autorizando a interrupção da gestação em caso de anencefalia fetal. A ação foi proposta pela Confederação Nacional de Trabalhadores de Saúde (CNTS) e deveria ser ainda submetida ao plenário do STF.<sup>160</sup> A liminar suspendeu também todas as ações em tramitação contra médicos que haviam praticado a interrupção da gravidez em casos deste tipo, assim como resolveu favoravelmente as ações que estavam em curso solicitando tal autorização. A partir desta liminar, e enquanto ela estivesse em vigor, as gestantes de fetos anencéfalos não necessitariam mais dirigir-se à Justiça para proceder à interrupção, nem os médicos que a praticassem estariam sujeitos a penalidades por tal ato.

O presidente da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil condenou, nos seguintes termos, a ação do ministro do STF que concedeu a liminar: “É preciso valorizar a vida humana, desde sua concepção até a morte natural”. Diante do argumento de que o feto com anencefalia dificilmente sobrevive, respondeu que “É mais um argumento de quem defende o aborto. Estamos diante do quinto mandamento de Deus, que fala em não matar.

---

<sup>159</sup> Em tais casos, a gestante deverá buscar autorização judicial para a interrupção da gravidez, podendo ou não obtê-la dependendo do juiz. Em casos de anencefalia, até 2003, já haviam sido concedidas judicialmente cerca de 2.000 autorizações para a interrupção da gravidez, eximindo o médico de penalidades legais por esta prática (Diniz & Ribeiro, 2003). Houve casos, noticiados na mídia, em que diante da autorização concedida pelo juiz, advogados ‘pró-vida’ entraram com recurso contrário à concessão e a autorização foi retirada. Em outros casos, a lentidão dos trâmites legais ultrapassou o tempo gestacional e as mulheres deram à luz fetos anencéfalos que morreram logo após.

<sup>160</sup> Até janeiro de 2005, data de encerramento deste trabalho, a situação mantinha-se inalterada.

Ninguém tem o direito de tirar a vida do outro” (*O Globo*, 02/07/2004, 1º caderno, p. 11).<sup>161</sup>

No Brasil, no tocante a outras anomalias, como trissomias e outros defeitos genéticos ou cromossômicos, não existe registro de autorização legal para a interrupção da gravidez, embora se saiba que, na prática, é realizado pelas gestantes das camadas da população que têm acesso aos exames de detecção precoce de anomalias em clínicas privadas.<sup>162</sup> Portanto, informalmente, existe de fato o ‘direito de escolha’ e, dependendo da camada social à qual a mulher pertence, o aborto acaba sendo realizado – em condições de salubridade melhores ou piores. O ponto em foco para o tema desta tese é que a legalidade ou não da prática do aborto – tanto o eletivo quanto o seletivo – informa de modo diverso, como pano de fundo, a questão da expansão e do tipo de uso da ultra-sonografia obstétrica.<sup>163</sup>

O surgimento da tecnologia de ultra-som representou uma revolução no conhecimento e no tratamento médicos relativos à gravidez.<sup>164</sup> O exame ultra-sonográfico passou a permitir a avaliação, entre outros aspectos, do número de embriões ou fetos, do posicionamento do feto e da placenta no útero, dos batimentos cardíacos fetais, de medidas anatômicas que permitiam fazer uma estimativa da idade gestacional e do peso fetal, identificando problemas no crescimento e, eventualmente, determinando a época adequada para intervenção cesariana. Através do exame da morfologia anatômica do feto, permitia a detecção precoce de malformações, tais como *spina bifida*, fenda palatina e labial, nanismo e outros. A partir da década de 1960, o ultra-som passou a ser utilizado em conjunto com técnicas invasivas como amniocentese, evitando que o feto fosse atingido pela agulha de

---

<sup>161</sup> A notícia foi veiculada também no *Jornal do Brasil* (02/07/2004, 1º caderno, p. 7), e é interessante comparar brevemente os termos utilizados nos dois jornais de grande circulação no Rio de Janeiro. Enquanto a matéria de *O Globo* referia-se sempre à “interrupção da gravidez”, mencionando a palavra ‘aborto’ apenas ao se referir ao Código Penal ou à declaração da CNBB, o título em pauta no *JB* foi: “Supremo autoriza o aborto”, e o termo ‘aborto’ surgia no corpo da reportagem todo o tempo em nítido tom condenatório. A matéria de *O Globo* mencionava o fato de que a ação proposta pela CNTS era apoiada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, o que não foi sequer ventilado no *JB*. Uma análise comparativa mais extensa entre os conteúdos e termos utilizados nas duas reportagens, embora muito interessante, foge ao escopo deste trabalho.

<sup>162</sup> O aborto, nessas situações de anomalias, é considerado ‘aborto tardio’ – após 12 semanas gestacionais – pois o diagnóstico só é possível a partir de então. Esse procedimento implica diversos riscos para a saúde da gestante, caso seja praticado fora de ambiente cirúrgico, asséptico. A rigor, o mesmo pode ser dito em relação ao aborto realizado antes da 12ª semana, mas o aborto tardio, na comparação entre as duas situações, é muito mais arriscado para a mulher.

<sup>163</sup> Menciono aqui a questão de o aborto não ser uma prática legal no Brasil apenas como um panorama genérico. A discussão sobre o direito de escolha é por demais ampla e complexa e foge ao escopo deste trabalho.

<sup>164</sup> Um aspecto reconhecido e altamente valorizado pelos profissionais cujo trabalho tive a oportunidade de acompanhar, conforme será discutido na Parte II desta tese.

coleta de líquido. Conforme assinala Taylor, o valor estritamente médico do ultra-som é duplo: pode ser utilizado sozinho como método diagnóstico no pré-natal, e em conjunto com outras técnicas e testes para a tomada de decisões acerca do manejo da gravidez. Nos Estados Unidos, isto significa o oferecimento à gestante da possibilidade de interromper a gestação (Taylor, 1998: 17).<sup>165</sup>

No início da década de 1980, a ultra-sonografia de rotina na gestação foi adotada como política nacional em alguns países europeus. Contudo, nos Estados Unidos havia a recomendação de cautela em seu uso e o NIH divulgou uma lista de 28 indicações para a sua prescrição na gravidez. Mesmo assim, entre 1980 e 1987, a percentagem de gestações acompanhadas por ultra-som cresceu de 35,5% para 78,8% (Moore *et al.*, 1990 *apud* Taylor, 1998: 18). Atualmente, de acordo com Taylor, praticamente todas as mulheres que têm acesso a algum tipo de acompanhamento de saúde realizam ao menos um exame ultra-sonográfico durante a gravidez. Entre os diversos fatores que contribuíram para a rotinização do exame – surgimento de novos produtos e novas especialidades ou mesmo profissões a eles associados –<sup>166</sup> destaca-se a teoria de que a ultra-sonografia traria ‘benefícios psicológicos’ para a gestante. Embora sem maior significação para a prática médica em termos estritos, a teoria expandiu-se, modelando a prática médica e as expectativas das gestantes acerca do exame ultra-sonográfico, tornando-se tema de conversas informais e de literatura médica. Conforme assinala Taylor, “espera-se que a imagem ultra-sonográfica opere uma transformação emocional no espectador com repercussões sobre seu comportamento” (Taylor, 1998: 19). Nos termos do artigo de Stuart Campbell e colaboradores, mencionado no capítulo 3, considerado como marco inaugural da teoria dos ‘benefícios psicológicos’,

(...) os efeitos psicológicos imediatos de exames ultra-sonográficos precoces (...) [incluem] a acentuação da consciência da existência do feto e influenciam a aquiescência [da gestante] a recomendações de cuidados com a saúde, tais como parar de fumar e beber álcool (...) [É assim um exame] potencialmente benéfico para o feto quando realizado em fase precoce da gravidez (Campbell *et al.*, 1982 *apud* Taylor, 1998: 19).

---

<sup>165</sup> A autora não menciona, mas existem atualmente algumas cirurgias que podem ser realizadas *in utero* como, por exemplo, a correção de *spina bifida*, tema da mensagem de correio eletrônico intitulada “Mão Amiga”. Ver adiante, na introdução da Parte II.

<sup>166</sup> Nos países europeus, os exames ultra-sonográficos obstétricos são em geral realizados por médicos ou parteiras. Nos Estados Unidos e no Canadá, os exames de ultra-som são em sua grande maioria feitos por técnicos, geralmente mulheres. Programas formais de treinamento desta categoria profissional surgiram no início da década de 1970, com a duração de um a quatro anos, ao fim dos quais o profissional deve prestar um exame para a obtenção de um certificado (Taylor, 1998: 40 n.3).

Desse modo, a teoria dos “benefícios psicológicos” vincula-se de modo estreito à disciplinarização e à medicalização dos comportamentos das gestantes, exercendo um papel potencialmente normativo sobre elas no mesmo processo em que é reforçada a subjetivação da gravidez e da gestante. De acordo com Taylor, os “benefícios psicológicos”, de modo mais acurado, seriam “benefícios comportamentais”, e a mente da mulher proveria um acesso terapêutico ao corpo fetal – o principal ‘beneficiário’ do exame – sendo os “benefícios psicológicos” para a mulher uma espécie de “efeito colateral” do exame ultra-sonográfico (Fleishman, 1995 *apud* Taylor, 1998: 20).

Há duas idéias principais em torno dos “benefícios psicológicos” do ultra-som para as gestantes. A primeira delas seria a do “reasseguramento” e a segunda, a da antecipação e do “reforço do *bonding*”. Conforme apontado por Taylor, nos Estados Unidos, a ênfase colocada – a título de dignificação – nos benefícios psicológicos da ultra-sonografia para as gestantes, em termos de “reasseguramento” concomitante ao “reforço do *bonding*” gestante-feto, gera o que esta autora denomina de “paradoxo pré-natal”. A noção de “reasseguramento” advém da função do ultra-som como tecnologia de diagnóstico pré-natal. Se o feto for normal – ao menos do ponto de vista anatômico – a gestante sente-se reasegurada de que ‘tudo vai bem’. Nos Estados Unidos, em caso de diagnóstico ‘positivo’,<sup>167</sup> a mulher pode optar por um aborto, o que é algo incompatível com o *bonding* que supostamente o ultra-som teria contribuído para antecipar e reforçar. A autora sublinha que há uma falácia na equiparação do reasseguramento ao *bonding*, tornando-os sinônimos quando não o são de fato (Taylor, 1998: 24).

No tocante ao reasseguramento gerado pelo ultra-som, existe ainda outro aspecto a ser considerado: há uma limitação, na medida em que não é possível detectar através do exame todas as anormalidades possíveis e, além do mais, podem surgir problemas mais tarde, no decorrer da gestação. Portanto, o reasseguramento, de fato, só existe tomando-se como referência os aspectos mais temidos, como anomalias congênitas, morte fetal, aborto ou os dilemas angustiantes que podem surgir quando algum problema é detectado. Existe ainda um certo paradoxo nesta situação: a idéia de que a ultra-sonografia traria ‘benefícios psicológicos’ às gestantes parte, genericamente, do pressuposto de que o feto seria normal, embora de um ponto de vista médico, a rigor, a indicação do exame implicitamente vise

---

<sup>167</sup> Semanticamente – em uma inversão do senso comum – significando que o feto é portador de alguma anomalia.



verificar a existência de problemas, havendo ou não suspeitas do obstetra neste sentido.<sup>168</sup>

Nos Estados Unidos, o oferecimento de escaneamento ultra-sonográfico como rotina baseia-se na possibilidade de a gestante optar pelo aborto de um feto anômalo. Conforme assinala Taylor, os artigos médicos explicitam a ligação entre ‘reasseguramento’ e a possibilidade de realizar o aborto seletivo – especialmente vinculada a avaliações de custo-benefício. Dentro deste enquadre, cada gestação é vista como “experimental” (*tentative*), podendo ser levada a cabo ou não (Taylor, 1998: 21). Como pano de fundo mais amplo de toda esta questão, encontram-se a patologização da gestação e a transformação do feto em ‘paciente’ como pedras de toque do reforço da idéia da gestação como ‘problema médico’ e das fronteiras profissionais calcadas na ‘dignidade patológica’ da gravidez.

No Brasil, com a ilegalidade do aborto eletivo e os problemas em torno do aborto seletivo – eufemisticamente denominado ‘aborto terapêutico’ ou ‘antecipação terapêutica do parto’ – o ‘reasseguramento’ propiciado pelo exame ultra-sonográfico e por outros exames complementares torna-se um ponto bastante mais complexo e que será abordado na discussão final desta tese.

Taylor aponta que, em última instância, no panorama americano contemporâneo, o ‘reasseguramento’ diz respeito em especial ao obstetra, evitando que este seja alvo de processos judiciais por não ter prevenido a gestante de que o seu feto era portador de anomalia. Segundo a autora,

(...) [O] ultra-som, como técnica diagnóstica pré-natal, combinada ao aborto seletivo, é recrutado no esforço de minimizar a possibilidade de uma criança menos que perfeita, enquanto o ultra-som para ‘reasseguramento’ é oferecido para dissipar o enorme medo que ronda as gestações ‘experimentais’ que ocorrem neste contexto (Taylor, 1998: 21).

Do mesmo modo que o ‘reasseguramento’ contém um aspecto normativo no tocante à saúde fetal, o *bonding* precoce, supostamente proporcionado pelo exame, contém implicitamente um aspecto normativo no que tange às condições emocionais da gestante em relação à sua gravidez. Como já vimos, a teoria do *bonding* foi aceita incondicionalmente desde o seu surgimento, em parte graças à sua utilidade política e ideológica. Contudo, ela dizia respeito à ligação da mulher com seu bebê recém-nascido. A

---

<sup>168</sup> O ponto aqui em discussão consiste basicamente nos **significados** atribuídos ao exame, posto que, afinal de contas, a grande maioria dos fetos é de fato normal.

idéia de *bonding* a partir da visão das manchas cinzentas da ultra-sonografia – e, mais recentemente, das imagens um pouco mais inteligíveis do ultra-som 3D – consiste a rigor em um problema bastante mais complexo curiosamente ignorado pelos autores que, de 1982 em diante, partiram em defesa do ultra-som como capaz de proporcionar um vínculo precoce ou *bonding* da gestante com seu feto, antes mesmo de sentir os seus movimentos. As imagens fetais foram ‘naturalizadas’ e equiparadas a um ‘bebê’, mesmo em fase na qual o embrião ainda teria uma forma pouco ‘humana’.<sup>169</sup> O modo rápido como tal equiparação ocorreu deve ser compreendido no contexto americano do reaquecimento do debate político sobre o direito de escolha, ao longo do governo conservador do republicano Ronald Reagan, nos anos 1980.

Taylor aponta a peculiaridade de que o *bonding* precoce da gestante com seu feto é mediado pelas imagens ultra-sonográficas fetais e ocorre por meio da espetacularização e da transformação da gestante em “espectadora”. Sublinha que, ironicamente, esta nova versão da teoria do *bonding* estaria sugerindo implicitamente que as mulheres não estariam “naturalmente inclinadas” a amarem seus fetos e que necessitariam da ajuda médica e tecnológica para se sentirem vinculadas a eles. Nos termos da autora, “a teoria do *bonding* migrou das salas de parto hospitalares para as salas de exame de ultra-sonografia” (Taylor, 1998: 23). A idéia de *bonding* mediado pelo ultra-som contém outra implicação, pois iguala a relação da puérpera com o recém-nato à gestação e, desse modo, ‘antecipa’ socialmente o nascimento do feto, construído como criança. Como na pesquisa de Lo Bianco, exposta anteriormente, por meio da visualização proporcionada pela tecnologia de ultra-som obstétrico, a gestação torna-se definitivamente uma etapa **da** maternidade, não mais uma etapa **para** a maternidade.<sup>170</sup>

Outro paradoxo que vem à tona com a expansão e a rotinização da ultra-sonografia obstétrica, ao menos no contexto americano, consiste na construção de modo incondicional do feto como Pessoa por meio de sua visibilização, objeto de um amor materno também incondicional, ao mesmo tempo em que é submetido ao que Rothman denomina “controle

---

<sup>169</sup> No campo observado, as imagens de embriões de oito semanas eram referidas pelos médicos como “*um feijãozinho*”, ou “*essa massinha aqui... é o seu neném*”. Uma criança de 4 anos, diante da exibição do vídeo mostrando o ‘seu irmãozinho’ voltou-se para a mãe, corrigindo-a: “*Mas mamãe! É um cachorrinho!*”. As imagens fetais no universo etnografado pareciam ser ‘humanizadas’ quando, em torno de 11 semanas, apresentavam esboços de braços e pernas. Nesse momento, passavam a ser ‘seu neném’, no discurso dos médicos e no entendimento das próprias gestantes. Mesmo quando se usavam termos de ‘coisas’ para designar o embrião ou feto na tela, estes eram utilizados sempre no diminutivo.

<sup>170</sup> Cf. acima, 3.2.4.

de qualidade”, transmutando o feto perfeito em um produto de consumo e os anômalos em produtos a serem descartados (Rothman, 1989 *apud* Taylor, 1998: 24). Há uma profunda ambigüidade na ‘incondicionalidade’ desse olhar amoroso materno que transformaria o feto em Pessoa, na medida em que existe subjacente a noção de aborto seletivo caso seja detectada anomalia fetal. Em outros termos, no contexto americano, para o feto tornar-se Pessoa a condição *sine qua non* seria a sua normalidade física.

Embora predomine o discurso dos ‘benefícios psicológicos’ do ultra-som para uma gestante reassegurada e vinculada ao seu feto, ao menos ‘provisoriamente’ normal, há sempre a possibilidade de haver um final não-feliz para essa narrativa. A contraface do processo é o oposto do ‘benefício’ psicológico, com geração de profunda ansiedade no decorrer da gestação no tocante à sempre presente possibilidade de detecção de algo que ‘não vai bem’. Nesse sentido, pode-se pensar na tecnologia do ultra-som como contribuindo e/ou reforçando a produção de iatrogenia durante a gravidez.<sup>171</sup>

Do ponto de vista da tecnologia de ultra-som como uma prática social, Taylor assinala que esta tecnologia tem um caráter híbrido, na medida em que, durante a realização do exame busca-se a avaliação de uma série de parâmetros médicos ao lado de outras utilizações não-médicas, como “reasseguramento” e “reforço do *bonding*”. Há uma relativa incorporação de tais aspectos não-médicos à prática médica, mas para além deles um outro se impõe, colocado em oposição a valores e a práticas médicas. Trata-se do exame como objeto de consumo em si.<sup>172</sup> Nos Estados Unidos, eles são realizados por técnicos não-médicos, embora os laudos sejam sempre dados por médicos, significando que, em última instância, a ultra-sonografia é considerada um procedimento médico (Taylor, 1998: 26). Na prática, há diversas ambigüidades, tanto no que diz respeito à indicação do exame quanto à sua utilização pelas gestantes e pelos parceiros. A recomendação do exame por conta dos ‘benefícios psicológicos’ está em sutil continuidade

---

<sup>171</sup> O termo ‘iatrogenia’ *stricto sensu* refere-se a danos causados ao paciente por uma prática médica. Aproprio-me aqui do termo em um sentido mais amplo, o mesmo adotado por Camargo Jr., vinculado a uma concepção em escala maior do que significa ‘terapêutica’: uma atividade médica que inclui a ‘eficácia simbólica’ do ato médico (Camargo Jr., 2003: 63). Nesta concepção ampliada, ‘iatrogenia’ diz respeito a diversos aspectos simbólicos associados às práticas médicas, entre as quais inclui a ultra-sonografia obstétrica. Um exemplo claro consiste no aumento de ansiedade de gestantes no tocante à normalidade anatômica do feto, provocada em parte pelo discurso do ‘risco’ e só aplacada com a visualização recorrente – e a explicação do profissional – do corpo fetal pelo ultra-som.

<sup>172</sup> Taylor, em entrevista com um engenheiro de *design* de importante indústria de produção de aparelhos de ultra-som nos Estados Unidos, revela de que maneira o *design* ‘amigável’ dos aparelhos é cuidadosamente projetado, levando em conta esse aspecto voltado ao público consumidor não-médico, buscando não intimidá-lo com uma tecnologia ‘fria’ (Taylor, 1998: 25).

com a incitação ao consumo de imagens fetais, cuja explicitação ocorre quando a gestante recebe ‘um retrato do bebê’ para levar com ela, independente do laudo, ou com a produção de vídeo com a gravação em VHS do ultra-som, que será exibido em casa para parentes e amigos.<sup>173</sup> No Brasil, o fato de o exame ser sempre realizado por médicos acentua sua definição como ‘ato médico’ e aprofunda a ambigüidade da posição desses profissionais quando a demanda do ultra-som é de caráter nitidamente consumista.<sup>174</sup>

‘Mostrar o bebê’, uma parte sempre importante dos exames nos Estados Unidos – assim como no universo etnografado neste trabalho – funciona tanto como resposta à demanda de consumo de imagem como reforço da própria tecnologia como produtora de conhecimento confiável. Nos Estados Unidos, o protocolo de exame determina que o técnico nada revele à gestante caso seja encontrada alguma anomalia fetal. Ele deverá comunicar o achado ao médico assistente da gestante e esta será então encaminhada a uma sessão de aconselhamento (Taylor, 1998: 28). No Brasil, existem recomendações conflitantes nesse sentido; contudo, no campo pesquisado, a tendência observada foi de o médico revelar o problema à gestante durante o exame, sempre de modo muito cauteloso e, em seguida, comunicar ao obstetra em termos mais diretos.<sup>175</sup>

‘Mostrar o bebê’ contém também um aspecto didático, na medida em que pretende tornar compreensíveis as imagens para os leigos. Através desse processo, há o que denominei ‘socialização visual’, gerando uma linguagem comum – medicalizada – entre o profissional e as gestantes, e um treinamento visual de muitas delas, que vão se tornando gradualmente aptas a decodificarem sozinhas uma ou outra imagem.<sup>176</sup> De modo similar, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil, o exame contém um aspecto médico e outro de entretenimento.

No Brasil, o médico ocupa uma posição mista de educador e de entretendedor, posto que, na seqüência de imagens produzidas, há uma nítida roteirização que constrói

---

<sup>173</sup> Nas clínicas A e C, os médicos ofereciam eventualmente à gestante a gravação em um CD.

<sup>174</sup> No campo observado, tal demanda de imagem foi sempre referida pelos profissionais de modo depreciativo, embora, na maior parte das vezes, atendessem às demandas feitas pelas gestantes e acompanhantes, como será visto adiante. Cf. capítulos 6 e 8.

<sup>175</sup> Um médico, em comunicação pessoal, informou-me que há diversas discussões entre os profissionais de ultra-som acerca do que seja ou não recomendado como atitude adequada neste campo. Há um relativo consenso de que os profissionais que realizam ultra-sonografias não devam recomendar outros exames complementares às gestantes para dirimir dúvidas acerca de diagnósticos, sob o risco de incorrerem em infrações éticas em relação aos obstetras responsáveis. Outra discussão diz respeito à redação de laudos; há uma corrente que defende que apenas se devem descrever as imagens encontradas nos exames e outra que considera que se podem, ao lado da descrição, sugerir diagnósticos.

<sup>176</sup> Cf. Parte II, capítulo 6.

implicitamente uma narrativa. Como entretenedor, o médico é simultaneamente roteirista, *cameraman*, montador, narrador e diretor do ‘*show*’. O espetáculo tem um sentido muito semelhante ao de um documentário, no qual conhecimento e diversão se mesclam. Ao mesmo tempo, por ser médico, seu papel está por princípio informado por uma dupla hierarquia do saber, ao ser detentor não apenas do conhecimento médico como também da capacidade de decodificação das imagens incompreensíveis para um leigo, ou mesmo para um médico não-treinado no entendimento e na decodificação específicos das imagens ultrasonográficas.<sup>177</sup>

Taylor revela que, quando o aspecto duplo da medicina e do entretenimento entranhados na tecnologia de ultra-som tornam-se completamente separados no espaço e no tempo, há um movimento da ordem médica no sentido de deter a cisão, exemplificando com o fechamento, pelo FDA,<sup>178</sup> de uma empresa nos Estados Unidos que oferecia a produção de vídeos com ultra-sonografias às gestantes, exclusivamente com o propósito de diversão. Contudo, mesmo em um contexto médico, com relativa frequência existe esta separação no tempo quando, por exemplo, na impossibilidade de determinar o sexo fetal por conta da posição deste no útero, os técnicos marcam uma nova data de exame exclusivamente com este propósito. A permissão para voltar com o objetivo único de “ver o sexo” apresenta-se revestida pela racionalidade dos “benefícios psicológicos”, que travestem parcialmente o aspecto de entretenimento e consumo da imagem (Taylor, 1998: 30).<sup>179</sup>

Taylor sublinha que a noção de *bonding* vinculada às imagens fetais detém um relevante papel na ressignificação dos laços de parentesco. A imagem fetal que transforma a gestante em ‘espectadora’ retira desta a exclusividade de acesso ao feto, e possibilita também para o parceiro a antecipação da paternidade, além de reforçar os laços de parentesco pela busca de ‘semelhanças físicas’ entre o feto e os membros da família (Taylor, 1998: 32).

No contexto de uma reconfiguração dos papéis de gênero no tocante à criação de filhos, em um movimento iniciado no pós-guerra, o ultra-som foi apropriado pelos atores

---

<sup>177</sup> Todas estas características serão abordadas com mais detalhes na análise de material do campo.

<sup>178</sup> *Food and Drug Administration*, órgão regulador da liberação, nos Estados Unidos, de alimentos, medicamentos e de tecnologias vinculadas à área de saúde.

<sup>179</sup> No Brasil, a atividade de ‘ver o sexo’ é uma prática amplamente difundida, conforme será discutido na Parte II.

com esta finalidade, simultaneamente passando a desempenhar um papel realimentador na inclusão do pai na gravidez.<sup>180</sup> Rayna Rapp aponta que essa participação é mais acentuada, nos Estados Unidos, na classe média de brancos, embora entre hispânicos e afro-americanos a tendência seja acompanhar o mesmo movimento (Rapp, 1999: 140).

Um aspecto fundamental a ser considerado consiste no fato de que, ao se tornarem consumidoras de tecnologia pré-natal e, em especial, de imagens ultra-sonográficas fetais, as gestantes detêm um papel fundamental como agentes ativas na rotinização do ultra-som na gravidez. Há uma internalização das disciplinas, a gravidez é monitorada e escrutinada passo a passo e no decurso desse processo reforça-se uma convicção de que o uso de tecnologias e a obediência às recomendações médicas são imprescindíveis para que uma gravidez seja levada a termo de maneira bem-sucedida. No mesmo movimento, a gestação e o feto são subjetivados e a mediação da tecnologia de ultra-som nesse processo é relevante. Taylor observa que embora o *bonding* precoce seja supervalorizado, ele implica também a noção simplificadora de que a ligação da gestante com seu feto se daria predominantemente por meio da visão (Taylor, 1998: 38).

A construção do prazer de ver as imagens fetais tem raízes múltiplas, e a multiplicidade de utilizações e significados parece ser inerente à tecnologia de ultra-som, posto que a medicalização da gravidez e do feto, o prazer de ver as imagens fetais, o consumo destas, a produção de conhecimento e entretenimento vinculados à codificação da gravidez em termos médicos fazem todos parte de um mesmo processo. Pode estar em jogo, parafraseando Foucault, um grande empreendimento de aculturação médica. Do mesmo modo que os aparatos visuais do final do século XIX foram tornados objetos de entretenimento e serviram para treinar a construção de um novo tipo de olhar, adequado às novas e aceleradas mudanças urbanas e industriais, no caso da ultra-sonografia parece estar em jogo a construção de um olhar fragmentador e escrutinador nos mínimos detalhes e que constrói corpos medicalizados desde antes do nascimento. A ultra-sonografia leva ao limite máximo a possibilidade de vigilância na gestação, na medida em que as próprias gestantes passam ativamente a solicitar poderem ‘ver’ os seus fetos. Em última instância, a tecnologia de ultra-som pode ser compreendida como um *embodiment* do poder disciplinar, normatizador, subjetivante e, portanto, constitutivo de novos sujeitos: gestantes e fetos.

É possível articular outros aspectos igualmente importantes para a edificação desse

---

<sup>180</sup> Para uma discussão ampla acerca da participação do pai na gravidez, cf. Salem (1987).

estado de coisas. Sem pretender construir propriamente uma genealogia, vale ressaltar que o fenômeno de psicologização do feto descrito por Lo Bianco (1985), ocorrido na década de 1980, parece gradualmente ceder lugar, em conjunto com outras facetas culturais em processo, à biologização e à ‘fiscalização’ do feto, em paralelo com uma percepção relativamente fragmentada deste, calcada na visualidade. Nessa linha de raciocínio, a ultrasonografia fetal ocupa um lugar de destaque como realimentadora de um certo ‘culto ao corpo’ fetal, materializado, por exemplo, nas sessões domésticas de exibição de vídeos com as imagens fetais. A psicologização do feto e da gravidez não deixa de ocorrer, mas passa a ocupar um papel relativamente secundário na ‘cultura da gestação’. Considero que, sem sombra de dúvida, este foi um elemento de fundamental importância, propiciador e impulsionador do *boom* do ultra-som, que veio a se cristalizar plenamente ao longo da última década do século XX. Se é possível pensar-se em algum tipo de periodização, eu diria que, em conjunto com outros fatores,<sup>181</sup> talvez em parte pela imediatez e ‘concretude’ oferecidas pelas imagens fetais, o ultra-som pode ter concorrido para um relativo declínio do movimento de psicologização do feto, algo como serrar o galho no qual se sentou. Com esse declínio, o ultra-som teria passado a ser soberano no tocante ao acesso da gestante ao feto, além de propiciar uma ampliação radical desse acesso, na medida em que diversos outros atores passaram a compartilhar da visualização das imagens fetais.

A ampliação do monitoramento e da vigilância propiciados por esta tecnologia implica também uma ampliação ao limite da fragmentação, não apenas do corpo feminino – que, a rigor, fica obscurecido e esfumado diante das imagens fetais – mas também do corpo fetal, esmiuçado em cortes milimétricos, em uma primeira instância em busca de anomalias mas, em momento subsequente, com sua imagem subjetivada em uma curiosa inflexão, conforme veremos a seguir no material de campo.

---

<sup>181</sup> Refiro-me aqui em especial ao declínio do *boom* ‘psi’ vinculado à ampliação das noções biologizantes, um fenômeno mais geral discutido por Russo e Ponciano (2001), dentre outros.

## **PARTE II**

### **O CAMPO**



## INTRODUÇÃO

Há um tema que, embora não sendo o foco desta tese, merece ser ventilado na medida em que compõe parte do pano de fundo da questão da ultra-sonografia obstétrica. Trata-se, *grosso modo*, de uma reconfiguração de noções acerca da ‘maternidade’. Até o último quarto do século XX, ao se falar em ‘mãe’ pensava-se em duas categorias: a mãe biológica e a mãe social – adotiva ou madrastra. A primeira fertilização humana *in vitro* bem-sucedida, na Inglaterra, em 1978, carregou consigo uma ruptura radical no conceito de ‘mãe’, na medida em que, com o desenvolvimento das novas tecnologias reprodutivas, surgem três categorias possíveis – mãe genética, gestacional e social, não necessariamente coincidentes.

O desenvolvimento de tecnologias de anticoncepção, nos anos 1960 e, mais tarde, o das de reprodução assistida, no decorrer da década de 70, ao mesmo tempo em que respondem a um novo tipo de demanda, compatível com a ampliação da ideologia individualista – poder decidir **quando** e **como** ter filhos, uma mudança na significação dada a esta escolha, não mais uma ‘decorrência natural’ do casamento – acarretam modificações qualitativas de grande monta. Como exemplo, os laços de parentesco que precisam ser reconstruídos e ressignificados, sendo para isto necessária a criação de novas estratégias sociais (Cussins, 1998). A rigor, a questão da **escolha** assume contornos radicais nas novas tecnologias reprodutivas. Se a contracepção estava impregnada do sentido de limitação, significando não ter filhos ‘em excesso’ ou ‘em um momento inadequado’, a reprodução assistida pode ser compreendida como o desejo ‘encorporado’ (*embodied*) de ter filhos.

Além das mudanças do *status* da mãe, o embrião e o próprio feto também vêm sofrendo modificações em seus respectivos *status*, produtos que são de um processo multifacetado e complexo, como vimos nos capítulos acima. No mesmo processo, ampliam-se, simultaneamente, a medicalização da reprodução, a da gravidez e a do conceito. A fertilização *in vitro* trouxe para a cena da concepção parceiros inteiramente inéditos até então: médicos, técnicos de laboratório, aparelhos de toda ordem.<sup>182</sup>

---

<sup>182</sup> Cabe ressaltar que esta tecnologia é acessível apenas às camadas mais abastadas da população, dado o seu alto custo financeiro. Há muito poucos hospitais da rede pública no Brasil que oferecem a populações de baixa renda algumas das tecnologias de reprodução assistida. Alguns pesquisadores brasileiros vêm se dedicando ao tema, entre os quais destacaria Corrêa (1997, 2001) e Luna (2004). Contudo, apesar dessa aplicação restrita, seu impacto social tem sido de amplo alcance, contribuindo para a reconfiguração de uma série de questões concernentes, por exemplo, à bioética e à posição hierárquica da mulher em relação ao seu

Constituiu-se a possibilidade da maternidade e da paternidade a mulheres e a homens que não conseguiam gerar filhos, e a própria noção de ‘infertilidade’ de um casal foi redimensionada. Não se pode deixar de assinalar o aspecto de consumo entranhado na chance de escolha construída com essas novas tecnologias.<sup>183</sup> Na medida em que é reforçada a noção da ‘infertilidade’ como uma questão ‘médica’, constrói-se também a idéia de que esta pode – ou mesmo ‘deve’ – ser ‘resolvida’ por meio da tecnologia.

Sarah Franklin mostra como, ao se estabelecer a conexão ‘infertilidade-desespero’, é elaborada uma narrativa épica dos feitos médicos (Franklin, 1990: 204). Conforme apontado ironicamente por Corrêa (1997, 2001), ao fim e ao cabo conseguem-se bebês, mas não se “resolve” a infertilidade. As novas tecnologias reprodutivas constituem-se em um *by-pass* das diversas condições que produzem um quadro de infertilidade como, por exemplo, obstrução tubária da mulher, oligospermia no homem, só para citar algumas. Conquistam-se no laboratório fertilizações de óvulos que jamais ocorreriam pelos ‘meios naturais’, mas não se alteram as condições do casal impeditivas da concepção pelos meios ‘tradicionais’.

É possível pensar que nos dias atuais está sendo construída uma nova ‘sacralização’ do feto e da vida, como assinala Duden (1993), em conjunto com a experiência de maternidade e de paternidade. A diferença em relação ao discurso religioso tradicional é que no momento esta sacralidade adquire um cunho ‘científico’. Cabe também indagar se o que está em jogo é a sacralização da vida ou a da própria ciência, agora capaz de produzir vida,<sup>184</sup> mas de um modo ou de outro constitui-se um discurso com contornos nitidamente natalistas.

Conforme assinalado anteriormente, Armstrong (1986) e Shorter (1977) apontam para uma ampliação do sentimento de infância postulado por Ariès (1978), com a construção social do bebê como um objeto de atenção médica e social, destacado da mãe,

---

embrião (Novaes & Salem, 1995; Salem, 1997).

<sup>183</sup> O ‘diagnóstico’ de infertilidade passou por modificações nos critérios de avaliação que parecem corresponder a interesses de forte cunho comercial, incluindo-se aí a própria demanda gerada por esses interesses nos consumidores. Há relativamente pouco tempo atrás – antes da difusão das tecnologias de reprodução assistida – o critério para definição de ‘casal infértil’ incluía o parâmetro de dois anos tendo relações sexuais regulares sem obtenção de gravidez. Na atualidade, esse parâmetro mudou para seis meses, e leva em consideração outros fatores, como a idade da mulher que busca engravidar.

<sup>184</sup> Foi noticiado em um *site* da Internet a chegada ao Rio de Janeiro de “um robô (...) que imita os movimentos das mãos e dos braços humanos (...) na segunda quinzena deste mês para transformar mulheres estéreis em mães potenciais”, que permite (ou otimiza) a realização da cirurgia endoscópica da endometriose. Significativamente batizado de... Zeus (!), o aparelho “consiste num computador com o qual o cirurgião controla três braços robóticos dentro do corpo do paciente.” ([www.ultimosegundo.ig.com.br/useg/notgerais](http://www.ultimosegundo.ig.com.br/useg/notgerais),

no decorrer do século XIX e, na segunda metade do século XX – especialmente com a mediação da tecnologia do ultra-som – o feto transformando-se em um novo foco de interesse, sensibilização e intervenção (Chazan, 2000). A atenção voltada para ele, conforme mencionado no capítulo 4, produz uma série de desdobramentos, dentre os quais os mais significativos consistem no surgimento de uma nova especialidade médica, a ‘medicina fetal’, e no aparecimento dos “direitos fetais” – em alguns estados americanos, objeto de legislação específica (Heriot, 1996: 182). A ultra-sonografia obstétrica, como vimos, desempenha um papel relevante para a produção dessa nova percepção e sensibilidade acerca do feto.

Passo agora a expor uma revisão da literatura antropológica surgida principalmente durante a década de 1990, no exterior, acerca dos desdobramentos no uso do ultra-som obstétrico. Viso aqui delinear com contornos mais nítidos a produção teórica que conduziu ao tema do trabalho de campo. A exposição desta literatura tem como propósito estabelecer um cenário comparativo para o material advindo da observação etnográfica.

### **O uso e o significado político das imagens ultra-sonográficas obstétricas**

Uma das primeiras antropólogas a abordar o tema das imagens fetais, Rosalind Petchesky (1987), analisando o vídeo *The Silent Scream* – produzido pelo dr. Bernard Nathanson –<sup>185</sup> fartamente exibido pela mídia eletrônica em 1984, nos Estados Unidos, discutiu de que modo as imagens fetais foram apropriadas e transformadas em um discurso moral. Segundo Petchesky,

*The Silent Scream* marcou uma mudança dramática na concorrência por imagens sobre aborto. Com uma esplêndida perspicácia, traduziu as imagens imóveis e agora rotineiras do feto como um ‘bebê’ em um vídeo em tempo real, desta forma (1) dando a essas imagens uma interface imediata com a mídia eletrônica; (2) transformando a retórica antiaborto de predominantemente místico-religiosa em um estilo médico-tecnológico; e (3) ‘dando vida’ à imagem fetal (...) (Petchesky, 1987: 58).

---

capturado em 04/11/2002).

<sup>185</sup> O vídeo registra, através de ultra-som, o aborto de um feto de 12 semanas e intercala essas imagens com a mesa cirúrgica de aborto e com dr. Nathanson ‘explicando’ o que está sendo visto, tudo isso acompanhado por uma melodia de órgão como fundo musical. O ultra-som mostra a cânula de aspiração sendo introduzida no útero da mulher, e o feto ‘tentando escapar’ – movimentos rápidos – e finalmente ‘lançando a cabeça para trás’, em um ‘grito silencioso’. Petchesky assinala que, juntamente com a exibição de um aparato altamente tecnológico, o que se ouve no vídeo é semelhante à moralidade medieval, em uma retórica antiaborto padronizada. Observa ironicamente que a retórica não é a da ciência, assemelhando-se mais à do seriado norte-americano *Miami Vice* (Petchesky, 1987: 60). A título de informação: o dr. Nathanson era um ginecologista-obstetra, inicialmente favorável direito de escolha, que se converteu em antiabortionista militante.

Prosseguindo em sua análise do vídeo, Petchesky aponta que este levanta questões importantes acerca do que significa ‘evidência’ ou ‘informação médica’, uma vez que a imagem ultra-sonográfica é apresentada como a ‘prova’ de que o feto está vivo, “é humano como nós” e “sente dor”.<sup>186</sup> O poder ideológico do filme, a despeito de suas incoerências e fraudes, reside no fato de que ele pertence muito mais ao terreno das representações culturais do que ao das evidências médicas (Petchesky, 1987: 60). Ainda de acordo com essa autora,

A aparência [do vídeo] de documento médico obscurece e reforça um conjunto codificado de mensagens, que operam como símbolos políticos e injunções morais (...) (Petchesky, 1987: 61).

Segundo Petchesky, o vídeo adquiriu credibilidade pelo fato de estar envolto em uma aura de autoridade médica, associada à sedução da tecnologia e ao impacto cumulativo de imagens fetais da década que o antecedeu. Desde o surgimento pela primeira vez na mídia, em 1962, na revista *LIFE*,<sup>187</sup> de imagens fotográficas do feto, este sempre foi apresentado como isolado ou autônomo, a mulher sendo periférica, quando não totalmente ausente (Petchesky, 1987: 62). Para esta autora, a imagem isolada e flutuante do feto

(...) não faz mais que estender para a gestação a visão *hobbesiana* acerca dos seres humanos, como indivíduos desconectados e solitários. É esse individualismo abstrato – que anula tanto a mulher grávida quanto a dependência do feto a ela – que proporciona à imagem fetal sua transparência simbólica, de maneira a possibilitar que vejamos nele nosso próprio *self*, nossos bebês perdidos, nosso mítico passado seguro (Petchesky, 1987: 63).

Passa a haver, desse modo, a instrumentalização tecnológica de representações utilizando imagens cada vez mais precoces da gravidez, contribuindo para o surgimento de noções de ‘condição de Pessoa’ (*personhood*)<sup>188</sup> e independência dos fetos em relação às gestantes (Rapp, 1997: 47). Do ponto de vista do ativismo antiaborto (ou pró-vida), a

---

<sup>186</sup> Estas duas últimas afirmações foram contestadas por médicos, em debates no *New York Times*, que argumentaram que com 12 semanas de vida o feto não tem ainda um córtex cerebral, não podendo, portanto, sentir dor e, menos ainda, ‘gritar’, pois não existe ar em seus pulmões; neste estágio de seu desenvolvimento, o feto apresentaria apenas movimentos reflexos. Os movimentos rápidos foram denunciados como truques na edição do vídeo.

<sup>187</sup> Há uma ligeira discrepância com relação à data em que essas imagens foram publicadas: Mitchell e Georges (1998: 119) referem-se às fotos como tendo surgido na mídia em 1965, assim como Rapp (1997: 44). De todo modo, é interessante observar que as primeiras imagens fetais surgem no mesmo momento em que está ocorrendo o movimento norte-americano da contracultura, de forte colorido neo-romântico, conforme assinalado por Campbell (2001: 9pp.).

<sup>188</sup> Optei por traduzir o termo *personhood* como ‘condição de Pessoa’ e, eventualmente, ‘pessoalidade’, por não existir uma tradução exata do termo em português.

‘pessoalidade’ do conceito sempre foi um dos carros-chefes, e esta noção, agora ‘sustentada’ tecnologicamente, traz implicitamente a idéia de que a mulher ficaria subordinada ao feto, durante a gravidez (Martin, 1992: 100).

Rayna Rapp aponta um paradoxo: ao mesmo tempo em que as imagens fetais são produzidas em ‘tempo real’ dentro dos corpos femininos, elas sofrem um tratamento visual e se apresentam incorpóreas, flutuantes. O “feto-em-tempo-real” visualizado através do ultra-som é, simultaneamente, pessoal, doméstico e íntimo e provoca uma reflexão ampla, pública e política a respeito do papel da mãe, entre outras questões (Rapp, 1997: 47).

Amplia-se a vigilância sobre os corpos da gestante e do feto e constitui-se

(...) um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam (...) (Foucault, 1999: 143).

O surgimento de uma nova especialidade – a medicina fetal – parece corroborar essa perspectiva. O feto ‘visível’ torna-se também passível de uma vasta gama de intervenções, diretas e indiretas, que abrangem desde modificações alimentares impostas à gestante até intervenções cirúrgicas no feto – realizadas dentro e fora do útero – antes do seu nascimento.

### **Desdobramentos culturais: o útero ‘transparente’ e o feto ‘público’**

No passado, a presença pública do conceito revelava-se aos poucos, em um período de meses, e os sinais dessa presença passavam necessariamente pela codificação da mulher, em termos físicos e psíquicos. Nos dias atuais, a ultra-sonografia sobrepõe-se à consciência corporal da mulher e fornece um conhecimento médico, independente, sobre o feto. Os estados corporais que anteriormente indicavam a gravidez são substituídos por sinais exclusivamente visuais que transformam uma série de ecos em um ‘bebê’. O conhecimento corporal difuso da mulher acerca de seu estado é transformado, reduzido e, de acordo com Rapp, restringido à imagem do feto como uma entidade separada ou um “paciente” (Rapp, 1997: 39).

Em estudo etnográfico desenvolvido em uma pequena cidade da Grécia, Eugenia Georges examinou de que modo a possibilidade intrínseca de visualização do feto pelo ultra-som tinha o potencial de fundir processos naturais e tecnológicos e, assim, produzir novas experiências cognitivas e corporais na gravidez. Georges sustenta que o ultra-som fetal exerce uma atração especial e considera que muito de seu impacto e autoridade estão

ligados tanto à posição única que ocupa – de interseção entre tecnologias visuais científicas e populares – quanto com os códigos e as convenções da representação do ‘real’ enraizados nessas tecnologias (Georges, 1996: 158).

As mulheres estudadas encaravam o ultra-som por um prisma positivo, exercendo uma demanda ativa sobre os médicos. Em primeiro lugar, elas relataram um sentimento de prazer – proporcionado pela tecnologia – pelo reassuramento em relação à saúde do concepto. Em seguida, o ultra-som mediava o contato delas com o feto e estabelecia a ‘realidade’ deste para as mulheres, através de uma imagem que, turva, era reinterpretada como “o meu bebê” (Georges, 1996: 160). A percepção corporal era colocada em segundo plano em relação à visualização da imagem do feto.<sup>189</sup> Georges pontua que o aparente realismo da televisão desempenha um papel de grande importância nessa construção. A observação dos movimentos fetais em tempo real, como um *show* ‘ao vivo’, acentuava o sentimento de realidade dos fetos para as grávidas (Georges, 1996: 163).<sup>190</sup>

A questão relevante da pesquisa era em que medida – no contexto estudado pela autora – a tecnologia desempenhava um papel crítico na reconfiguração da forma pela qual as mulheres vivenciavam suas gestações. O prazer visual experimentado na exibição da imagem do feto estaria de certo modo substituindo o prazer das ‘antigas’ percepções internas, produzindo-se novas sensações pela fusão do visual com o tátil. O ritmo da gravidez era assim ‘acelerado’, posto que várias situações eram adiantadas no tempo: desde a visualização ‘concreta’ da existência do feto até a determinação do sexo. Georges aponta que a forte demanda e a recepção entusiástica das imagens fetais pelas mulheres pode ser o indício do surgimento de uma outra consciência e a conseqüente transformação das gestantes em novos sujeitos: grávidas e modernas. É inegável também que, na medida em que o ultra-som exerce e reforça a autoridade médica, ele consolida a crescente hegemonia da biomedicina sobre a experiência reprodutiva da mulher (Georges, 1996: 169).

Esta pesquisa corrobora a afirmação de Foucault acerca da positividade do poder disciplinar que, através do escrutínio e também do prazer no conhecimento, constrói subjetividades que sustentam e reforçam o poder (Foucault, 1984: 131; 1999: 117, 125).

---

<sup>189</sup> A valorização da visualidade em detrimento dos outros sentidos inscreve-se em um contexto cultural discutido na parte I desta tese. Cf. também Chazan (2001, 2002a, 2002b).

<sup>190</sup> Na Grécia, a expressão utilizada para o ultra-som fetal é “colocar o bebê na televisão”. A televisão é uma metáfora bastante apropriada para o exame nesse país; é ubíqua e carrega consigo a imagem da modernidade, inserindo a Grécia no ‘moderno’ comportamento ocidental relativo à gravidez (Georges, 1996: 158). Sobre a ‘naturalização’ e a ‘objetividade’ das imagens técnicas na sociedade ocidental contemporânea, ver acima, no capítulo 2. Cf. Daston e Galison (1992), Pereira (1999) e Chazan (2002b).

Do estudo de Georges emerge um duplo aspecto no tocante às relações de poder: reconfigura-se o poder/saber da mulher sobre o feto, e evidencia-se claramente o poder da tecnologia biomédica exercido sobre a mulher, do momento em que esta passa a depender da aparelhagem e dos médicos para ter acesso ao seu conceito. Duas subjetividades são construídas simultaneamente: a da gestante e a do feto – ambas mediadas pela tecnologia. Outro aspecto do rearranjo, no que tange ao poder e ao conhecimento da mulher sobre o conceito, deriva-se do fato de que tal conhecimento – no passado, estritamente subjetivo e privado da mulher – passa necessariamente a ser dividido com médicos e técnicos, posto que depende destes para a sua produção. Em paralelo, com o feto tornado ‘público’, amplia-se a rede de atores sociais envolvidos com a gestação: parceiros, familiares, amigos, e outros.

O estudo de Browner e Press (1996), sobre cuidados pré-natais nos Estados Unidos, focalizou basicamente o autocuidado de mulheres durante a gravidez e de que modo elas incorporavam os conselhos biomédicos às suas rotinas já conhecidas de cuidados com o corpo.<sup>191</sup> Muitos depoimentos das entrevistadas no estudo evidenciaram o sentimento de conforto e reassentimento por receberem instruções sobre o que fazer. Várias delas revelaram que gostavam do pré-natal porque os recursos tecnológicos, como a ultrassonografia e a audição dos batimentos cardíacos fetais, faziam-nas se sentirem “mais perto” de seus fetos, ou “tornavam o bebê mais real”. As solicitações médicas de que se submetessem a exames complementares de alta tecnologia eram geralmente bem recebidas pelas grávidas (Browner & Press, 1996: 144). A passagem de informações no pré-natal era altamente valorizada pela maioria destas mulheres. As gestantes acreditavam que, estando informadas, ficariam mais aptas a assumir as responsabilidades conferidas pela gravidez.

Contudo, apesar da demanda de informação, a autoridade biomédica não era aceita de forma inteiramente acrítica. Muitas mulheres estavam inclinadas a aceitar os conselhos dos médicos como confiáveis, mas demonstravam alto grau de ambivalência em executá-los. As autoras do estudo observaram que a maioria das grávidas aceitava os conselhos biomédicos que eram confirmados pela experiência incorporada e rejeitava os que colidiam com suas crenças preexistentes acerca dos cuidados consigo mesmas durante a gestação. Costumavam também ignorar diretrizes que dificilmente poderiam ser incorporadas às suas

---

<sup>191</sup> Diferentemente de outras pesquisas (Rapp, 1997, 1998, 1999), estas autoras não encontraram diferenças significativas – nas atitudes e nas crenças entre as mulheres pesquisadas – que fossem relacionadas à etnicidade e à classe social (Browner & Press, 1996: 143).

rotinas diárias (Browner & Press, 1996: 145, 147). Em suma, essas mulheres confiavam mais em seu conhecimento incorporado do que na opinião dos médicos em relação a recomendações diversas de cuidados pré-natais, mas tornavam-se aquiescentes à autoridade médica quando esta se apresentava apoiada pelo poder da tecnologia (Browner & Press, 1996: 152).

É importante aqui sublinhar que as mulheres não eram de modo algum agentes passivas nesse processo. Estabelecia-se uma aliança entre gestantes e médicos a partir do momento em que elas solicitavam e se dispunham a ter seus corpos monitorados e examinados, demandando aos profissionais que as ensinassem o que fazer durante a gestação. Vale ainda ressaltar que esse processo se passava em uma via de mão dupla: tanto a atribuição de confiabilidade a um tipo de conhecimento tecnológico contribuía para o processo crescente de medicalização da gravidez, quanto esta tendência reforçava a posição culturalmente aceita da tecnologia como produtora de conhecimento confiável biomédico.

Michèle Fellous, em estudo realizado na França no início dos anos 1990, constatou que a visualização do **movimento** era mais impactante do que apenas a imagem e, freqüentemente, o interesse das mulheres no ultra-som decrescia no momento em que começavam a sentir os primeiros movimentos fetais. Entretanto, para os homens, sem a possibilidade de apreender o feto sensorialmente, esse interesse persistia inalterado durante toda a gravidez da mulher (Fellous, 1991: 20). Além disso, para as mulheres, a imagem apenas não era a única responsável pela vivência positiva da ecografia obstétrica: “(...) É a imagem **em** movimento, a imagem **e** o movimento que emocionam, particularmente os batimentos do coração [visualizados no ultra-som]” (Fellous, 1991: 20) (Grifos originais).

A visualização do movimento funcionaria como uma confirmação de que há outra vida dentro da mulher.<sup>192</sup> A autora assinalou que a tomada de consciência da existência do feto só era efetiva quando conjugada a outras percepções, como a escuta dos batimentos cardíacos fetais e a sensação vivida com os movimentos do concepto. A produção de prazer e alegria estava condicionada a que “a imagem fosse sustentada pela palavra que comenta e explica – caso contrário ‘não se vê o que é’ – e que a consulta [ecográfica] terminasse com: ‘tudo vai bem’(...)” (Fellous, 1991: 20). Fellous observou ainda que havia diferenças marcantes na construção da idéia de autonomia do feto em relação à grávida, dependendo da categoria profissional: ultra-sonografistas e pediatras tendiam a perceber o concepto

---

<sup>192</sup> Esta conexão entre visualização do movimento e ‘vida’ foi discutida acima, no capítulo 2, item 2.2.3.



como um ser autônomo, enquanto obstetras entendiam a dupla gestante-feto como uma unidade.<sup>193</sup>

Mitchell (1994), em estudo sobre a ultra-sonografia com 49 mulheres primíparas, no Canadá, observou que durante o exame o termo ‘feto’ era reservado a questões diagnósticas,<sup>194</sup> e que a maioria das observações feitas pelo técnico durante um exame de rotina referia-se à anatomia, à aparência e à atividade do ‘bebê’.<sup>195</sup> A imagem ultra-sonográfica era descrita para as gestantes em termos de atividade intencional: “está brincando”, “nadando”, “pensando”, “espreguiçando”, “descansando” etc. A aparência de ‘bebê’ do feto era ressaltada com comentários sobre “a gracinha dos dedinhos do pé” ou sobre a “semelhança” com membros da família. Os movimentos fetais frequentemente eram descritos em termos de estados de humor como: “o bebê está feliz”, “relaxado”, “cansado”, ou de características de personalidade: “é tímido”. Muitas vezes os técnicos interagiam com a imagem na tela, cumprimentando-a, dirigindo-lhe reprimendas ou criando uma voz em seu lugar que “falava” com a grávida (Mitchell, 1994: 150).

Lisa Mitchell e Eugenia Georges (1998) desenvolveram um estudo comparativo entre a ultra-sonografia obstétrica na América do Norte e na Grécia. Através da análise das diferenças evidenciadas entre os dois contextos, mostraram de que modo a construção social do feto como Pessoa, mediada pela tecnologia do ultra-som, encontrava-se profundamente impregnada pelos valores vigentes em cada contexto.<sup>196</sup> As similaridades encontradas, por outro lado, revelavam que o *constructo* que emergia da fusão do feto com a sua imagem, produzida pelo ultra-som, era simultaneamente constituído por compreensões locais e globais. O feto norte-americano aparece em filmes, anúncios e

---

<sup>193</sup> Na França, na época da pesquisa de Fellous, as ultra-sonografias eram sempre realizadas por médicos, o mesmo acontecendo atualmente no Brasil.

<sup>194</sup> Coincidindo com a observação de Rapp, de que os médicos em conversas entre si referiam-se às imagens em linguagem neutra, científica (Rapp, 1997: 39).

<sup>195</sup> Conforme já assinalado anteriormente, nos países europeus, os exames ultra-sonográficos obstétricos são em geral realizados por médicos ou parteiras. Nos Estados Unidos e no Canadá, os exames de ultra-som são realizados na maior parte das vezes por técnicos, em geral mulheres, que não estão autorizadas de forma alguma a informar a gestante sobre os possíveis diagnósticos sugeridos pela imagem (Taylor, 1998: 28), conforme visto acima, no capítulo 4, item 4.1.4.

<sup>196</sup> A pesquisa de Fellous (1991) na França corrobora este aspecto apontado por Mitchell e Georges, partindo das vivências diferenciadas das mulheres durante a ultra-sonografia obstétrica: “(...) pareceu-nos enganador falar univocamente do efeito da ecografia sobre a vivência da gravidez e daí tirar conclusões gerais. (...) [A ecografia] pode enriquecer o processo de ‘tornar-se mãe e pai’ ou, pelo contrário, perturbá-lo, quando vai às avessas ou pretende substituí-lo. A vivência da ecografia **varia segundo o contexto social e relacional no qual se desenvolve a gravidez, segundo a elaboração da mãe de suas próprias referências internas e da maturação da relação com a criança que ela espera, e segundo sua própria história de fertilidade** (...)” (Fellous, 1991: 38) (Grifo acrescentado).

fotografias: as pessoas acostumaram-se a ‘ver’ o feto, e essa visualização desempenha um importante papel em sua construção e representação como um ator social. Na Grécia, não havia um ‘feto público’. Raramente aparecia na mídia e, apenas às vezes, em hospitais, nos cartazes de campanhas contra o fumo na gestação.

A descrição era vital para que a imagem ultra-sonográfica se tornasse culturalmente significativa como “um bebê”, e passava sempre por um “filtro cultural”: os técnicos selecionavam as partes “não-chocantes”, como bexiga, pés, mãos e dedos, para mostrar às gestantes, e não exibiam a face do feto no período de 16/18 semanas, considerada por eles como alarmante para as mulheres. Nos Estados Unidos e no Canadá, apenas em gestações consideradas de ‘alto risco’ ou com fetos portadores de anomalias, os médicos assumiam a realização da ultra-sonografia (Mitchell & Georges, 1998: 108).<sup>197</sup>

O *constructo* que emerge da visualização das imagens fetais foi denominado pelas autoras de *feto-cyborg* (Mitchell & Georges, 1998). O uso deste conceito permite que sejam colocados em evidência não apenas a interação corpo-máquina na reconfiguração da Pessoa, como também os processos de produção desse *constructo*:

Usar o ultra-som para descobrir e conhecer o *feto-cyborg* é, nos termos de Haraway [Donna Haraway], um problema de tradução; ultra-sonografistas devem traduzir não só a física dos ecos, como também os significados clínicos e sociais dos diferentes matizes de cinza (Mitchell & Georges, 1998: 108).<sup>198</sup>

---

<sup>197</sup> No Brasil, a resolução 1361/1992, de dezembro de 1992, do Conselho Federal de Medicina, determinou que “A execução e a interpretação de exame ultra-sonográfico entre seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo é da exclusiva competência do médico” (DOU, Seção I, de 14-12-92, p. 17.186). Portanto, no Brasil, os exames ultra-sonográficos são sempre realizados por médicos, em geral provindos da radiologia e, no caso do ultra-som obstétrico, freqüentemente provenientes da ginecologia e da obstetrícia. Não existe uma formação específica em ultra-sonografia, que sequer constitui uma especialidade no Brasil. No momento em que este trabalho estava sendo finalizado, encontrava-se em curso a aprovação, pelo Conselho Federal de Medicina, de uma resolução acerca de **quais** especialistas estariam habilitados a realizar ultra-som. Entre as especialidades que provavelmente seriam aprovadas para tal encontravam-se Cardiologia, Ginecologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Pediatria e Radiologia. Entretanto, de acordo com um informante, a rigor, a situação é um tanto caótica e qualquer médico pode colocar em seu consultório um aparelho de ultra-sonografia, freqüentemente de tecnologia já obsoleta, passando daí a realizar exames. Vale acrescentar que a observação do campo revelou diferenças significativas na flexibilidade, disponibilidade emocional e capacidade de manejo de situações durante o ultra-som, dependendo de qual fosse a ‘origem’ do profissional, tema a ser discutido adiante, no capítulo 6.

<sup>198</sup> Esta citação mostra-se datada, evidenciando indiretamente o desenvolvimento acelerado de novas tecnologias – provavelmente à época da publicação do artigo não estava difundida no mercado da ultra-sonografia a tecnologia 3D, que produz imagens fetais bastante diferentes dos borrões cinzentos do 2D. Contudo, a questão central permanece sendo a de tradução: a imagem 3D é produzida através de um algoritmo computacional aplicado aos sinais elétricos que são, por seu turno, uma codificação dos ecos provenientes da aplicação do ultra-som ao abdômen da gestante. Portanto, uma imagem mais definida implica mais um nível de aplicação de tecnologia; a aparência ‘mais natural’, de maior ‘realismo’, deve-se a um grau mais acentuado de sofisticação tecnológica.

Obstetras, radiologistas e técnicos podem apropriar-se da imagem descrevendo-a para a mulher em um discurso que garante sua ‘condição de Pessoa’ em termos físicos, morais e subjetivos.

O ponto fundamental de tal pesquisa, que remete ao tema desta tese – e que foi em grande parte inspirador para ela – é o fato de que sujeitos fetais e gestantes são culturalmente construídos. O consumo de tecnologia de ultra-som foi uma forma de as gestantes se constituírem em sujeitos ‘modernos’ na Grécia contemporânea, onde a tecnologia médica tornou-se sinônimo de modernidade para pacientes e para médicos. Mitchell e Georges assinalaram que, em contraposição, poucas canadenses referiam-se ao ultra-som como um exemplo de “progresso médico”, ou como algo que “nossas mães não tiveram”. O ultra-som era visto por elas como o meio de “fazer o melhor para o bebê”, ou de alívio com relação às preocupações sobre anormalidades fetais ou risco de aborto (Mitchell & Georges, 1998: 119).

As diferenças na construção das pessoas do feto e da grávida tornavam-se evidentes na comparação das traduções culturais populares do conhecimento *expert* sobre a gestação: à época do estudo feito pelas autoras, 100% das canadenses liam guias sobre a gravidez, em contraste com a porcentagem de gestantes gregas que o faziam: 50%. Na Grécia, o texto era focado exclusivamente nas características físicas e no desenvolvimento do feto, e o conceito de vínculo (*bonding*) estava ausente.<sup>199</sup> Havia muitos conselhos para que as mulheres fossem “boas pacientes” para os médicos, pontuais às consultas, além de precisas e concretas em seus relatos – as gestantes gregas deveriam ser sujeitos modernos e disciplinados. No Canadá, o feto era percebido pelos ecografistas e mulheres como sensível, ativo, um indivíduo socializado, engajado em atividades intencionais; o vínculo materno-fetal era enfatizado como a experiência central e essencial da gravidez. As canadenses, já medicalizadas e disciplinadas, estariam sendo “compensadas” com a comunicação materno-fetal (Mitchell & Georges, 1998: 119), mediada e potencializada pela tecnologia de imagem.

As duas situações descritas pelas autoras parecem ser faces diferentes de um dispositivo do biopoder. O feto, nesse contexto, funciona como ponto em torno do qual articulam-se e constroem-se a subjetividade da mulher, o poder médico e a ampliação da disciplinarização e da normatização dos corpos – dos fetos e das mulheres.

---

<sup>199</sup> Sobre o tema do *bonding*, cf. capítulos 3, item 3.2.4 e capítulo 4, item 4.2.2.

O ultra-som foi concebido e é encarado por médicos e gestantes como um meio de revelar o que é ‘natural’, ‘verdadeiro’ e ‘comum’ a todos os fetos e gestações. Dessa forma, apresenta-se como uma tecnologia sem cultura, ‘universalizante’. Mitchell e Georges sublinham que o feto-*cyborg* que emerge dessa tecnologia revela muito das condições históricas e culturais de sua produção.<sup>200</sup> A ‘*cyborgificação*’, ao mesmo tempo, reproduz e reconfigura os entendimentos sobre – e o relacionamento com – o feto. As autoras sintetizam suas observações do seguinte modo:

No Canadá, o ultra-som está referido à separação e à reconexão de indivíduos. As gestantes esperam ‘encontrar/conhecer (*meet*) seu bebê’ na tela do ultra-som e são encorajadas por *experts* a verem na tela digitalizada evidências de um ator com gênero, consciente e sensível, comunicando suas demandas e necessidades. Capturadas pela ideologia complexa e pública do risco, através do ultra-som provam que são ‘boas mães’ (...) Na Grécia, a produção de sujeitos – gestantes e fetos – é marcadamente diferente. A evidência de normalidade física é lida como evidência da ‘condição de Pessoa’ fetal. Entretanto, os fetos permanecem como seres relacionais, cuja construção como Pessoa é constituída primariamente através de redes de parentesco (Mitchell & Georges, 1998: 120).

Apesar de o ultra-som expandir dramaticamente a apreensão cognitiva e sensorial da gestante, vale sublinhar que esse processo se dá sempre dentro dos limites das formações discursivas dominantes (Mitchell & Georges, 1998: 120). Assim, as imagens tornam-se significativas se inscritas no – e codificadas pelo – discurso vigente no contexto sociocultural no qual são produzidas.

A pesquisa já comentada de Anna Carolina Lo Bianco comparou dois grupos de gestantes – um pertencente às camadas médias e outro às classes populares.<sup>201</sup> Retomo-a neste ponto porque, embora seu foco de análise não tenha sido a ultra-sonografia, Lo Bianco chegou a conclusões bastante semelhantes às do estudo precedente. Ao contrário das grávidas de classes populares e baixa escolaridade, as mulheres de camadas médias viam a gravidez como uma etapa importante para o estabelecimento da relação materno-infantil. A gravidez para elas não era um estágio **para** a maternidade, mas um estágio **da** maternidade, e percebiam o feto como um ser dotado de vontade própria e autonomia. Uma das gestantes referiu-se ao futuro bebê como “uma pessoinha que está dentro de mim”. As

---

<sup>200</sup> A título de curiosidade – mesmo que fugindo um pouco ao escopo deste trabalho -- encontra-se atualmente disponível para venda um tipo de ‘babá eletrônica’ que ‘decodifica’ o choro do bebê para a mãe, configurando uma mãe também *cyborg*, dependente da tecnologia para compreender seu bebê.

<sup>201</sup> Ver capítulo 3.

mulheres de camadas populares, ao contrário, acreditavam que a maternidade começava apenas após o nascimento da criança e não procuravam “conversar” com o bebê dentro de seu corpo (Lo Bianco, 1985), ou seja, em uma mesma sociedade foi possível detectar diferenças culturais marcantes informando o modo como a gravidez era percebida em diferentes estratos populacionais.

Os dois trabalhos – o de Mitchell e Georges, comparando Canadá e Grécia, e o de Lo Bianco, estudando dois grupos de mulheres no Rio de Janeiro – apontaram para uma questão importante: a outra face da medicalização crescente da gravidez, da mulher e do feto, que implica um recrudescimento da disciplinarização e da normatização dos corpos tanto dos fetos quanto das mulheres, é o aumento da individualização, da interiorização, do investimento de afeto e sentimentos na maternidade. O biopoder e os dispositivos tecnológicos que o acompanham produzem, além de corpos úteis e dóceis, subjetividades hiperinvestidas de afetos e desejos.

### **Transformação: da imagem tecnológica ao feto-Pessoa**

A avaliação e a padronização do desenvolvimento ‘normal’ da gravidez e do feto em nossos dias, nos grandes centros urbanos, passaram a ser necessariamente mediadas pela tecnologia. Por um lado, observa-se que a percepção da mulher acerca da evolução da gravidez é lateralizada, como se fosse ‘não-confiável’, e tende a ser ‘substituída’ pelo aparato tecnológico. Por outro, esse aparato media, modifica e fornece subsídios para a construção de novas sensações e sentimentos em relação ao seu feto, parte por antecipar a percepção da gravidez e parte por promover uma reconfiguração da sensorialidade materna através da fusão da visualidade com sensações táteis, conforme mencionado acima.

A partir da quinta semana gestacional, o feto é visualizável pelo ultra-som. A noção e a vivência subjetivas de ‘maternidade’ são assim antecipadas com relação ao que ocorria até os anos 1980: um processo denominado por Rayna Rapp de *fast-forwarding* (Rapp, 1997: 38). Segundo Rapp, o aspecto mais significativo do processo de personificação do feto é a determinação do sexo, que pode ser realizada (com maior grau de precisão) a partir da vigésima semana de gravidez.<sup>202</sup> O conhecimento do sexo do feto “aumenta a velocidade da gravidez”, deixando de ser um “ser imaginário” para tornar-se um

---

<sup>202</sup> A pesquisa de Rapp data de fins da década de 1990. Com a evolução da tecnologia, na atualidade, a determinação do sexo fetal pode ser feita com segurança, dependendo da posição fetal, a partir da 16ª semana

“menininho ou menininha” (Rothman, 1986 *apud* Rapp, 1997: 40).<sup>203</sup> Fellous chamou a atenção para o fato de que nem sempre essa antecipação era vivenciada de forma positiva pelas mulheres. Para algumas, havia um sentimento de terem seu “segredo roubado” pela revelação do sexo do feto, a ecografia como uma interferência “quase insuportável”, uma “violência”, um impedimento de vivenciarem de forma gradual as mudanças que ocorriam no interior de seus corpos (Fellous, 1991: 26).

As tecnologias de imagem, assim como outras tecnologias laboratoriais, desempenham um papel relevante para a reconfiguração da subjetividade das gestantes, medicalizadas e monitoradas. É, assim, construída uma nova subjetividade para a mulher grávida, com a mediação da tecnologia,<sup>204</sup> além da atribuição de subjetividade ao próprio feto, conforme será visto adiante.

A possibilidade de visualização das imagens fetais é um elemento potente para a constituição de um deslizamento de ‘feto’ para ‘bebê’, deste para ‘Pessoa’ e – com a intervenção da medicina fetal – ‘paciente’. Desse modo, é gerado um consenso, reforçado pelos mais variados tipos de imagem veiculadas pela mídia. Um exemplo significativo e um tanto bizarro dessa ‘transformação’ é fornecido por uma mensagem que circulou em correio eletrônico, a partir de fins de 1999, contendo em anexo uma fotografia intitulada “Mão Amiga”. Tratava-se de uma cirurgia em um feto de 21 semanas. Na imagem, vê-se o abdômen cortado da mãe e o útero exposto, com um corte de onde emerge a mão minúscula do feto segurando o dedo enluvado do cirurgião [Figura 22]. Segue-se o texto que acompanhava a foto:<sup>205</sup>

Assunto: Mão amiga

Data: Segunda-feira, 20 de Março de 2000 15:43

(...) Um fotógrafo que fez a cobertura de uma intervenção cirúrgica para corrigir um problema de espinha bífida<sup>206</sup> realizada no interior do útero

gestacional.

<sup>203</sup> Michel Soulé, psicanalista francês, alcunhou a ecografia obstétrica de “*interruption volontaire du fantasme*” em alusão à “*interruption volontaire de grossesse*” (Fellous, 1991: 10). Rapp pontua que o lento processo de tornar o bebê, já nascido, sexuado, é atropelado pela pressa de se saber o sexo do feto (Rapp, 1997: 40). Sobre sexo e gênero como construções sociais, ver também Laqueur (1990), Findlay (1995) e Butler (1999).

<sup>204</sup> Há exames ultra-sonográficos nos quais são avaliados parâmetros físicos do feto que podem indicar a probabilidade de existência de anomalias. Em conversas no campo, alguns ultra-sonografistas referiram-se à grande ansiedade de muitas das gestantes no decorrer destes exames específicos (principalmente o da 11ª semana de gestação).

<sup>205</sup> Há inúmeras leituras possíveis para este texto, a começar pela relação em torno dos feitos médicos, passando pela ciência-espetáculo, entre outras. Restrinjo-me aqui ao tema em foco, o da transformação do feto em ‘paciente’. A imagem remete de modo inequívoco ao detalhe do afresco de Michelangelo, na Capela Sistina, no qual o dedo de Deus toca o de Adão, dando-lhe vida.

<sup>206</sup> Malformação congênita da coluna vertebral, causadora de graves seqüelas neurológicas.

materno num **feto de apenas 21 semanas de gestação**, numa autêntica proeza médica, nunca imaginou que a sua máquina fotográfica registraria talvez o mais eloqüente grito a favor da vida conhecido até hoje (...) [O fotógrafo] captou o momento em que **o bebê tirou a sua mão pequenina do interior do útero da mãe, tentando segurar um dos dedos do médico que o estava a operar** (...) A pequena mão que comoveu o mundo pertence a **Samuel Alexander**, cujo nascimento deverá ter ocorrido no passado dia 28 de Dezembro (no dia da foto ele tinha apenas 5 meses de gestação) (...) A vida do bebê está literalmente presa por um fio. **Os especialistas** sabiam que não conseguiriam mantê-lo vivo fora do útero materno e que **deveriam tratá-lo lá dentro**, corrigindo a anomalia fatal e voltando a fechar o útero para que o bebê continuasse o seu crescimento normalmente. (...) Agora, **o Samuel tornou-se no** [sic] **paciente mais jovem** que já foi submetido a este tipo de intervenção e, **é bem possível que, já fora do útero da mãe, Samuel Alexander Arms aperte novamente a mão do dr. Bruner** (...) (Grifos acrescentados).

O “feto de apenas 21 semanas de gestação” transforma-se em “bebê” e a ele foi atribuída uma intencionalidade no momento em que “tirou sua mão pequenina (...) **tentando segurar** um dos dedos do médico”. No momento seguinte, o feto que se transformou em bebê com uma intencionalidade, adquire um nome – “Samuel Alexander” – ainda dentro do útero da mãe. Em seguida, o ‘bebê’ com nome, intra-útero, torna-se um “paciente” e, finalmente – em uma projeção do futuro, pode-se visualizá-lo adulto, com nome e sobrenome, agradecendo ao médico que teria corrigido cirurgicamente sua anomalia. Há uma aceleração no tempo, que é reforçada pela imagem que vem em anexo ao texto, posto que a mão do feto é, de fato, uma minúscula e perfeita mão – humana.

Os artigos revisados, produzidos no exterior, apontaram e descreveram um fenômeno que gradualmente tornou-se corriqueiro nas sociedades urbanas contemporâneas: o da ampliação da medicalização da gravidez, do feto, e sua construção social como Pessoa antes do nascimento, mediada pela ultra-sonografia obstétrica – questões historicamente construídas e culturalmente informadas. Essa produção evidenciou o fato de que os aspectos culturais vigentes no campo informam e determinam de modo marcante a maneira como tal tecnologia é lidada e apropriada pelos atores nela envolvidos. Conforme mencionado na Introdução da tese, em virtude de não ter encontrado referências nem pesquisas acerca do tema, pelo prisma antropológico, no Brasil, decidi empreender um estudo etnográfico no Rio de Janeiro, cujo material é apresentado a seguir, distribuído em capítulos, cujos títulos correspondem a rubricas relativas aos aspectos observados no campo que me pareceram mais recorrentes e, assim, mais relevantes.



**Fig. 22 - “Mão Amiga”**



## CAPÍTULO 5

### VESTINDO O JALECO.

#### **SOBRE A ENTRADA NO CAMPO E A POSIÇÃO DO OBSERVADOR.**

*[H]á três características da descrição etnográfica: ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o 'dito' num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se, e fixá-lo em formas pesquisáveis. (...) Há ainda, em aditamento, uma quarta característica de tal descrição, pelo menos tal como a pratico: ela é microscópica (Clifford Geertz, A interpretação das culturas).*

*A antropologia, ou pelo menos a antropologia interpretativa, é uma ciência cujo progresso é marcado menos por uma perfeição de consenso do que por um refinamento de debate. O que leva a melhor é a precisão com que nos irritamos uns aos outros (Clifford Geertz, A interpretação das culturas).*

O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo do ano de 2003 em três clínicas privadas, designadas como clínicas A, B e C. Na clínica A, foram realizadas observações semanais, com tempo de duração variável, de janeiro a março de 2003. Nas clínicas B e C, foram feitas observações quinzenais do mesmo modo, alternadamente, no período de abril a setembro do mesmo ano, o tempo total somando cerca de 160 horas de observação.

As clínicas A e B tinham convênios com planos de saúde, mais caros ou mais baratos, que de certo modo distribuíam a clientela em termos de renda. A clínica C só atendia a exames particulares, com preços entre R\$ 110,00 e R\$ 1000,00. Uma peculiaridade dessa clientela derivava do fato de a clínica C manter um vínculo estreito com um centro de reprodução assistida. Por este motivo, havia mais gestantes consideradas 'idasas'<sup>207</sup> e mais gestações múltiplas do que nas outras duas clínicas, assim como também um maior número de gestações 'de risco', do ponto de vista médico. *Grosso modo*, considereei que a clínica A atendia predominantemente clientes de classe média e média/alta; a clínica B, classe média e média/baixa; a clínica C, classe média/alta e alta.<sup>208</sup>

<sup>207</sup> Isto é, acima de 35 anos de idade.

<sup>208</sup> Esta divisão não é rigorosa, já que não me detive em delinear na pesquisa um perfil socioeconômico das gestantes. Estabeleci esta classificação tomando por base a observação dos seus trajes, acessórios, eventualmente perfumes, e da sua linguagem. Os diferentes elementos denotavam diferentes níveis socioeconômicos e de instrução, assim como a localização das clínicas na cidade do Rio de Janeiro. A clínica

Optei por uma abordagem etnográfica do campo, utilizando o método de observação participante. Observava as ultra-sonografias das gestantes, em qualquer fase da gravidez e, durante os intervalos entre um exame e outro, interagia com os profissionais e os funcionários das clínicas. As conversas com gestantes e acompanhantes restringiam-se usualmente à explicação sobre a pesquisa e ao pedido de autorização para assistir ao exame. Durante estes, tomava notas e, mais tarde, construía relatos das situações e dos diálogos ocorridos em cada dia de observação. Ao todo foram observadas cerca de 200 ultra-sonografias obstétricas.

Na clínica A, nada foi solicitado no tocante à vestimenta e durante todo o tempo usei trajes comuns. O pedido de que vestisse o jaleco, nas clínicas B e C, catalisou diversas questões acerca da identidade da observadora, como médica e como antropóloga. Esta dupla inserção teve um caráter dinâmico e bastante significativo no decorrer da pesquisa, em relação aos atores desse universo e no meu olhar. De um modo geral, a minha presença na sala de exames pareceu ser mais perturbadora para os médicos do que para as gestantes. O modo como a perturbação era expressa diferiu de acordo com o gênero do ultra-sonografista.

### **5.1. O FAMILIAR E O EXÓTICO: SOBRE O OLHAR E O ESTRANHAMENTO**

O ponto principal da presente discussão consiste no fato de buscar um olhar antropológico em ambiente médico tendo formação médica. Há, contudo, outras peculiaridades que complexificam o problema do estranhamento necessário à análise do material, e passo a explicitá-las. Meu pai é médico e sua graduação foi realizada quando eu era criança, mais precisamente entre meus três e nove anos. A especialidade que seguiu foi a radiologia, mas mesmo antes desta opção lidava com imagens radiográficas, trabalhando com abreugrafias em instituições, ao longo dos anos 1950 e 60. Longe de pretender elaborar um texto confessional, estas informações têm como objetivo situar a primeira questão com que me deparei: o fato de que a tecnologia de imagem médica – mais precisamente a imagem radiográfica e, intrinsecamente, uma noção mesmo que incipiente de ‘transparência’ do corpo humano – esteve presente em minha vida desde muito cedo,

---

A estava localizada na Zona Oeste, local de moradia de classe média em ascensão; a clínica B, na Zona Norte, área de classe média de menor poder aquisitivo, e a clínica C, na Zona Sul, área ‘nobre’ do Rio. A clínica B é uma das filiais de uma grande clínica, cuja matriz se encontra na Zona Sul. Em duas ocasiões, realizei observações na matriz – indicando nos fragmentos quando daí provêm.

fazendo parte da construção do meu olhar em termos de cultura visual. Muitos anos se passaram desde então, graduei-me em medicina – sendo, diga-se de passagem, para desespero do meu pai, incapaz de decifrar as imagens radiográficas, quaisquer que fossem – e optei por psiquiatria e psicanálise. Eis que, por injunções diversas, vejo-me interessada em desvendar questões necessariamente mediadas pela tecnologia de imagem médica. De acordo com DaMatta,

(...) [S]ó se tem Antropologia Social quando se tem de algum modo o exótico, e o exótico depende invariavelmente da distância social (...) vestir a capa de etnólogo é aprender a realizar uma dupla tarefa (...) **transformar o exótico no familiar e/ou transformar o familiar em exótico**. E, em ambos os casos, é necessária a presença dos dois termos (que representam dois universos de significação) e, mais basicamente, uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los (...) (DaMatta, 1978: 28) (Grifos originais).

Constatei que o primeiro passo ao abordar meu campo de pesquisa consistia em transformar o que me era muito familiar, em virtude das peculiaridades descritas acima, em exótico, de modo a poder torná-lo objeto de estudo e, em seguida, fazer o caminho de volta, transformando esse exótico em familiar em outro nível – por meio de tradução para uma linguagem antropológica.<sup>209</sup> Ainda conforme DaMatta,

As duas transformações estão, pois, intimamente relacionadas e ambas sujeitas a uma série de resíduos, nunca sendo realmente perfeitas. De fato, o exótico nunca pode passar a ser familiar; e o familiar nunca deixa de ser exótico (DaMatta, 1978: 29).

O trânsito entre as duas esferas distintas em termos epistemológicos e práticos esteve presente todo o tempo durante o trabalho de campo e operou em diversos níveis, dos mais práticos aos mais abstratos. Do ponto de vista prático, por exemplo, facilitou imenso a minha entrada no campo, parte por ser médica e parte por ser meu pai pessoa conhecida no meio de especialistas em imagem, tendo inclusive fornecido alguns contatos preciosos.

Embora tivesse informado aos sujeitos da pesquisa que estava me propondo a uma investigação de um ponto de vista antropológico, freqüentemente os profissionais empenhavam-se em me fornecer explicações de cunho médico, ‘de colega para colega’, utilizando o jargão da profissão, ocorrendo assim uma espécie de aprendizado paralelo, cujo resultado consistiu em uma modificação efetiva na minha capacidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas que eram exibidas na tela do monitor. Esse aprendizado

---

<sup>209</sup> Sobre o exótico e o familiar, ver também o texto clássico de Velho (1978).

quase involuntário tornou gradualmente as imagens mais familiares para mim, obscurecendo parcialmente a estranheza em torno do fato de diferentes tons de cinza serem, por assim dizer, ‘subjativados’ pelos atores. Por outro lado, o fato de eu conseguir, mesmo que precariamente, entender sozinha o que estava sendo visibilizado<sup>210</sup> na tela permitiu-me diversas vezes – por de certo modo ‘acompanhar’ em tempo real o que estava sendo visto pelo médico – focar a atenção em determinadas estratégias discursivas ou visuais do operador para dar ou evitar, por exemplo, fornecer más notícias à gestante.

Em alguns momentos, contudo, notei-me demasiado interessada em questões médicas, e percebia que era necessário disciplinar minha curiosidade, voltando o olhar para o que se passava na cena em termos mais amplos. Constatei que nessas conversas ‘de colega para colega’ utilizei-me conscientemente da familiaridade com o discurso médico e também do fato de ter uma genuína curiosidade sobre temas de medicina para estabelecer um contato menos formal e que me pareceu ser menos persecutório para os médicos e médicas que eu estava acompanhando. Com frequência, percebia-me falando a ‘língua dos nativos’, perguntando e debatendo assuntos médicos diversos, e observei que esse meu comportamento era bem recebido pelos meus informantes – profissionais – reduzindo eventuais tensões e inquietações manifestadas por eles sobre “*o que você tanto anota?*”<sup>211</sup> no pequeno fichário<sup>212</sup> de notas de campo.

---

<sup>210</sup> Utilizo os termos ‘visibilizar’ e ‘visibilização’ (em contraste com ‘visualizar’ e ‘visualização’) porque, em primeiro lugar, são termos nativos e consistem em uma distinção êmica. Em segundo lugar, cabe ressaltar que, a rigor, a tecnologia do ultra-som – assim como todas as tecnologias de imagem médica – ‘torna visível’, ou ‘visibiliza’ algo não acessível diretamente ao olhar. Reservei o termo ‘visualização’ para a situação direta que ocorria durante os exames: por exemplo, todos ‘visualizavam’ as imagens na tela do monitor.

<sup>211</sup> Em todos os exemplos de falas do campo utilizei sublinhado sempre que a ênfase era do autor da fala, e **negrito** quando a ênfase era minha. Entre colchetes [ ] há comentários meus ou indicações de ações. As reticências correspondem a pausas nas falas dos atores, e as reticências entre parênteses (...) correspondem a edições do material. No texto, as falas dos atores estão entre aspas duplas e em *itálico*.

<sup>212</sup> Optei por utilizar um fichário de tamanho mínimo – no qual repunha folhas, depois de cada período de observação – primeiro porque a sua capa dura oferecia apoio para que eu tomasse notas, o que em geral acontecia de pé, durante os exames, e também porque isto permitiu que as folhas com os registros diários fossem arquivadas separadamente.

## 5.2. PRIMEIROS CONTATOS E ENTRADA NO CAMPO

O primeiro contato que obtive foi com a médica da clínica B e ocorreu por meio de indicação de uma ginecologista-obstetra, que a recomendou como sendo uma referência em ultra-sonografia obstétrica. Dra. Lúcia<sup>213</sup> recebeu-me já sem jaleco, no fim do expediente de um sábado, e tivemos uma conversa de cerca de meia hora, na qual se mostrou muito à vontade e informal. Essa conversa encaminhou-se de modo não-planejado e se transformou em uma entrevista semi-estruturada. Demonstrou curiosidade pelo projeto, explicou – por solicitação minha – qual era a rotina de realização de exames ultra-sonográficos durante uma gravidez normal e, quando encerramos a conversa, colocou-se à minha disposição para que eu realizasse a observação a que me propunha. Embora afável, não me pareceu interessada em prolongar nosso encontro além do estritamente necessário.

O contato com o dr. Henrique, da clínica A, ocorreu por intermédio de um radiologista que eu conhecia de longa data. Do mesmo modo que a dra. Lúcia, recebeu-me no final do expediente, já em trajes comuns, em um dia de semana. Diferentemente dela, discorreu longamente sobre a profissão, contou casos e teceu críticas a determinados usos – no seu entendimento, abusos – na utilização de ultra-som na gravidez. Essa conversa teve a duração de cerca de uma hora e meia e, assim como ocorrera com a primeira médica, transformou-se em uma entrevista semi-estruturada. Do mesmo modo como havia procedido com a dra. Lúcia, iniciei perguntando sobre o que ele considerava como rotina, mas evidentemente o dr. Henrique estava interessado em expor também outras opiniões. Foi muito receptivo à pesquisa, tal como ela, e em determinados momentos da entrevista pareceu-me estar ministrando uma palestra.

Obtive o contato com o dr. Sílvio, dono da clínica C, mediante a indicação do dr. Henrique. A primeira abordagem foi telefônica e por meio dela fui aceita para observar as sessões ultra-sonográficas obstétricas realizadas na clínica, tendo o dr. Sílvio se baseado nas informações do dr. Henrique, que lhe havia dito que eu “*só assistia e tomava notas*”.<sup>214</sup> Ainda nesse contato, fez questão de me dizer que foi o primeiro a fazer ultra-som no Rio de Janeiro. Pediu-me que levasse um jaleco para observar os exames. Quando fui pela

---

<sup>213</sup> Nome fictício, como todos neste trabalho.

<sup>214</sup> A rigor, conhecia pessoalmente o dr. Sílvio há muitos anos, pois além de ter sido uma de suas primeiras clientes, ele é um médico muito conhecido e respeitado como especialista em ultra-som obstétrico e já havíamos nos encontrado em outras ocasiões, mas ao telefone ele não se lembrava de mim, obviamente.

primeira vez à clínica para preencher uma formalidade da pesquisa,<sup>215</sup> pedi para falar com ele que, poucos minutos após, veio ao meu encontro em trajes de centro cirúrgico. Nesse momento, reconheceu-me, dizendo: “Ah! Agora já sei quem você é!”, lembrando-se de umas reuniões de que participou com um grupo de psicanalistas. Conversamos um pouco sobre o que eu pretendia fazer; ele sabia eu que já havia observado a clínica A e disse: “Aqui você vai observar uma situação completamente diferente de clínica de convênio, os exames levam uma hora ou mais...”, o tom de sua fala sendo um pouco do tipo ‘aqui você vai ver como é que se faz de verdade, para valer’. Explicou que em geral, na parte da manhã, realizava diversos procedimentos – amniocentese, biópsia de vilos coriais, e outros –<sup>216</sup> e que neste caso poderia observar outros profissionais, pois eu havia explicitado que meu interesse estava focado apenas nas ultra-sonografias obstétricas. Dr. Sílvio apresentou-me à psicóloga da equipe, enfatizando que teve que enfrentar muita resistência dos médicos para a inclusão desta profissional no grupo. Quando nos despedimos, ele me indicou às atendentes, dizendo-lhes que eu ficaria frequentando a clínica. Também muito receptivo, pareceu-me orgulhoso em mostrar seu estabelecimento e o renome profissional que havia construído.

Por motivos de conveniência de horários, iniciei a observação pela clínica A, nela permanecendo durante três meses. Ali eram realizadas ultra-sonografias ginecológicas, obstétricas e gerais. Durante esse período, acompanhei principalmente o dr. Henrique, referência principal desta clínica para os exames obstétricos, embora outros profissionais, quando ele estava ausente, também os executassem. Havia médicos que realizavam predominantemente exames ginecológicos ou gerais, derivando os obstétricos para o dr. Henrique. Foi no decorrer dessa observação que me surgiu uma dúvida acerca do quanto certos procedimentos eram peculiares a este médico por questões idiossincráticas. Em decorrência disso, entre outros motivos já mencionados na Introdução da Parte I, resolvi estender a observação para outras clínicas particulares, modificando portanto o projeto original. O contato com a clínica B já havia sido estabelecido e a obtenção de permissão para observar, concedida pelo dono da clínica C, deu à pesquisa seu contorno definitivo.

---

<sup>215</sup> Nas três clínicas, apresentei um projeto, que precisava ser assinado pelo responsável pelo setor, para ser aprovado pelo comitê de ética do IMS/UERJ, após o que dava início às observações.

<sup>216</sup> Amniocentese é o exame do líquido amniótico, em busca de anomalias cromossômicas. É realizado em torno da 16<sup>a</sup> semana gestacional. Biópsia de vilos coriais consiste na extração de um fragmento da futura placenta e tem o mesmo objetivo que a amniocentese. É realizado entre a 11<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> semana gestacional, e é um procedimento que apresenta mais risco para o feto do que a amniocentese. Os outros procedimentos relacionavam-se em geral à reprodução assistida.

### 5.3. DESCRIÇÃO DAS CLÍNICAS

Os detalhes de decoração das três clínicas, assim como os espaços de circulação e das salas de exames são significativamente diferentes e remetem ao nível socioeconômico da clientela atendida. Vale observar que, do ponto de vista estritamente médico, as três clínicas são muito bem conceituadas entre os obstetras e os ginecologistas. Talvez não por casualidade, devido ao modo como busquei locais para observação, verifiquei que os donos das clínicas B e C foram os primeiros profissionais que se estabeleceram na área de ultra-som no Rio de Janeiro.<sup>217</sup> O dono da clínica A investe pesadamente na aquisição de equipamentos de tecnologia de imagem médica de última geração – não apenas na área de ultra-sonografia – e representaria, por assim dizer, o ‘futuro’ em termos de imagem médica no Rio de Janeiro. De certo modo, sua credibilidade repousa parcialmente neste aspecto, em contraste com a credibilidade mais calcada no peso da ‘tradição’ das clínicas B e C. Percebe-se ser comum aos donos das três clínicas a preocupação em estarem ‘atualizados’, o que implica a aquisição de equipamentos cada vez mais sofisticados nos quais são investidos somas vultosas. A clínica B é uma das filiais de uma grande clínica de ultra-sonografia, em cuja matriz se encontram os equipamentos mais modernos. Em termos do nível de formação dos profissionais, as três clínicas se equivalem. Descrevo brevemente a seguir alguns detalhes que me pareceram significativos de cada uma delas.

#### Clínica A

Este consultório está situado em um grande *shopping* na Zona Oeste do Rio de Janeiro, ocupando um espaço na mesma área onde estão as lojas. Existe nesse *shopping* um ‘Centro Médico’ em um andar diferente, e há uma outra unidade desta mesma clínica de imagem dentro do Centro Médico, onde são realizados os exames de raios-X e ressonância magnética, gerais e pediátricos. A unidade na qual desenvolvi a etnografia é destinada exclusivamente a exames de mulheres: ultra-sonografia ginecológica e obstétrica, mamografia e densitometria óssea, e é denominada “A-mulher”.<sup>218</sup> O *shopping* é muito movimentado, cheio de gente e de luzes, é difícil encontrar a clínica, pois sua fachada é

---

<sup>217</sup> O primeiro aparelho de ultra-som obstétrico no Rio de Janeiro foi instalado na Maternidade-Escola da Faculdade de Medicina da UFRJ, em 1974.

<sup>218</sup> ‘A’ sendo o nome da clínica.

facilmente confundida com a das lojas – com portas de vidro com o logotipo pintado nelas.<sup>219</sup> Não há em seu aspecto externo nada que a distinga das outras lojas nem que denote tratar-se de um local destinado a uma prática médica.

A sala de espera é ampla, medindo cerca de 40m<sup>2</sup>; logo na entrada, à esquerda no alto, há um aparelho para retirar senhas de papel, como se encontra em alguns bancos, em grandes laboratórios de análises clínicas e em alguns setores de supermercados. À esquerda de quem entra há uma bancada com três computadores e recepcionistas com crachás, uniformizadas. Por trás da bancada, em um grande nicho na parede, vêem-se máquinas de cobrança de diversos cartões de crédito. O chão é de granito polido e as cadeiras em série fixadas ao chão estão dispostas ao longo das paredes e em uma fila no meio da sala, totalizando cerca de 30 lugares. Em um canto, está uma mesinha redonda, baixa, com uma garrafa térmica com café, copinhos descartáveis e um vidro grande com biscoitos *cream-cracker*. Em uma das paredes de alvenaria, há um quadro abstrato, em cor bege clara muito parecida com a das paredes, que são texturizadas. A outra parede é a do nicho com máquinas de cartão de crédito, e as duas restantes são envidraçadas, uma permitindo que se observe o movimento do corredor interno do *shopping* e a outra voltada para uma área externa, onde também há circulação de pessoas.

Ao se sentar na sala de espera, vê-se e se é visto, como se os clientes estivessem dentro de uma vitrine. Há alguns porta-revistas espalhados pela sala, contendo revistas do tipo *Caras*, e uma TV de 20 polegadas em um suporte, ligada permanentemente na TV Globo. O conjunto todo denota os cuidados de um decorador; o ambiente é discreto e impessoal e tanto poderia ser uma recepção de banco como de uma companhia aérea. Exceto pela atendente de jaleco longo que, de tempos em tempos, chama uma gestante pelo nome, para ser atendida, não há nenhuma indicação evidente de que se trate de uma clínica para exames. Mesmo o logotipo da clínica não pode ser imediatamente associado a nenhum símbolo indicativo de atividade médica.

Existem três portas de vidro: uma dá acesso ao interior do *shopping*; outra, para a área externa; uma terceira, de onde surge a atendente, para as salas de exame. Passando-se a porta de vidro que separa a sala de espera da área de exames, há um pequeno *hall* do qual saem dois corredores, um de cada lado. No corredor da esquerda, existem três salas para ultra-som e uma para densitometria óssea. Na sala 1 está um aparelho de ultra-som com 3D

---

<sup>219</sup> No logotipo, o termo ‘mulher’ encontra-se escrito em letra cursiva, na diagonal em relação ao nome da



– de última geração –<sup>220</sup> e nas salas 2 e 3 encontram-se aparelhos um pouco mais antigos. As salas ficam na penumbra durante a realização dos exames. Em frente às portas destas vê-se uma fileira de quatro cubículos – os vestiários para as gestantes se trocarem, no caso de determinados exames.<sup>221</sup> No final desse corredor, está a sala de laudos, onde há uma bancada com alguns aparelhos de telefone, três cadeiras, cada uma de um tipo, e diversos negatoscópios<sup>222</sup> nas paredes. A sala é pequena, de cerca de 9m<sup>2</sup>, e comunica-se com outra por onde circulam profissionais do setor de mamografia, além de várias atendentes.

## **Clínica B**

A clínica está situada em um prédio comercial modesto na Zona Norte do Rio. A sala de espera é relativamente pequena (cerca de 3,5m x 4,5m). Há uma TV ligada, de 14 polegadas, exibindo um programa feminino de um canal de TV aberta que não consigo identificar. A cor e a imagem da TV são instáveis. Na parede, foram colocados pequenos quadrinhos, reproduções de aquarelas com paisagens de Paris. A bancada da recepção fica ao lado da janela, do lado oposto à porta de entrada. Há um computador e uma atendente uniformizada. Na parede, um grande aviso: “*Vendemos fitas de VHS*”.<sup>223</sup> Em uma estante atrás da atendente estão maquininhas manuais para emissão de boletas de cartão de crédito e diversas pastas. A janela tem persianas verticais. Os bancos são em alvenaria e têm o encosto pregado na parede. Não chegam a ser desconfortáveis, se for uma espera curta. Em um canto há revistas, como *Veja* e *Casa Cláudia*.

À direita de quem entra na sala de espera há uma porta que dá para um pequeno corredor que leva às salas de exames e à sala de laudos. Esta é ampla e preenche diversas funções, pois ali circulam atendentes e médicas, que nela fazem refeições, preparam os laudos, agendam exames, trocam de roupa, fofocam. É também uma área em que as médicas discutem casos com os colegas, pelo telefone. Considerando a distribuição de espaços na clínica, esta parece ter sido uma sala grande que foi subdividida ‘n’ vezes com

---

clínica, que está grafado em letra de forma.

<sup>220</sup> À época da observação, entenda-se. Diante da velocidade com que surgem inovações nesta área, atualmente já deve existir aparelhagem mais atualizada.

<sup>221</sup> Para os exames transvaginais, as gestantes deveriam sempre se trocar. Para os exames abdominais, eventualmente deveriam trocar a roupa, dependendo do que estivessem vestindo.

<sup>222</sup> Caixas iluminadas afixadas na parede, onde se prendem os exames de imagem para serem estudados e diagnosticados pelos profissionais.

<sup>223</sup> Muitas gestantes trazem suas próprias fitas de vídeo para gravar as ultra-sonografias ao longo da gravidez. O anúncio de venda de fitas VHS tanto funciona como uma indução a tal prática como pode servir de socorro para as que esqueceram suas fitas em casa.

divisórias de eucatex, às vezes de modo oblíquo. Não há nenhum isolamento acústico entre as salas de exames, corredor e sala de laudos. Excetuando-se esta última, os outros espaços são bastante exíguos. A sala 2 e a de cardiocardiografia são verdadeiros cubículos; a sala 1, um pouco mais espaçosa, é fechada com portas sanfonadas, assim como as outras duas. A luz é sempre fraca, gerando uma penumbra na qual o monitor do aparelho se destaca. Há duas portas comuns, de madeira – a da sala de laudos e a do corredor dos exames – mas uma delas está despencando. Dentro da sala 1 existe uma divisória, demarcando um compartimento para a gestante trocar de roupa, quando necessário. Em suma, o consultório tem relativo conforto, mas é muito mais modesto do que a clínica A. Do mesmo modo, a clientela é de um padrão socioeconômico abaixo daquele da outra clínica. Assim como me chamava a atenção quando lá chegava uma paciente com aspecto mais humilde, nesta o que chama a atenção é justo o oposto. A maior parte da clientela é de pacientes de classe média ou média/baixa.<sup>224</sup> A aparelhagem tem mais de 5 anos de fabricação, o que significa, traduzido em termos nativos, ‘ultrapassados’, ou quase.<sup>225</sup>

### Clínica C

A clínica situa-se em um prédio comercial de alto luxo, um local onde só há consultórios de profissionais ‘medalhões’, muito conceituados e com consultas caríssimas, além de escritórios de multinacionais e outros. Logo na entrada há uma placa indicando que a clínica de ultra-sonografia funciona em conjunto com uma clínica de reprodução assistida. Entra-se por um longo corredor, decorado com quadros de grandes fotos coloridas de lindos bebês, gordinhos e fofos, fantasiados de flor ou de abelhinhas dispostas em uma colméia, em um estilo que se encontra em cartões de congratulações e em alguns livros.<sup>226</sup> Desemboca-se em um balcão amplo, perpendicular ao corredor de entrada, com computadores e atendentes. Tanto para a direita como para a esquerda da recepção estendem-se corredores nos quais se enfileiram três pequenos compartimentos, separados por vidros, que seriam como ‘mini-salas’ de espera, individualizadas, cada uma com capacidade para não mais de quatro pessoas sentadas. Nelas há bancos de alvenaria em ‘L’, estofados, e revistas do tipo *Seu filho e você*. A parede oposta à entrada desses seis

---

<sup>224</sup> Ver nota 208.

<sup>225</sup> Na matriz desta clínica os aparelhos eram mais modernos. Ver adiante, item 5.3.

<sup>226</sup> A fotógrafa (Anne Geddes) que criou este estilo de fotos registrou a marca que hoje movimentava fortunas, com *sites* na Internet e toda uma indústria de artigos para bebês, além de livros, pôsteres etc.

‘casulos’ é envidraçada, com uma vista absolutamente deslumbrante da paisagem à volta. O teto é rebaixado, as paredes são cor salmão até cerca de 80cm do chão, e daí até o teto, cor amarelo-claro. A estampa do estofado é florida, misturando essas cores. Mais uma vez, nota-se o dedo de um decorador, embora de gosto um tanto duvidoso, pois há uma certa saturação visual no ambiente, uma vez que as mini-salas de espera medem apenas cerca de 1,80m x 1,80m.<sup>227</sup>

Do final das duas alas de ‘casulos’ saem perpendicularmente os corredores que levam às salas de atendimento. O corredor à direita do balcão de entrada é o das salas de ultra-sonografia, uma de cada lado, sendo ambas muito amplas e confortáveis. A aparelhagem das duas é de última geração. As duas salas têm a luminosidade diminuída quando os exames se iniciam, mas esta clínica mantém as salas de ultra-som mais claras do que as outras duas. No final do corredor do ultra-som, há dois grandes toaletes e uma pequena sala que funciona para a administração da clínica.

O aspecto que desejo sublinhar e que salta aos olhos na comparação da arquitetura das três clínicas consiste na distribuição de espaços que propiciam o direito à privacidade, que parece ter como que um ‘gradiente’ decrescente, cujo ponto máximo seria ocupado pela clínica C, com seus ‘casulos’ de sala de espera individual, e no ponto mínimo estaria a clínica B, cujas salas de exame não dispõem de isolamento acústico algum, sendo possível ouvir-se – estando do lado de fora – tudo o que se passa dentro delas. A clínica A, neste particular, ocuparia uma posição mediana.

O ‘direito à privacidade’ também ficava evidenciado pela arquitetura e pelo espaço destinados à troca de roupa das gestantes: na clínica C, havia dois grandes toaletes, nos quais estavam disponíveis chinelos e aventais de pano para as clientes. Uma vez trocada a roupa, a gestante dirigia-se diretamente para a sala de exames, onde era aguardada pelo médico ou médica. Na clínica A, havia pequenos cubículos para a troca de roupa, e as gestantes deveriam permanecer neles até serem chamadas pela atendente, quando então se dirigiam para a sala de exames e lá aguardavam a chegada do médico. Na clínica B, existia um pequeno nicho sem porta dentro de uma das salas de exames, no qual a gestante deveria se trocar, e tudo acontecia ao mesmo tempo, sendo comum a médica e eu entrarmos e a gestante estar ainda mudando de roupa. Este detalhe sutil também apontou para a existência de diferenças nas relações hierárquicas médico-cliente, o que se evidenciou ao

---

<sup>227</sup> Especulo se teria existido a idéia de criar um ambiente ‘aconchegante’ e ‘alegre’, com muitas cores.

longo da observação.

Na clínica C, que atendia uma clientela de alto nível socioeconômico, os clientes tinham um tratamento *vip* e os médicos mostravam-se especialmente solícitos no atendimento rápido às demandas deles advindas. Na clínica A, observei que, do ponto de vista discursivo, os médicos e médicas colocavam-se em uma posição hierarquicamente superior às clientes, embora eles não tornassem evidente tal noção no trato direto com elas, sempre gentil. Por exemplo, era comum as atendentes transmitirem aos médicos reclamações das gestantes por atrasos e confusões no atendimento, geralmente recebidas com irritação pelos profissionais. As falhas eram sempre atribuídas ao mau treinamento e à incompetência das atendentes ou a confusões das próprias gestantes, embora por vezes ficasse visível que a falha não era de nenhuma delas.<sup>228</sup> Na clínica B, que atendia gestantes de menor poder aquisitivo, a médica que acompanhei adotava uma atitude totalmente descontruída em relação a todos – profissionais, atendentes e gestantes – e em momento algum foram evidenciados discursos ou práticas da parte dela que indicassem a existência de qualquer tipo de hierarquização. Dirigia-se às gestantes sempre de modo muito coloquial, irreverente e engraçado e nunca pareceu buscar estabelecer credibilidade calcada na construção de uma hierarquia. Não se pode ignorar obviamente a existência de diferenças idiossincráticas entre os profissionais nem o fato de que, nas três clínicas, estava implícita uma hierarquia baseada no saber dos médicos que realizavam os exames.<sup>229</sup> Contudo, havia diferenças no ‘clima’ existente no cotidiano das clínicas no que dizia respeito a como as clientes eram percebidas e atendidas em geral.

Pareceu-me também ser possível estabelecer uma gradação no que tange à escala de sofisticação tecnológica da aparelhagem. A clínica C dispunha de equipamento de última geração – entenda-se, aparelhos com possibilidade de realização de todo tipo de exames, desde o ultra-som 2D até o *doppler* e o 3D – em uma das salas.<sup>230</sup> No decorrer do período da observação, foi adquirido mais um aparelho capaz de realizar exames 3D. Além dos monitores dos aparelhos, nesta clínica cada sala dispunha de uma TV de 29 polegadas para

---

<sup>228</sup> Refiro-me a atrasos na hora de chegada dos médicos que, por vezes, provocavam grande tumulto nos horários dos exames.

<sup>229</sup> Retornarei a este ponto adiante.

<sup>230</sup> Há diversos tipos de exames possíveis, utilizando a tecnologia de ultra-som: o ultra-som simples, que fornece as conhecidas imagens cinzentas em 2D, o *doppler*, que permite avaliar as condições da circulação sanguínea fetal e materna, e o exame 3D. Os aparelhos mais sofisticados e modernos permitem a realização dos 3 tipos de exame; os mais antigos apenas realizam ultra-sonografias simples.

que a gestante assistisse ao exame. Na clínica A, existiam um aparelho de 3D, um que realizava apenas exames de ultra-som 2D e outro que permitia a realização de 2D e *doppler*.<sup>231</sup> Na sala 1, havia uma TV de 20 polegadas para que a gestante e acompanhantes assistissem ao exame. Na clínica B, os aparelhos tinham mais de cinco anos de fabricação; um deles permitia também a realização de *doppler* e o outro, só mesmo exames de ultra-som 2D. Não havia TV dentro das salas.

#### 5.4. VESTINDO O JALECO, ENTRANDO NA SALA

Ao chegar para o primeiro dia de observação, na clínica A, enquanto me debatia em questões de como me inserir nas sessões ultra-sonográficas, o dr. Henrique me chama, dizendo: “*Vamos?*” Sigo-o um tanto desconcertada, ele entra na sala de exames, cumprimenta sorrindo a gestante, que já estava deitada na maca, com um “*Olá, como vai?*” e, em seguida, aponta para mim, dizendo calmamente: “*Esta aqui é a dra. Lilian, ela está me acompanhando hoje.*” A gestante me olha, sorri cumprimentando e volta toda a sua atenção para o exame, que é iniciado sem delongas. Fico pensando sobre como as coisas se passaram, principalmente no fato de eu ser uma presença imposta pelo médico, mas ninguém parece se importar e, menos ainda, se incomodar com esse ‘pormenor’.

Durante todo o período em que permaneci na clínica A, este foi o procedimento usual. Quando a partir de um certo momento passei a tomar notas no fichário, algumas vezes fui inquirida pela gestante ou pelo acompanhante sobre que tipo de estudo eu estava fazendo. De todo modo, pela forma como o médico me apresentava e pelo fato de estar trajando roupas comuns, pareceu-me ser evidente para gestantes e acompanhantes que eu era alguém que não pertencia ao *staff* da clínica. As gestantes tinham um vínculo afetivo significativo com o dr. Henrique – eram clientes **dele**, mais do que da clínica – e faziam questão de serem atendidas por ele, tanto as que já o conheciam pessoalmente quanto as que apenas tinham ouvido falar nele.<sup>232</sup> Os exames duravam em média 20 minutos e às vezes havia longos intervalos entre um e outro.

A decisão de alternar as observações entre as clínicas B e C deveu-se à

---

<sup>231</sup> É possível que esta situação tenha se modificado, pois tanto a clínica A quanto a C tinham como preocupação explícita a atualização do equipamento, um discurso que não foi evidenciado na clínica B.

<sup>232</sup> Mais tarde fiquei sabendo que até cerca de três anos atrás, o dr. Henrique ainda dava plantão em maternidade como obstetra, o que pode em parte esclarecer seu carisma junto às gestantes e seu modo tranquilo de lidar com situações eventualmente embaraçosas para outros profissionais. Voltarei a este ponto adiante.

possibilidade de fazer uma observação contrastiva, posto que a clínica B, assim como sua clientela, era muito mais modesta do que a clínica C. Os contatos para o início formal da pesquisa ocorreram na mesma época,<sup>233</sup> tendo o pedido explícito do dr. Sílvio me despertado a atenção para a eventual necessidade de eu portar jaleco também na clínica B, o que de fato ocorreu no primeiro dia de observação. Dra. Lúcia me chama: “*Vamos?*”, acompanho-a, ela entra na sala e não me apresenta. Sinto um certo mal-estar, fico pouco à vontade para tomar notas durante o exame, parte por não ter sido apresentada – o que tornava minha presença inexplicável para as gestantes – parte por estar de jaleco. Em suma, tenho a impressão de estar sendo uma intrusa. Sinto-me desconfortável em relação às gestantes, como se estivesse ‘disfarçada’, praticando algo ilícito. Contudo, nada me ocorre que possa parecer com uma solução para esse mal-estar. Os exames nesta clínica duravam entre cinco e 10 minutos e sucediam-se sem nenhum intervalo. Nessa primeira tarde, observei o dobro do número de exames que costumava observar em dias inteiros na clínica A, uma atividade exaustiva, sem tempo para pensar. Percebi que ter de vestir o jaleco havia introduzido um elemento novo na observação no tocante a como me situava no campo.<sup>234</sup>

A solução só surgiu na semana seguinte quando, na clínica C, também trajando jaleco, fui apresentada pelo dr. Sílvio à gestante e ao acompanhante dentro da sala de exames como: “*Esta é a dra. Lilian, que trabalha conosco aqui na clínica.*” Fiquei sem ação, obviamente não era o caso de desdizer o médico naquele momento, mas definitivamente a apresentação não correspondia à verdade. Ocorreu-me então proceder diferentemente do que vinha fazendo até então: apresentar-me às gestantes na sala de espera, explicar brevemente que tipo de trabalho estava fazendo e pedir permissão para observar sua ultra-sonografia. Solução simples e óbvia, mas de implementação delicada, pois tive receio que o dr. Sílvio fosse vetar meu intento, por medo de que esta interferência fosse ‘espantar’ a clientela que, rica, não gostaria de ser ‘objeto de estudo’.<sup>235</sup> De fato, o dr. Sílvio estranhou quando o consultei mas, embora relutante, acedeu ao meu pedido.

A partir de então, passei sempre a conversar brevemente com as gestantes, tanto da

---

<sup>233</sup> O contato inicial com a dra. Lúcia fora estabelecido mais de um ano antes de eu iniciar o trabalho de campo, tendo sido restabelecido na mesma época em que decidi modificar o contorno da pesquisa e contatei o dr. Sílvio.

<sup>234</sup> Outros pesquisadores, oriundos da área de Ciências Sociais, desenvolvendo etnografias em ambiente médico, também fazem referências e discutem a solicitação de vestir o jaleco. Cf. Taylor (1998). O ponto que desejo explorar consiste no que significou vestir o jaleco sendo médica, como se de algum modo fosse uma ‘volta às origens’, contraposta à minha identidade como pesquisadora em antropologia.

<sup>235</sup> Relembrando, duas das peculiaridades desse grupo de gestantes consistiam em haver mais gestações ‘de

clínica C quanto da B, explicando que era médica e fazia uma pesquisa antropológica sobre ultra-sonografia, situando, portanto, o que fazia dentro da sala com meu fichário. Com a mudança de atitude diante das gestantes e acompanhantes, percebi estar muito mais à vontade, por exemplo, para tomar notas, e ficou claro o quanto o esclarecimento sobre minha posição de observadora para **todos** os atores da cena observada – e não apenas para os profissionais – tivera uma repercussão significativa sobre o modo como me sentia enquanto pesquisadora, e penitenciei-me por não ter tomado esta atitude na clínica A.

Um aspecto interessante a considerar é que em geral as gestantes ficavam surpresas com o meu pedido de permissão para assistir ao exame, como se fosse ‘natural’ alguém, que não o médico, estar presente na sala. Apenas uma vez, na clínica C, a gestante recusou meu pedido, dizendo encontrar-se em um momento delicado e não querer a presença de estranhos na sala e, mesmo assim, pediu desculpas diversas vezes. Exceto esta mulher, nenhuma grávida pareceu considerar a minha presença como uma invasão de privacidade, provavelmente por o exame conter de modo intrínseco uma ‘naturalidade’ de expor suas entranhas. Outro possível fator deveu-se a ser eu mulher – com idade para ser mãe da maioria das gestantes – e me apresentar como médica, ainda que informando que fazia uma pesquisa na área de antropologia.

### **5.5. AS VICISSITUDES DA PRESENÇA DA OBSERVADORA**

Na clínica A, desde o início da observação foi possível perceber que os profissionais se sentiam mais desconfortáveis com a minha presença do que as gestantes, fosse na sala de exames, fosse na sala de laudos, para onde eu os acompanhava entre um e outro atendimento. Durante os exames, esse desconforto era expresso de modo muito sutil, perceptível através de demasiadas explicações científicas supostamente fornecidas à gestante, mas evidentemente dirigidas a mim. Posso afirmar isto com segurança, pois à medida que o tempo passou houve uma diminuição no número de explicações, denotando que seu exagero nada tinha a ver com o exame em si.

Nessa clínica, diferentemente das outras duas, por vezes havia longos intervalos entre dois atendimentos. Na sala de laudos, o desconforto expressava-se sempre através de brincadeiras, diretas ou indiretas. Os médicos e médicas nesta clínica cotidianamente mantinham entre si um relacionamento bem-humorado, sendo muito comum haver

---

risco’ do que nas outras duas clínicas, e em serem pessoas de nível socioeconômico muito alto.

brincadeiras, piadas ou gozações recíprocas, nas quais fui rapidamente incluída.<sup>236</sup> Pelos dois motivos, a maior quantidade de exemplos de desconforto advém da clínica A, em especial se considerarmos a forma jocosa um modo possivelmente mais fácil de formular e expressar sentimentos de mal-estar.

As manifestações diretas do que interpretei como algum desconforto diante da minha presença consistiam em dizerem rindo, no meio de uma conversa: “*Ih! Cuidado com o que ela vai pensar da gente! Um bando de malucos!*” Nesses momentos, percebia que eu estava sendo vista efetivamente como alguém de fora do grupo, porém era um tanto vago em qual categoria me inseriam, se psicanalista ou antropóloga. Esta percepção um tanto confusa sobre o que eu estava fazendo lá também se apresentava sob a forma de colaboração, como na seguinte situação:

Chego na clínica (A), a sala de laudos está vazia, todos os médicos estão ocupados. Logo em seguida entra Henrique, me cumprimenta afetuosamente, dizendo: “*Puxa,  você perdeu! A descompensação de um pai quando soube o sexo! A clínica parou! **Aquilo é para analisar.** Tive que parar o exame, dizer ‘pera aí’... Parecia jogo de futebol! O cara berrava feito um louco!*” Em seguida entra outra médica, comentando ao me ver: “*Puxa! Você não sabe o que aconteceu! Um exame do Henrique, o pai deu um berro, eu até saí da sala para ver o que estava acontecendo! **Você tinha que estar aí! P’ro teu trabalho...***” (Clínica A).<sup>237</sup>

Eventualmente, surgiram manifestações indiretas com inequívoco caráter persecutório:

Enquanto tomo notas, presencio uma conversa sobre um panetone que o dr. Henrique dera para a dra. Priscila, mas que esta não levava para casa. De fato, eu havia observado que o panetone tinha permanecido na prateleira de uma semana para a outra. Henrique diz em tom de galhofa que vai levar de volta, e alguém comenta rindo: “*Panetone? Isso não é panetone coisa nenhuma! **Isso é uma câmara escondida!***” Todos riem, e Henrique diz, também brincando: “*Mas isso é antiético! Tinha que ter aquele cartaz ‘Sorria, você está sendo filmado’! Vou processar...*” (Clínica A).

Outro comportamento que entendi como desconforto, com ‘toques persecutórios’, foram tentativas em tom semi-jocoso de ‘cooptação’, sugerindo que eu estava sendo vista como uma espécie de ‘auditora’:

Dra. Priscila comenta comigo que os ultra-sonografistas são

---

<sup>236</sup> Assim como foi apontado por Geertz em Bali, também neste meio “ser caçoado é ser aceito” (Geertz, 1989b: 282).

<sup>237</sup> Reiterando: os termos sublinhados correspondem a ênfases da fala dos atores, enquanto os termos em **negrito** são ênfases minhas.



tratados como a “escória” da clínica, porque “*Ultra-som não dá lucro*” e, além disso, há o contato médico-paciente, o que não ocorre em outras tecnologias: “*As reclamações são sempre do ultra-som... é o único serviço que não tem chefe, cada um é responsável pelos exames que faz... Você vê que todos os outros serviços têm um chefe.* [Aponta para minhas anotações]. *Vê se você fala bem da gente, aí!*” (Clínica A).

Na clínica A, acompanhei principalmente o trabalho do dr. Henrique, embora por vezes fosse possível observar exames realizados por médicas. Percebi que elas eram mais silenciosas durante a realização dos exames, e surgiu-me uma indagação acerca da possibilidade de Henrique estar se exibindo para mim. Ao longo do tempo, comparando com as atitudes de médicos e médicas no tocante a este aspecto, nas clínicas B e C, consolidou-se a impressão de que, para além das peculiaridades pessoais, as médicas mantinham atitudes aparentemente mais relaxadas, pouco tensas e exibiam menos ‘conhecimentos científicos’ durante os exames do que os médicos. Contudo, curiosamente – ou nem tanto – em conversas com os profissionais, ao perguntar-lhes diretamente se minha presença durante os exames os incomodava, todas as médicas, com exceção da dra. Lúcia, confessaram-se tensas comigo nos primeiros exames que observei, enquanto a resposta dos médicos – dr. Henrique e dr. Sílvio – foi enfática: “*Em absoluto, não me incomoda em nada!*”, tendo o dr. Sílvio acrescentado: “*Eu até gosto!*” No entanto, minha impressão era justo o contrário.

Na clínica C, durante os exames, tinha lugar um tipo de conversa entre o dr. Sílvio, a gestante e os acompanhantes em torno de questões médicas que evidenciava uma preocupação marcante do médico de que o exame se constituísse mais em um procedimento científico do que em um ‘evento social’ – um dos fantasmas temidos e depreciados pelos profissionais da área. Na prática, contudo, não deixava de ser um evento social, só que revestido do que denominei – para meu uso – de uma ‘medicalidade explícita’.<sup>238</sup>

Na clínica A, as gestantes pareciam não se incomodar com minha presença. Apenas

---

<sup>238</sup> Por cenas de ‘medicalidade explícita’ refiro-me a um tipo de explicação fornecido às gestantes em tom professoral, durante os exames. Eram explicações rebuscadas, contendo muitos termos científicos. Mesmo sendo médica e já estando relativamente familiarizada com os termos do campo, freqüentemente não conseguia acompanhar tais explicações. Pergunto-me se gestantes e/ou acompanhantes conseguiam entender realmente o que estava sendo dito e se essa atitude do médico era reasseguradora para eles. A rigor, pareceu-me que esse tipo de atividade tinha um caráter de ‘exibição de conhecimentos’ – para todos os presentes ao exame, inclusive a observadora – e funcionava predominantemente como um reassseguramento para o próprio médico.

algumas vezes percebi que me observavam de esguelha, enquanto tomava notas. Eventualmente, perguntavam o que eu estava estudando. Um aspecto que vale ressaltar é que as imagens ultra-sonográficas parecem exercer um poder quase hipnótico, sendo difícil para todos – inclusive para mim nos primeiros tempos de observação – despregar os olhos da tela do monitor do aparelho ou da TV a ele conectada (existente apenas nas clínicas A e C). Nesse sentido, é que me pareceu que, para as gestantes, o fato de eu estar na sala tinha um caráter secundário. Por outro lado, contudo, na clínica A, quando havia situações tensas, principalmente preocupação com possíveis patologias, dei-me conta um dia que minha presença poderia representar um motivo a mais de intranquilidade para as grávidas.

O motivo deste ‘acréscimo de preocupação’ estaria relacionado ao fato de eu ser visivelmente mais velha que o médico, isto podendo significar para a gestante algo como uma opinião ‘mais abalizada’ sobre o assunto do que a do médico que realizava o exame. Uma vez tendo percebido este aspecto, sempre que se evidenciava alguma situação assim, eu parava de tomar notas e conseguia de algum modo dar a entender, implícita ou explicitamente, que o fato de eu estar ali não se vinculava a motivos de gravidade em termos médicos. Nas clínicas B e C, a partir do momento em que passei a solicitar autorização para assistir ao exame, explicando que tomava notas durante a sessão e por que o fazia, minha atitude de anotar não pareceu provocar nenhum incômodo adicional. Mesmo assim, houve situações de tal angústia, em especial na clínica C, que, em respeito à gestante, parava com minhas anotações e fazia algumas intervenções conversando. Vale também observar que a dra. Lúcia, o dr. Sílvio e eu pertencemos à mesma geração, diferentemente do dr. Henrique, uns dez anos mais jovem.

*Last but not least*, o fichário em si como um fator de interferência. Inicialmente tomava notas ao chegar em casa, mas em virtude da quantidade de informações, da variedade de situações que se sucediam de modo muito rápido – em suma, da riqueza e da densidade do material – a partir do 3º dia de observação, na clínica A, optei por tomar notas diretamente. Senti que não havia outra saída senão anotar no ‘local da ação’, sob pena de empobrecer muito a etnografia que me propunha a fazer. Com o tempo, desenvolvi um tipo de registro quase estenográfico.

Nas três clínicas, o meu fichário minúsculo foi sempre uma fonte inesgotável de curiosidade, de comentários e, principalmente, de gozações por parte de médicos, médicas e atendentes. As reações variavam desde perguntas diretas do tipo “*O que você tanto escreve aí? Vou querer ver...*”, até perguntarem o que eu fazia com as notas, se passava

para o computador e, a mais importante e recorrente de todas: “*O que você vai fazer com essas anotações? Dá mesmo pra extrair alguma coisa daí?*” Como a segunda pergunta correspondia também a uma grande dúvida minha, em especial no início das observações, eu geralmente respondia à primeira, dizendo que fazia relatos reconstituindo o que tinha visto e à segunda dizendo que esperava ardentemente poder ‘extrair alguma coisa daí’.

Meus relatórios foram elaborados de maneira modular, estando divididos entre as observações das sessões ultra-sonográficas, uma a uma, e um diário de campo, no qual registrava as conversas e o que eu notava de um modo geral. Assim, adotei a prática de, ao menos uma vez, na observação seguinte trazer para o profissional cujos exames eu havia observado uma cópia do relato de **um** exame. Todos eles se mostraram muito satisfeitos com esse procedimento, e eu selecionava os exames em que tivessem havido mais conversas registradas e poucas observações minhas sobre os comportamentos do profissional, visando evitar aumentar um possível sentimento persecutório. Muitos manifestaram surpresa: “*Nossa! Como você vê tanta coisa acontecendo!*”, ou então: “*A gente fica só ali procurando imagens, nem repara nisso tudo que você viu.*”

Para uma avó preocupada, na clínica A, o fichário de notas gerou ansiedade:

Dr. Henrique: ‘Tá pronto pra nascer, ‘tá tudo muito bem.  
 Avó: [Olhando preocupada para mim, mas falando com Henrique]  
 Você vai acompanhar?... na sala de parto?... [Dirige-se a mim] ‘Tá tudo bem mesmo? Tô vendo você anotando aí o tempo todo!...  
 (Clínica A).<sup>239</sup>

Na clínica C, em um dado momento o dr. Sílvio pediu-me expressamente que trouxesse o relato de uma sessão ultra-sonográfica que fora particularmente difícil, pelo fato de o feto apresentar um defeito congênito e o marido da gestante não querer de modo algum que a esposa fosse informada do problema.<sup>240</sup> O médico pretendia discutir a situação com a equipe, e fiquei satisfeita de poder retribuir de algum modo a acolhida que estava recebendo. Percebi naquele momento que estava sendo vista como alguém de fora que trazia um outro olhar que, de alguma maneira, poderia ser útil para os profissionais.

---

<sup>239</sup> Na reprodução dos diálogos, utilizei G para todas as gestantes e P para seus parceiros. Termos de parentesco, tais como ‘avó’, foram utilizados sempre tomando o feto como referência. Todos os nomes utilizados são fictícios. Vale notar ainda neste fragmento que aparentemente esta avó sabia que Henrique havia sido obstetra.

<sup>240</sup> Este caso será abordado adiante por alguns ângulos diferentes, nos capítulos 6 e 7. Chamarei esta gestante de **Tânia**.

## **5.6. SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES DE PODER NA OBSERVAÇÃO ETNOGRÁFICA**

Conforme aponta Geertz (1984: 134), um aspecto essencial necessariamente presente em uma etnografia repousa na interpretação do que está sendo focalizado. Para tal, é necessário conhecer e entender os elementos que se apresentam, decodificando seus significados para o grupo em questão. Nesse sentido, o fato de estar familiarizada com a cultura médica e com o jargão corrente entre os profissionais representou um aspecto facilitador na elaboração da etnografia e, de certo modo, poupou um tempo precioso de aprendizagem da ‘língua nativa’, que teria sido necessária caso não existisse esse conhecimento prévio. Conforme sublinham Becker & Geer, erros de interpretação sobre o teor do material fornecido pelos informantes estão calcados no fato de que “frequentemente não entendemos o que não estamos entendendo e assim ficamos propensos a cometer erros ao interpretarmos o que nos é dito” (Becker & Geer, 1978: 77). Este é o lado positivo do fato – eventualmente problemático, dificultador de estranhamento – de ter uma formação médica e buscar uma visão antropológica em ambiente médico.

Outro ponto que me pareceu merecedor de uma reflexão mais aprofundada diz respeito às relações de poder estabelecidas no campo. Essas relações tinham um caráter dinâmico e cambiante que não pode ser ignorado, sob pena de superficializar e tornar caricata a etnografia. Dependendo do momento e da situação, mudava o ator ‘detentor’ do poder, o qual tinha, por assim dizer, áreas de concentração.

O profissional que realizava o exame era quem ‘concentrava’ o poder na maior fração de tempo, parte por estar investido do poder médico, mas principalmente por ser quem dispunha da maior possibilidade de decodificar e traduzir as imagens que todos viam. Contudo, não apenas frequentemente as gestantes ‘aprendiam’ a ver, decodificando sozinhas o que estava sendo mostrado na tela do monitor como – a partir do momento em que determinadas estruturas do feto eram identificadas e explicadas pelo médico ou médica, preenchendo de significado as sensações maternas – elas se sentiam então ‘empoderadas’ e, de certo modo, ‘mais donas’ de seus fetos. Além deste aspecto, comumente as gestantes ou os acompanhantes faziam solicitações para que fosse visualizada determinada parte do corpo fetal – em especial a genitália – em tons que variavam de ‘pedidos’ até verdadeiras ‘ordens’, que via de regra os profissionais se apressavam em atender.

Diferentemente do que se encontra descrito na literatura antropológica produzida no exterior sobre ultra-sonografia obstétrica – em especial, nos EUA e na França –<sup>241</sup> na qual está relatado que com frequência as gestantes se sentiam devassadas e submetidas pelo poder médico, no grupo etnografado essas relações pareciam fluir de modo bastante sereno. Uma possibilidade para se entender este aspecto consiste em pensar que talvez nesse universo o poder médico fosse de tal modo ‘naturalizado’ no tocante à gestação, correspondendo ao avanço da medicalização da gravidez, que os profissionais de ultra-som, que pelo menos ‘permitiam’ às gestantes ‘verem’ seus fetos e assim ‘se apropriarem’ deles, passaram a ser percebidos pelas grávidas mais como seus ‘aliados’ do que os seus próprios obstetras. Conforme disse uma gestante citada orgulhosamente pelo dr. Henrique: “*Meu médico é você, que me mostra o neném... o obstetra só mede, me pesa, e mais nada*”.

A medicalização da gravidez, por seu turno, insere-se em um contexto mais amplo de medicalização e devassamento do corpo feminino, determinado por um longo processo histórico e cultural, parcialmente discutido acima.<sup>242</sup> Este contexto mais vasto pode explicar em alguma medida o espanto das gestantes diante de meu pedido para assistir aos seus exames, indicando que o pressuposto básico seria de que o interior de seus corpos estivesse, por princípio, disponível para ser visto por quem se encontrasse na clínica. Não se pode ignorar também que eu me apresentava como médica, explicando em seguida qual era o foco de minha observação, o que possivelmente contribuía para a pronta aceitação do pedido. Contudo, volto a sublinhar que o ponto que me chamou particularmente a atenção não foi a pronta aceitação, e sim o **espanto** manifestado por boa parte das mulheres quando eu fazia tal solicitação. Pensando retrospectivamente sobre a clínica A, parte inicial do trabalho de campo, quando eu ainda não solicitava a autorização das gestantes, emerge um sentimento de desconforto relacionado ao entendimento de que minha presença na sala de exames representou – do ponto de vista das relações de poder – uma imposição do médico para as gestantes, mesmo que do ponto de vista prático não tenha sido manifestado nenhum mal-estar por parte das mulheres que observei.

Considerado pelo prisma da possibilidade de decodificação das imagens, o profissional era quem concentrava o poder durante os exames. Contudo, tal situação

---

<sup>241</sup> Diversas autoras dedicaram-se ao tema a partir da década de 1990. Destaco, entre elas, Rapp (1997; 1998; 1999), Petchesky (1987), Browner & Press (1996), Duden (1993), Heriot (1996), Mitchell (1984), Georges (1996), Mitchell & Georges (1999), Fellous (1991), Taylor (1998) e Stabile (1998).

<sup>242</sup> Ver capítulos 3 e 4.

parecia sofrer um sutil abalo quando eu me encontrava na sala, pois eu me dispunha, de forma implícita e de maneira análoga aos profissionais, a também decodificar algo que ali se passava, ‘ver’ nos gestos, imagens, interações e falas aquilo que não era imediata ou facilmente visível. Isto pode explicar – ao menos parcialmente – o desconforto dos profissionais com a minha presença, e a relativa indiferença das gestantes quanto a ela, posto que já estavam sendo escrutinadas por um saber cujo manejo não estava ao seu alcance, enquanto os médicos não estavam acostumados a ser, eles mesmos, objeto de escrutínio alheio.<sup>243</sup>

Conforme já foi exposto, as médicas confessaram abertamente se sentirem tensas com a minha presença, embora na prática me parecessem mais à vontade do que os médicos. Estes muitas vezes desdobravam-se em explicações às gestantes, que freqüentemente me pareciam mais exibições de conhecimentos e reafirmação de posição hierárquica do que esclarecimentos de fato para as grávidas. O exemplo mais evidente desta atitude foi observado na clínica C, com o que referi acima como cenas de ‘medicalidade explícita’. Nessa situação, o médico parecia estar tentando reafirmar claramente quem detinha o conhecimento e, portanto, o poder.

O aspecto certamente incômodo e possivelmente persecutório de minha presença para os profissionais pode ser, assim, atribuído a um velado desafio à posição hierárquica do médico: em vez de estar presente na sala apenas **um** profissional detentor de conhecimentos esotéricos, havia uma observadora, com conhecimentos outros, de fora da área médica, além do mais anotando coisas em um misterioso fichário, sabia-se lá para quê. As médicas, talvez mesmo pelo fato de serem mulheres diante de uma observadora mulher, pareciam ser menos levadas à ação descrita acima – de demonstração de competência científica e de ‘disputa’ hierárquica – do que os médicos homens, que de algum modo evidenciavam estar sutilmente instigados a mostrar ‘*who’s the boss*’ na situação.<sup>244</sup>

Na clínica A, o modo como estava trajada, assim como os termos utilizados pelo médico para me apresentar sempre que entrávamos na sala de exames, de algum modo indicavam – talvez até uma conclusão errônea de minha parte – que eu não fazia

---

<sup>243</sup> Esta situação é freqüentemente observada no campo – um tema debatido em diversos trabalhos no Fórum de Pesquisa 36, na 24ª Reunião Brasileira de Antropologia e, muito especialmente, por Sá (2004) no interessante “Meus macacos são vocês: um antropólogo seguindo primatólogos em campo”.

<sup>244</sup> A questão de relações de gênero no trabalho de campo é um tema que me pareceu muito interessante a ser investigado.

intrinsecamente parte daquele universo. Em geral, não me sentia desconfortável ao tomar notas durante os exames. Apenas em poucas situações – perda de feto ou patologias fetais – parei de escrever, deixando o registro para depois. Percebo que, para mim, o ato de tomar notas tinha o significado de uma intrusão, embora, como já foi dito, as gestantes não parecessem sequer tomar conhecimento da minha presença a partir do momento em que surgiam as imagens fetais na tela do monitor.

A estranheza que senti ao vestir o jaleco e ser apresentada como membro do *staff* levou-me a considerar e refletir sobre a importância em assumir mais claramente a posição e a identidade de pesquisadora. Ao longo do tempo da observação, percebi que dispunha de várias identidades intercambiáveis, e que era assim percebida pelos profissionais com quem convivi. O fato de ser médica, psicanalista e aprendiz de antropóloga foi sendo processado lentamente pelos meus interlocutores e por mim mesma à medida que a pesquisa prosseguia. Aos poucos, fui ficando à vontade para, por assim dizer, transitar entre as várias identidades no campo. Esse trânsito se dava quando, de uma conversa sobre temas médicos – geralmente a partir de perguntas minhas – passava-se para pedidos de explicação sobre temas de sociologia ou antropologia e mesmo à solicitação de um relatório de um exame. Eventualmente, fui requisitada para consultas pessoais sobre questões particulares e dramas familiares dos profissionais. Embora um pouco relutante de início, à medida que o trabalho prosseguia fui relaxando, podendo deixar os câmbios de identidade fluírem. Tenho certeza de que esse trânsito possibilitou que meus interlocutores adquirissem confiança em mim e me fornecessem um material precioso de pesquisa.

Como ocorre nas relações que se aprofundam ao longo do tempo, a minha interação com os profissionais foi multifacetada e, ao mesmo tempo em que percebia em algumas ocasiões sentimentos persecutórios nos profissionais, em outras revelava-se uma confiança da parte deles que me surpreendia. Uma das evidências da confiança, além do teor de determinadas revelações, consistiu em surpresa e em uma leve decepção dos profissionais sempre que eu reiterava que os nomes das clínicas, dos médicos e das médicas seriam mantidos em anonimato.

Embora qualquer análise envolva necessariamente a busca de diversos ângulos para abordagem do ponto em foco, considero que as várias identidades entre as quais transitei ao longo do trabalho de campo contribuíram de maneira relevante para estabelecer uma visão multifacetada do universo pesquisado. Ainda que tenha buscado todo o tempo manter um ponto de vista antropológico, seria ingênuo supor que a formação prévia, em medicina e

em psicanálise, não tenha interferido e desempenhado algum papel. O aspecto que desejo neste ponto reiterar é a importância de, ao analisar o material produzido ao longo da observação, não perder de vista e sim problematizar tais peculiaridades.



## **CAPÍTULO 6**

### **NO ESCURINHO DA SALA DE EXAMES.**

#### **INTERATIVIDADE E NEGOCIAÇÕES EM TORNO DAS IMAGENS FETAIS.**

Como já foi apontado, a ultra-sonografia detém, dentre as tecnologias de imagem médica, a particularidade de permitir um tipo de interação entre o profissional que realiza o exame e o paciente, o que não ocorre com outras tecnologias de imageamento. Descrevendo de modo muito sintético, em uma sessão ultra-sonográfica o operador que realiza o exame decide quais estruturas deve focalizar e em quais deve se concentrar à medida que o exame transcorre. Nos termos do próprio campo, é uma tecnologia ‘operador-dependente’. No caso da ultra-sonografia obstétrica, a situação apresenta características bastante singulares. No Brasil, esses exames são sempre realizados por médicos, em contraste com os países nos quais há técnicos especializados para a função.

Neste capítulo abordo especificamente a questão da interatividade existente nessa prática, por ser o aspecto formal observado no campo que articula uma boa parte dos conteúdos do que é produzido como significado pelos atores presentes, que serão tema dos capítulos subseqüentes.

Focalizando a atividade dos profissionais, a interatividade propiciada pela sessão de ultra-som coloca em evidência a inerente tensão entre a objetividade e a subjetividade envolvidas neste tipo de exame. Há em geral uma fronteira relativamente marcada entre as duas vertentes, embora se torne, por vezes, pouco nítida. Os profissionais transitam entre os dois pólos durante todo o tempo da sessão ultra-sonográfica. A ‘objetividade’ estaria representada, em primeiro lugar, pela existência concreta de um embrião ou feto, e pela tecnologia e sua manipulação, pelo profissional, proporcionando dados ‘precisos’, ‘técnicos’, sobre os estados de saúde fetal e materno. A ‘subjetividade’ estaria operando em três diferentes níveis, qualitativamente diferentes, que se alternam ou coexistem de modo dinâmico.

O primeiro nível seria o da decodificação e o da interpretação, em termos médicos e técnicos, das sombras cinzentas que aparecem na tela do monitor. O segundo nível estaria vinculado a perturbações na rotina do exame motivadas pelos aspectos emocionais mobilizados pela interação gestante-médico no decorrer da sessão ultra-sonográfica e, por

fim, o terceiro nível no qual a subjetividade do profissional se faz presente consistiria na atribuição de significados e na conseqüente subjetivação das atividades fetais, calcadas necessariamente nas crenças e nos valores dos médicos que executam o exame. Neste nível, gestantes e acompanhantes participam de modo especialmente ativo.

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

Mesmo reconhecendo que a separação entre o aspecto formal – o da interatividade – e os conteúdos produzidos é bastante artificial, visto por meio dela estabelecer uma discriminação analítica para o material do campo. Ainda assim há diversas superposições nos temas recorrentes que emergiram ao longo da observação.

Focalizei e busquei sistematizar primordialmente a negociação que ocorre durante sessões de ultra-sonografia obstétrica, envolvendo o/a ultra-sonografista, a gestante e eventuais acompanhantes, especialmente em torno das imagens e eventualmente dos sons produzidos pela aparelhagem de alta tecnologia de ultra-som.

No total, foram observadas, nas três clínicas, cerca de 200 sessões ultra-sonográficas de tipos variados, com gestantes em diversos estágios da gravidez.<sup>245</sup> Na clínica A, as ultra-sonografias obstétricas eram realizadas em sua maioria pelo dr. Henrique, que concentrava grande parte deste tipo de exame naquela unidade. Em algumas ocasiões, foi possível acompanhar a execução dos exames por outros médicos, o que forneceu elementos interessantes para comparação. O aspecto mais relevante assim evidenciado foi que, utilizando a mesma aparelhagem, este médico levava às últimas conseqüências as diversas possibilidades oferecidas pelo aparelho em termos de usos da imagem fetal, com diversos propósitos. Na clínica B, havia uma médica que realizava predominantemente os exames ultra-sonográficos gerais, outra que atuava nos gerais e obstétricos e a dra. Lúcia – foco principal da observação – que, por uma opção pessoal, só fazia exames obstétricos. Na clínica C, que não oferecia ultra-som geral, todos os médicos realizavam exames ginecológicos e obstétricos. Acompanhei predominantemente o dr.

---

<sup>245</sup> Ver nota 230.

Sílvio, embora em algumas ocasiões tenha observado duas outras médicas, visando cotejar diferentes comportamentos diante de uma mesma clientela. Verifiquei que, em geral, ao lado de uma rotina de realização dos exames, havia grande maleabilidade de manuseio dos operadores, além de diversas variações possíveis em relação a um protocolo de exame que, embora não fosse rígido, era diferente em cada clínica.<sup>246</sup>

Delineio aqui atuações e estratégias dos profissionais, separando-as em dois grupos. O primeiro corresponde ao que denomino ‘respostas genéricas’ dos médicos durante a realização do exame. O segundo seriam ‘respostas específicas’ a situações singulares. Não pretendo afirmar que exista uma uniformidade ou homogeneidade nas atuações de todos os profissionais observados. Porém, cada médico tinha uma abordagem própria, relativamente constante, que era modificada quando se evidenciavam singularidades na situação diante da qual se encontravam. O fato de ser uma tecnologia que permite uma enorme gama de atitudes idiossincráticas impede que se estabeleçam grandes generalizações. Procurei, sobretudo, sistematizar sob determinadas rubricas as atitudes dos médicos e as situações que observei acontecerem de modo recorrente, mesmo dentro de uma relativa diversidade de ambientes e meios tecnológicos.

Chamei de ‘respostas genéricas’ um tipo de atividade que aparentemente não está vinculada a uma demanda evidente e que, à primeira vista, poderia parecer uma atividade ‘espontânea’ ou ‘ativa’ do médico em relação à gestante. A opção pelo uso do termo ‘resposta’ busca evidenciar que a ‘espontaneidade’ ou a ‘atividade’ não são de modo algum ‘naturais’, correspondendo a um tipo de demanda subjacente, presente, embora não necessariamente explicitada durante o exame e que, a meu ver, constitui o que chamo de ‘cultura do ultra-som’. Trata-se de um conjunto de suposições e expectativas de grávidas e acompanhantes fortemente baseado nas e estimulado pelas informações veiculadas principalmente pela mídia, calcado eminentemente na possibilidade de visualização das imagens fetais; em outros termos, um modo ‘visual’ de vivenciar a gravidez, que assim se constitui também como espetáculo. Em suma, as respostas ‘genéricas’ seriam como que uma reação intrínseca dos profissionais a essa ‘cultura de ultra-som’ já constituída que, em uma via de mão dupla, produziria novos elementos, reforçando ou mesmo reconfigurando essa mesma ‘cultura’.

---

<sup>246</sup> No *site* da Sociedade Brasileira de Ultra-Som (SBUS), [www.sbus.org.br](http://www.sbus.org.br), até a data de encerramento desta tese constava no *link* “Resoluções e normas” o aviso “Breve estarão disponíveis”, indicando que até o momento a prática de exames é relativamente pouco normatizada, ao menos do ponto de vista institucional.

As ‘respostas específicas’ correspondiam a determinadas atuações do profissional conectadas com situações singulares ocorridas durante os exames. As demandas específicas podiam ser ou não explícitas. Essas respostas poderiam ser vinculadas de maneira mais evidente a ‘reações’, tendo uma conotação menos ‘ativa’ ou ‘espontânea’ do que as primeiras, e denotavam existir uma ‘sintonia fina’ de todos os profissionais observados com certas demandas subjetivas das gestantes e/ou dos acompanhantes presentes ao exame, ou mesmo com algumas circunstâncias do ambiente da sala, apresentando-se eventualmente como uma reação não-intencional.

Os dois tipos de resposta – genérica e específica – sempre envolviam conversas e exibição de determinadas imagens do feto. Com o intuito de contextualizar como ocorriam essas respostas, é importante em primeiro lugar apresentar como pano de fundo um quadro geral da atividade do médico durante a sessão ultra-sonográfica.

## **6.1. ASPECTOS RELEVANTES DA ROTINA DO EXAME, ‘PILOTANDO’ OS APARELHOS**

Nas três clínicas, os profissionais eram remunerados por ‘produtividade’, o que significa que quanto menor o tempo gasto na realização de cada exame, maior o ganho financeiro do profissional. Este arranjo colocava em evidência a importância de tudo o que se passava durante o exame para além do ‘diagnóstico’ ultra-sonográfico estrito. Na clínica A, os exames duravam em média de 20 a 30 minutos; na clínica B, entre 10 e 15 minutos e na C, variavam de 40 minutos a uma hora, com o tempo multiplicado se fossem gravidezes gemelares. No caso de tri ou quadrigêmeos, o exame era desdobrado, sendo realizado em dois dias diferentes, para não cansar demasiadamente a gestante e o médico.<sup>247</sup>

Conforme mencionado no capítulo anterior, as salas das três clínicas permanecem na penumbra durante o exame. O manejo da aparelhagem, tanto a mais simples quanto a mais sofisticada, exige uma razoável capacidade de coordenação de diversas atividades motoras e cognitivas bastante distintas. O profissional ‘pilota’ com a mão esquerda o aparelho, que ocupa um espaço significativo da sala de exames e parece um painel de cabine de avião, com inúmeros comandos e botões luminosos. Com a mão direita, o

---

<sup>247</sup> Conforme assinalado no capítulo 5, na clínica C havia um número maior de gestações múltiplas do que nas outras duas.

médico manja o transdutor<sup>248</sup> sobre o abdômen ou dentro da vagina da gestante. À sua frente está sempre um dos monitores nos quais são exibidas as imagens capturadas pela sonda.<sup>249</sup> Além disto, deve decodificar as imagens, proceder a medições e escrever sobre a imagem que surge na tela os nomes das estruturas identificadas, o que faz digitando em um teclado ou pressionando alguns comandos. A partir dessas medições, a aparelhagem calcula automaticamente diversos parâmetros, tais como peso e altura fetais, frequência cardíaca fetal e materna, fluxo sanguíneo fetal intracerebral, idade gestacional etc.

No exame de *doppler*, por exemplo, é necessário fazer um traçado sobre uma imagem de gráfico na tela, delineando a pulsação do cordão umbilical, o que é executado com a mão esquerda, usando um *mouse* embutido na máquina.<sup>250</sup> É necessário para o profissional, portanto, capturar imagens, decodificar o que está vendo no monitor e identificar as estruturas que são evidenciadas na tela. A seguir, deve buscar eventuais aspectos morfológicos ou fisiológicos que indiquem patologias. Nesse contexto, os pontos que de imediato mais chamaram a atenção foram – ao lado da notável capacidade para desenvolver tantas atividades em paralelo – o quanto de conversa ocorria em cada sessão, além do tempo disponibilizado para a atividade de ‘mostrar o bebê’ para a gestante e os acompanhantes dos mais variados tipos: filhos, parceiros, avós, amigos, parentes.

## 6.2. RESPOSTAS ‘GENÉRICAS’ OU A CONSTRUÇÃO DA ‘GRAVIDEZ VISUAL’

Uma atividade presente em maior ou menor escala, em grande parte das sessões nas três clínicas foi a de ‘mostrar o neném’. O modo como cada profissional desempenhava esta função variava. Na clínica B, a dra. Lúcia costumava inicialmente avaliar os parâmetros diagnósticos em silêncio para, em seguida, de um modo informal e por vezes muito engraçado, apontar com o dedo na tela do monitor algumas imagens do feto para a

---

<sup>248</sup> O mesmo que sonda.

<sup>249</sup> Na clínica A, às costas do profissional havia outro monitor no qual ele eventualmente conferia se o exame estava sendo registrado. Ainda atrás dele, em um nicho colocado em posição alta, estava uma grande televisão, que permitia que a gestante, deitada, acompanhasse confortavelmente a exibição das imagens. Conforme já descrito no capítulo anterior, na clínica C também existiam TVs, de 29 polegadas, nas duas salas, posicionadas diante da maca onde a gestante ficava. Na clínica B, não havia TV, as imagens eram apontadas pela médica na tela do monitor mesmo, que era girado na direção da gestante. A disposição da aparelhagem em relação à maca onde fica a gestante pressupõe que os médicos sejam sempre destros.

<sup>250</sup> Conforme mencionado no capítulo 5, na clínica B, que é a filial de uma clínica cuja matriz está situada na Zona Sul do Rio de Janeiro, apenas um dos aparelhos oferecia esta alternativa. Na matriz havia aparelhos mais modernos. Na clínica A, em duas das três salas de ultra-som, os aparelhos permitiam o exame de *doppler*, e o dr. Henrique era particularmente hábil no manejo da tecnologia em comparação com seus colegas de clínica. Na clínica C, os aparelhos das duas salas de exame permitiam a realização de *doppler*.

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

Pareceu haver basicamente quatro tipos de uso da atividade de ‘mostrar o neném’, com objetivos distintos, mas que por vezes se superpunham, como se pode verificar nos fragmentos a seguir.

O **primeiro** tipo consistia em ‘ensinar a ver’, e era dirigido predominantemente à gestante. Esta atividade ao mesmo tempo estava fortemente calcada na credibilidade e na competência do médico e funcionava como um reforço a elas, quando a gestante e/ou o acompanhante conseguiam finalmente ver o que estava sendo mostrado.<sup>251</sup>

G: Rá!... Fica difícil... [ver].

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

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

Dr. Henrique: Olha o lábio... [mostra para P] tem que usar a imaginação...

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

Dr. Henrique: Olha... fica aqui a cabeça! [Aponta o lábio fetal para

---

<sup>251</sup> Conforme já assinalado no capítulo anterior, as ênfases das falas dos atores estão sublinhadas; minhas ênfases estão indicadas em **negrito**. Entre colchetes há comentários meus ou indicações de ações. As reticências correspondem a pausas nas falas dos atores, e as reticências entre parênteses correspondem à edição do material. No texto, estabeleci a seguinte distinção: usei aspas duplas e itálico quando se trataram de citações de falas, e aspas simples quando as aspas são minhas.

G, ampliando a imagem] Ampliei para ver se não tem defeito no lábio.

G: Só o sr. pra ver um lábio aí... (Clínica A).

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

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

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

P: Os documentos dele...

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

Já o dr. Sílvio, na clínica C, usava freqüentemente jargão médico para 'mostrar o bebê', mesmo com clientes leigos, revestindo suas explicações de um caráter mais científico – e, em certas ocasiões, psicologizado – do que o observado com os outros profissionais. Além de 'mostrar o bebê', era comum explicar como era obtida a imagem e fazer a apologia dos progressos da ciência e da tecnologia. De quando em vez, também utilizava comparações didáticas, mas isso era mais raro.

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

Dr. Sílvio: [Fornece ao casal uma longa explicação sobre a tecnologia 3D] Esse é o problema do 3D... Não fica bonito porque vem da imagem 2D, e não existe essa história de mostrar o bebê completo, porque nunca se conseguem todos os pontos [de modo] igual, com uma mesma reflexão... Isso é física. Quando vê 3D, na verdade a imagem é apenas virtual... [Mostra] Aqui a imagem da face... é pele e osso nessa época... abriu a boca... (Clínica C).

Dr. Sílvio: (...) Ó o coração que bonito... pra vocês identificarem, é como uma cruz pulsando ali... (Clínica C).

A **segunda** utilização do 'mostrar o neném' parecia ter como objetivo a tranquilização da gestante e/ou dos acompanhantes, havendo ou não preocupação aparente. As expressões “‘Tá tudo tranquilo”, “‘Tá tudo ótimo, nota 10 pr'esse neném”, “‘Tá jóia”

ou “*Tá tudo bem*” são uma constante durante os exames onde não há patologia fetal, ocorrendo diversas vezes durante um mesmo exame. Outros fragmentos:

Avó: [Para o dr. Henrique] Ela estava muito nervosa...  
 Dr. Henrique: [Mostra] Olha a mãozinha... ‘tá tudo OK.  
 G: Sabe que eu ‘tava nervosa?  
 Dr. Henrique: Mas eu disse que ‘tá tudo bem...  
 G: [Reflexiva] Como pode... a tecnologia... (Clínica A).

G: O 2º filho a gente relaxa, vou fazer nove semanas... pensei: ‘tem que ir [fazer exame], daqui a pouco ‘tá na hora de fazer translucência nucal’... tem que ver se é gêmeos [sic]... **e eu só fico tranqüila com a ultra...** (Clínica C).

Os médicos têm noção clara da importância da palavra, assim como das atitudes que tranqüilizam as gestantes:

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

Uma **terceira** finalidade do ‘mostrar o neném’ parece ter como objetivo fazer a gestante ‘achar bonito’ o que vê. Os médicos e médicas observados declaravam explicitamente que visavam “*melhorar a relação da mãe com o bebê*” e acreditavam que o ultra-som era um bom instrumento para atingir tal objetivo. Dra. Lúcia, da clínica B, mencionou ter assistido no Rio de Janeiro uma conferência de Stuart Campbell, no início dos anos 1980, na qual ele “*demonstrava o valor do ultra-som no vínculo mãe-bebê*”.<sup>252</sup> Dr. Sílvio, da clínica C, partilhava do mesmo ponto de vista.

Dr. Henrique dedicava-se de modo especial a fim de obter o efeito de admiração e apreciação da gestante, despendendo um tempo razoável até conseguir a reação desejada. Seu esforço era eventualmente redobrado quando a gestante estava apática diante do que via, ou quando ela manifestava desagrado diante das imagens de seu feto que – diga-se de passagem – muitas vezes apresentavam um aspecto estranho ou mesmo macabro. Dr. Sílvio não parecia se abalar especialmente com esta questão, reconhecendo explicitamente a bizarrice e o impacto causados por determinadas imagens:

G: [Nitidamente incomodada] Essa foto de baixo [à direita há uma imagem da face do feto, esquisita] é a cara dele toda amassada?  
 Dr. Sílvio: Não... são as estruturas que estão na frente...

---

<sup>252</sup> Sobre Stuart Campbell, cf. capítulo 4.



G: Prefiro nem ver essa foto!  
 Dr. Sílvio: É... eu só guardo quando consigo fotos boas. Eu aborto quando a imagem ‘tá ruim... senão, em vez de ajudar, atrapalha.../  
 G: /...pesadelo... /  
 Dr. Sílvio: /...tem colega que acha tudo bonitinho... (Clínica C).

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

G: ‘Tá toda amassada!  
 Dr. Henrique: Você já viu quando nasce? É todo amassado mesmo! ‘Tá sem espaço. (...) [Surge na tela a imagem do rosto, de perfil].  
 P: [Baixo, meio rindo] Nariz feio... teu pai...  
 Dr. Henrique: Vocês têm que achar bonitinha... senão, quem vai achar?... ‘Tá ótimo, tudo tranqüilo... 32 semanas, 42cm, 2,146kg. (Clínica A).

Dr. Henrique: Olha que bonitinho...  
 G: Não acho não... Narigão!  
 Ao sairmos deste exame, o dr. Henrique comenta comigo: “*Ela achou o feto feio! É raro... sempre acham bonito*”. (Clínica A).

Outra situação em que o ‘achar bonito’ desempenhava um papel relevante no desenrolar da sessão ocorria quando a gestante e/ou o parceiro se entusiasmavam com as imagens ou com a tecnologia e o dr. Henrique detinha-se mais tempo do que o usual ‘mostrando o neném’, passando para imagem 3D sem ter sido solicitado e sem cobrar, por exemplo.<sup>253</sup> Dr. Sílvio era particularmente sensível aos elogios de clientes à tecnologia de sua clínica e, às vezes, ‘mostrar o bebê’ era mesclado com comentários acerca do progresso tecnológico ou, em casos de clientes que já haviam tido gravidezes anteriores acompanhadas por ele, por comparações entre o que era possível no passado e na atualidade.

Dr. Sílvio: [Para G] Os equipamentos melhoraram (...) [Faz comparações entre imagens obtidas com os primeiros aparelhos e atualmente]. Hoje tecnicamente se estuda o feto, e para a mãe é

---

<sup>253</sup> Para realização de exames 3D, na clínica A, havia uma solicitação específica, sendo pago à parte, pois nenhum convênio arca com este tipo de custo. A clínica B dispunha de um aparelho de 3D que ficava na matriz da clínica. Na filial, onde desenvolvi a maior parte da observação, não existia 3D. Se desejassem realizar tal exame deviam ir à matriz e pagar por ele. Na clínica C, o 3D não era cobrado à parte, sendo realizado sempre que as condições técnicas o permitiam. Na época da observação na clínica C, havia apenas um aparelho que realizava 3D; nesse período foi efetuada a compra de um aparelho mais moderno que também permitia o exame 3D e que chegou depois de encerrada a observação.

mais compreensível e menos virtual... na época que seu filho estiver vendo seu neto... fico vendo meus filhos... eu só tenho umas poucas fotos de quando era criança. Eles... é muito importante porque faz parte da nossa vida... (Clínica C).

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

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

O **quarto** tipo de atividade, altamente valorizada por gestantes e acompanhantes, e freqüentemente instigada pelos profissionais, consistia na determinação do sexo fetal.<sup>254</sup> Este é um momento-chave no processo de transformação do feto em Pessoa. Além de ganhar um nome, que o identifica, desenvolve-se um tipo de atividade discursiva, tanto por parte da gestante e do parceiro quanto por parte do médico, de construção de gênero do feto, calcado nas noções preexistentes acerca de gênero – temas que serão abordados em maior detalhe adiante, no capítulo 9. Independente da solicitação das gestantes, o pressuposto nas três clínicas parecia ser o da existência de curiosidade pela determinação do sexo fetal.

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

Dr. Sílvio: Já sabe o sexo? 'Tá com 12 semanas?  
P: Diz que só com 4 meses...  
Dr. Sílvio: Não gosto de fazer para dizer o sexo... e comprar enxoval... com 4 meses vê o piruzinho ou a baratinha... o diabo é ter que acreditar no que o médico diz... nessa época [12 semanas] é broto genital... vamos lá... (...) 'Tá vendo pulando? É a artéria ilíaca... [mostra com o cursor] aqui o bebê ao comprido... (...) Estou achando que tem um pinto aqui... (...) Estou tentando pegar aqui uma estrutura... o ducto venoso... que vem da placenta e passa para o coraçãozinho do bebê [busca imagem, em silêncio]. (...) Olha o pintinho... aí, ó! [Para G] Seu bilhete já foi corrido... (Clínica C).

---

<sup>254</sup> Curiosamente, na clínica A, os médicos entre si apresentavam uma atitude crítica em relação a esta preocupação. Na prática, porém, pude observar que com muita freqüência eram eles quem instigavam de modos variados tal curiosidade, tema que retomarei no capítulo 9.

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

G: É menino?

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

Sumarizando, sustento que o aspecto relevante do quesito ‘mostrar o neném’ é o fato de não estar vinculado a questões diagnósticas, o que sugere estar em jogo o desenvolvimento ou o cultivo de uma cultura visual específica que, ao mesmo tempo, reforça o *status* de autoridade científica que a imagem técnica detém e pretende estreitar os laços afetivos da gestante com seu feto.

### **6.3. RESPOSTAS ‘ESPECÍFICAS’ OU INTERAGINDO (TAMBÉM) COM IMAGENS**

O tipo de atuação que designo como ‘respostas específicas’ ocorreu em diversas circunstâncias nas quais claramente os médicos eram afetados pelo que ocorria na sala. Essas atuações iam desde estratégias na manipulação das imagens até o esquecimento eventual da medição de alguns parâmetros fetais. Pareciam ocorrer como reação a tensões no ambiente, a demandas diretas advindas da gestante ou do/s acompanhante/s, ou ao tumulto causado pela interferência destes últimos na sala. Gestantes excessivamente apáticas também provocavam uma atuação, em especial do dr. Henrique, que passava a utilizar diversos recursos do aparelho até obter algum tipo de resposta favorável – que podia ser em relação ao feto ou à própria tecnologia. A tensão no ambiente estava geralmente relacionada a algum diagnóstico desfavorável existente ou potencial, embora brigas de casais também pudessem criar um clima pesado durante o exame. Nessas situações, era muito evidente que a imagem fetal era um **meio** utilizado para obtenção de determinados efeitos sobre a gestante e os acompanhantes, e não um fim em si.

Durante o exame, nos casos em que havia patologia fetal ou problemas circulatórios prejudicando o feto, a imagem em si da anomalia ficava em segundo plano, não necessariamente partilhado entre médico e gestante. O médico registrava a imagem para anexar ao laudo, que seria visto pelo obstetra da grávida, mas não se detinha por muito tempo explicando ou mostrando-a para a gestante. Os médicos observados, quando solicitados, não se furtavam a exibi-las, mas nunca o faziam como uma atividade de

iniciativa própria.<sup>255</sup> Portanto, a questão da anomalia, quando presente, surgia na cena mais em termos discursivos do que como imagens. Não sei até que ponto as estratégias de manipulação da imagem eram deliberadas. Possivelmente em alguns momentos sim, e em outros ocorriam como uma resposta não-consciente dos profissionais.

O tumulto na sala de exames ocorria quando havia muitos acompanhantes ou estes eram exageradamente ansiosos,<sup>256</sup> e consistia em barulho excessivo, perguntas ou demandas muito insistentes – situação que a maioria dos profissionais desgostava abertamente quando em conversas entre si. Embora o dr. Henrique fosse bastante tolerante neste particular, em comparação com os outros profissionais, a confusão provocada pelos acompanhantes podia levá-lo a ficar irritado ou a esquecer de avaliar parâmetros necessários para o estabelecimento da biometria e da idade fetais. Dra. Lúcia não parecia se abalar muito com essas interferências, lidando com elas de modo bem-humorado, embora em alguns momentos aparentemente tenham sido responsáveis por esquecimentos da médica. Dr. Sílvio, por sua atitude em geral bastante solene – embora afável – parecia involuntariamente coibir manifestações muito explícitas tanto de ansiedade quanto de alegria. Por outro lado, vale ressaltar que sua clientela, predominantemente de elite, parecia também ser menos afeita a grandes demonstrações de emoções. Contudo, por estender-se frequentemente em explicações que pareciam dispersá-lo, ocorriam esquecimentos de registro de determinados parâmetros que eram cobrados pelas atendedoras nos intervalos entre os exames.

### **6.3.1. Manipulações da imagem**

#### **6.3.1.1. Estratégias para obter impacto**

##### **Passando a imagem de 2D para 3D e vice-versa**

As mudanças no tipo de imagem exibida foram as estratégias observadas mais frequentemente utilizadas pelo dr. Henrique quando este buscava impressionar gestantes e/ou acompanhantes apáticos presentes na sala e possivelmente – no início da pesquisa – também a observadora. De vez em quando, o dr. Henrique produzia interferências na imagem 3D a título de brincadeira, por exemplo, mudando a tonalidade de fundo, do

---

<sup>255</sup> Apenas uma vez houve deliberada evitação do médico em exibir uma anomalia fetal, caso já mencionado no capítulo 5, e que será discutido em maior detalhe adiante e também no capítulo 7.

<sup>256</sup> Os profissionais observados lidavam com mais paciência com a ansiedade das gestantes do que com a dos

habitual sépia para azul, em caso de fetos masculinos, ou para rosa, com os femininos.<sup>257</sup> Outra interferência consistia em ‘recortar’ ou ‘girar’ a imagem, utilizando os comandos dos aparelhos, para destacar algum aspecto específico ou ‘melhorar’ a imagem, tornando-a mais inteligível. Dra. Lúcia não parecia ser afetada pela apatia das gestantes e o dr. Sílvio eventualmente se incomodava, mas não lançava mão de nenhum recurso extra de imagem com o intuito de contorná-la.

Dr. Henrique espalha o gel, passa diversas imagens e fixa o perfil. Mostra para a gestante, que diz: “*Mira...*” O marido está um tanto apático, olha a tela sem reação, distraído, até o dr. Henrique dirigir-se a ele, mostrando a imagem: “*The profile*”, obtendo dele um meio sorriso: “*Oh... yeah....*” (...) O médico mostra em 3D a imagem dos genitais e pergunta o nome do feto, escrevendo ‘John’ ao lado da imagem e, nesse momento, o marido ri. (Clínica A).

Dr. Henrique: [Passa a imagem para 3D e mostra] Olha aqui... o rosto... o braço... [que está na frente do rosto, escondendo-o parcialmente] ‘tá com vergonha... ‘tá bonitinha, né?  
[As duas não parecem muito entusiasmadas com o que vêem. O médico manipula a imagem, girando-a e recortando o braço, para destacar o rosto, mas o resultado não é bom]. (Clínica A).

A imagem 3D só é nítida, considerada ‘boa’, quando não há nenhum obstáculo entre a estrutura a ser visibilizada e a sonda do aparelho. Em outros termos, se o cordão umbilical estiver, por exemplo, diante da face do feto, é impossível obter uma ‘boa foto’. Por questões técnicas, para a imagem 2D este problema não existe e, portanto, passar a imagem para 2D era a estratégia utilizada em última instância, quando os esforços de obtenção do 3D mostravam-se infrutíferos.<sup>258</sup>

G: Eu fiz um outro 3D e fiquei decepcionada...  
Dr. Henrique: Tinha muita coisa na frente, às vezes o 2D fica melhor do que o 3D. (...)  
[O marido mantém-se alheio, há discordâncias na escolha do nome. Dr. Henrique parece estar buscando uma imagem favorável].  
G: [Percebendo que dr. Henrique está tendo dificuldades para atender ao seu desejo] Ele mexe tanto, mas não pára na posição que a gente quer... (...) [Alternam-se imagens em 2D em que aparece a face de modo nítido, G acompanha atenta]. Em 2D

---

acompanhantes.

<sup>257</sup> Em geral, adota-se a coloração sépia para melhor efeito de contraste, e são obtidas imagens da **superfície** do corpo fetal. Este tipo de imagem é produzido por computação gráfica a partir de cortes ultra-sonográficos em 2D – bidimensionais, em preto e branco. As imagens 2D permitem visibilizar o interior do corpo do feto, em cortes, e têm um aspecto transparente.

<sup>258</sup> Estes implicavam tentar fazer o feto mudar de posição balançando a sonda sobre o abdômen da gestante ou fazendo-a deitar de lado. As gestantes aceitavam ou mesmo sugeriam as manobras no afã de obterem a tão desejada ‘fotografia’ 3D.

parece mais nítido!... (...) [Decepcionada, mas aparentemente se conformando] Vam' ver se na próxima... (...) [Nesse momento, o médico captura uma imagem de um braço, com o rosto do feto de perfil, em 3D. Não é uma imagem ruim, mas aparentemente a gestante não está satisfeita]. Na próxima...

P: [Atalhando de modo sarcástico] Na próxima... você vai ver o perfil dele ao vivo! [Denota irritação com a insistência da mulher em obter a imagem 3D do feto]. (Clínica A).

### Manipulando a informação sobre o sexo fetal

Em algumas situações foi possível observar que a em geral tão demandada informação sobre o sexo fetal era objeto de algum tipo de *suspense* por parte do profissional, provocando a gestante e/ou o acompanhante sobre as possibilidades e desejos existentes, ou sobre uma informação probabilística prévia que pudesse ser contrariada, implicando a troca da cor do enxoval já todo comprado. Este tipo de brincadeira era mais freqüente do que o *suspense*.

Embora em termos discursivos o dr. Henrique se mostrasse crítico em relação à curiosidade e à ansiedade exageradas a respeito da determinação do sexo fetal, foi possível observar que, na prática, em algumas situações, era ele quem sutilmente instigava a curiosidade.

Uma atendente entrega uma pasta para Henrique, que murmura baixo: “Hmmm... última menstruação 23/12... 12 semanas... vai querer ver o sexo... [mal-humorado] Não vou ver! Não vou conseguir ver, a paciente é gorda!”<sup>259</sup> Parece irritado. Ao entrarmos na sala de exames, a gestante informa que fez cerclagem<sup>260</sup> e veio para ver como é que está. O médico pergunta pela existência de outros filhos. G informa que o primeiro foi prematuro; no segundo, fez cerclagem e nasceu a termo (...) Dr. Henrique pergunta de modo casual: “Então, vamos ver o sexo?... O colo [do útero] ‘tá bom...” (Clínica A).

Dr. Henrique espalha o gel, explicando que vai começar pela pelve e depois vai fazer o exame transvaginal. “Vamos fazer o exame da translucência; de repente, se der, até dá para ver o sexo...” (Clínica A).<sup>261</sup>

Dra. Lúcia não apenas não tecia nenhum tipo de crítica a essa curiosidade como se

<sup>259</sup> A gordura absorve parte das ondas sonoras, o que resulta em imagens ultra-sonográficas menos nítidas.

<sup>260</sup> Procedimento que consiste em suturar o colo do útero para evitar abortamento ou parto prematuro. Este exemplo será retomado no capítulo 9, por outro ângulo.

<sup>261</sup> Translucência nucal (TN): medida de uma prega de pele na região da nuca do feto, um parâmetro que vem sendo utilizado para avaliação da taxa de risco de anomalias cromossômicas do feto e, conseqüentemente, para indicação de exames mais invasivos, tais como a amniocentese. Recomenda-se que o exame de TN seja

dedicava de modo entusiasmado a, sempre que possível, determinar o sexo fetal, fosse de um ponto de vista probabilístico – até a 14ª semana – fosse visibilizando a genitália fetal já formada. A determinação do sexo fetal sem margem de erro é possível em torno da 16ª semana de gravidez. Nos exames ocorridos entre a 12ª e a 14ª semanas, a margem de acerto varia, dependendo da versão de cada profissional, de 70 a 94%.

Outro aspecto observado envolvendo a revelação do sexo fetal foi um tipo de *timing* para fornecer a informação:

Dr. Henrique pergunta se sabem o sexo. O casal não sabe e o médico pergunta sobre preferências. G responde: “*Quero menina*”. Após alguns segundos, de forma repentina, o médico anuncia: “*Taí, você queria menina, te arranjei uma menina*”. G grita entusiasmada como uma criança que acaba de ganhar um brinquedo novo: “*Menina! É menina! Eu sabia!*” (Clínica A).<sup>262</sup>

G: [Surgem as primeiras imagens] Tchan tchan tchan tchan... [Todos riem] Marcos ou Lena?... [Olhando para a TV] Quase três semanas que não faço exame, por causa do descolamento fazia toda semana...

Dr. Sílvio: Ali o bebê! Olha!

Avó: É a mãozinha dele? Mexendo?

Dr. Sílvio: É o cordão.

G: [Para o dr. Sílvio] Não dá pra saber...? A cabeça... [está] do lado direito ou do lado esquerdo?

Dr. Sílvio: Agora ‘tá pro lado esquerdo... bonitinho... [Mantém-se algum tempo em silêncio]. Para definir logo... essa coisinha [mostra com o cursor] aqui... linear, é a periquita dela. (Clínica C).

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

### **6.3.1.2. Estratégias visuais para contornar tensão ou angústia; a tranquilização pela imagem**

Em sessões cujo objetivo era a avaliação de estruturas anatômicas fetais e havia dados prévios indicando alguma probabilidade de existência de malformações, ou mesmo na presença já detectada de anormalidade fetal, foi possível observar que os médicos intercalavam a busca de imagens da anomalia com outras, como as do sexo fetal, do perfil,

---

realizado entre 11 e 13 semanas gestacionais.

<sup>262</sup> Chamarei esta gestante de **Maria**, pois este caso será retomado novamente algumas vezes, no capítulo 9.

da mão, do pé ou de outras estruturas anatômicas normais do feto, como forma evidente de distensionar o ambiente. Em geral, obtinham sucesso, conseguindo um sorriso da gestante. Em tais situações, os médicos conversavam com as grávidas buscando uma tranquilização na medida do possível; não costumavam escamotear as informações, mas era evidente a preocupação em não alarmá-las. As imagens, que não a da anomalia, eram portanto apenas um dos recursos utilizados para contornar a angústia presente na sessão. Aparentemente, a possibilidade de fazer uso da imagem com este fim é conhecida pelos profissionais. Como informou uma médica na clínica A: “*As pacientes entram de mau humor, mostra-se o rosto do feto e muda logo o humor... ficam todas sorridentes.*”

G: Eu tô com citomegalovírus.<sup>263</sup>

Dra. Lúcia: O resultado deu quanto?

G: [Com expressão decepcionada] Indeterminado. ‘Tamos esperando...

(...) [O clima é tenso, G é médica].

Dra. Lúcia: Tudo certinho. [Fixa duas imagens, marca ‘placenta’ e ‘abdome’]. Ver quanto está pesando... meio quilo. Certinho, 500g.

**Meio quilo de gente!** [Risos. Surge a face do feto na tela do monitor] Aqui a cara dela! Ó mexendo a boca! (Clínica B).

[Em um exame realizado na 13<sup>a</sup> semana havia sido encontrado um parâmetro alterado, G foi submetida a amniocentese e o resultado foi normal]. O casal está muito sério hoje. Dr. Henrique busca imagens do coração fetal, que aparentemente está normal. Mostra para o casal as câmaras cardíacas, dizendo que através deste exame estão eliminadas 90% das patologias cardíacas conhecidas. O casal permanece silencioso (...) Dr. Henrique mostra então o perfil do feto, G sorri. (Clínica A).

[Em exame anterior havia uma alteração de tireóide no feto].

Dr. Henrique: Tem uma área vascularizada na topografia da tireóide.

G: ‘Tá aí, né? Melhor cesárea... pelo que você ‘tá vendo ‘tá toda preparada pra nascer?... [A voz é trêmula, parecendo que vai chorar a qualquer momento] (...)

Dr. Henrique: [Tenta mudar o foco da atenção de G, o que parece funcionar por algum tempo] Ó ela amassadinha lá!

G: As pernas ‘tão pra cá? [Aponta um ponto do abdômen].

Dr. Henrique: É... [G olha para a tela sorrindo]. (Clínica A).

Dr. Henrique, em relação aos outros profissionais observados, pareceu-me ser quem lidava com menos dificuldade com esse tipo de situação, informando a existência de patologias às gestantes no decorrer do próprio exame, delicadamente, porém sem maiores rodeios. Em seguida, telefonava e comunicava os achados diretamente aos obstetras.

---

<sup>263</sup> Vírus responsável por diversas malformações congênitas.



Contudo, a estratégia de exibição de partes ‘normais’ do feto durante a sessão ultrasonográfica, nitidamente visando distensionar o ambiente, era semelhante à de seus colegas. Duas situações observadas nas outras clínicas evidenciam as diferenças no manejo de situações difíceis.

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

Dra. Lúcia: Aqui ‘tá meio de perfil... tem o osso nasal...<sup>264</sup>

G: [Animando-se] Então ‘tá bem?

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

G: É... [Olhando a TV] Ai, que bonito o perfil! [Vira para a tia] Bonitinho, ‘tá vendo, tia? [A tia se mantém seriíssima, G parece não estar se dando conta da gravidade da situação. Continua atenta às imagens que surgem na TV]. É o coração?

Dra. Lúcia: É...

T: Ah, graças a Deus, o coraçãozinho! Porque o médico não conseguiu escutar...

Dra. Lúcia: [Permanece silenciosa e prossegue o exame. Surge o corte cefálico] A massa encefálica, que bonitinho... parece uma borboleta...

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

Dra. Lúcia: Vou tentar ver outro fluxo no bebê. Difícil, porque ele mexe... (...) Ali a circunferência abdominal... ‘tá pesando 53g...

G: [Sorri] Humhum ...

Residente: Ó o fêmur!

Dra. Lúcia: O osso da perna.

G: [Sorri] Ah! (Clínica B, matriz).

[O feto teve detectada uma fenda labial<sup>265</sup> em exame anterior realizado em outra clínica. Ao chegar, o marido alertou as atendentes de que “*não queria que a minha mulher soubesse*” e estas avisaram ao dr. Sílvio. Aparentemente vieram fazer um exame 3D, provavelmente por demanda de G].

Dr. Sílvio: É uma época mínima para fazer 3D. Aliás, queria explicar... o 3D reconstrói a imagem, em computação gráfica... para tanto, preciso de condições técnicas para fazer... porque é complicado prometer uma coisa e não cumprir... [Surgem as primeiras imagens, mostra] Tórax... coraçãozinho... a cabecinha aqui para baixo [mostra apenas imagem de corte cefálico]... perninha aqui pra cima... vocês já ficaram sabendo o que é?.../

G: /É menino.../

Dr. Sílvio: /perna... pintinho... as canelinhas... os pezinhos estão normais... o fêmur... ossinho da coxa... ossinho do braço... úmero... o rádio e a ulna... (...)

G: [Reconhecendo uma imagem, do perfil com o braço erguido,

<sup>264</sup> A medida do osso nasal é um dos parâmetros mais recentemente destacados como indicativo de risco de determinadas anomalias fetais.

<sup>265</sup> Gestante **Tânia**. Caso já mencionado no capítulo 5. Fenda labial é uma anomalia congênita popularmente conhecida como ‘lábio leporino’.

repete o gesto que viu, sorrindo] Ele está assim, né?  
 Dr. Sílvio: [Marca ‘rádio/ulna’, ‘úmero’]. Os ossinhos **normais, proporcionais...** Vamos à cabecinha... Cerebelo... Direitinho... [G parece estar tranqüila, mas suspira ao olhar para a TV] Ansiosa?  
 G: É. Tô muito nervosa. [Estranhamente ninguém pergunta por quê; G está lívida] Poderia me dar um pouquinho de água? (...)  
 [Surge a imagem do perfil, G abre um largo sorriso] Ah! O rostinho! [A imagem do perfil, bem bicudo, mexe a boca].  
 Dr. Sílvio: O feto mexe muito... ‘tá difícil... os batimentos do coração... 140 batimentos por minuto... [Dr. Sílvio passa rapidamente a imagem da face em 2D e volta para o perfil. Na imagem, a mão vai para a boca e justo nesse momento o médico muda para 3D, ao contrário do que sempre faz].<sup>266</sup> Está com a mão na frente, agora... Bem... eu vou ficar devendo... por dois motivos. A imagem está limitada, mexe muito e não está de frente...  
 G: [Nitidamente ansiosa] Mas ele está bem, não é?  
 Dr. Sílvio: [Nitidamente constrangido] Bom... tem um pouquinho mais de líquido amniótico...  
 G: E isso é ruim?  
 Dr. Sílvio: Não... é um dado que vou colocar no exame... (Clínica C).<sup>267</sup>

Nas duas situações acima, o desfecho ocorreu depois do exame. Na clínica B, a dra. Lúcia, ao entregar o laudo em mãos, explicou diretamente à gestante a gravidade da situação fetal e, na clínica C, no dia seguinte, o marido telefonou para o dr. Sílvio informando que G estava ciente da anomalia, tendo o casal retornado para realizar outros exames.<sup>268</sup>

### 6.3.1.3. Atendimento a demandas diretas de consumo

Conforme evidenciado acima na literatura, existe uma tensão implicada necessariamente na realização do ultra-som obstétrico entre o aspecto ‘médico’ e o aspecto ‘espetáculo’. Nos Estados Unidos e no Canadá, os médicos ocupam-se exclusivamente dos ‘aspectos médicos’, posto que a execução dos exames e a interatividade neles existente envolvem apenas profissionais de nível técnico – em geral mulheres – que estão impedidas de revelar às clientes os ‘aspectos médicos’ do exame. Sua atividade restringe-se, portanto, no máximo, a ‘mostrar o bebê’.<sup>269</sup>

<sup>266</sup> Quando se pretendia obter a imagem da face em 3D, era necessário aguardar o momento em que não houvesse nenhum obstáculo diante do rosto fetal.

<sup>267</sup> Considerei necessário expor de modo extenso a situação, de maneira a tornar claro o clima pesado e angustiante ocorrido nesta sessão.

<sup>268</sup> Frequentemente existem outras anomalias associadas à existência de fenda labial, e os exames que foram propostos a esta gestante tinham o sentido de rastrear-las.

<sup>269</sup> Sobre esta tensão, cf. acima, capítulo 4. Sobre ‘mostrar o bebê’ cf. Mitchell (1994) e Mitchell & Georges

No Brasil, onde o ultra-som é designado como um ‘ato médico’, os médicos acumulam ambas as funções, cabendo-lhes em tempo real medir parâmetros, estabelecer ou sugerir diagnósticos e também ‘mostrar o neném’ para as gestantes. O discurso ‘contra’ o consumo de imagem ultra-sonográfica é uma constante entre esses profissionais. Embora do ponto de vista discursivo os médicos se mostrassem críticos diante das demandas de ‘tirar uma foto’ do feto (em geral quando as gestantes vinham para realizar o exame 3D), ou mesmo quando uma mesma gestante fazia repetidos exames sem haver um motivo ‘médico’ para tal, como prática corrente nas três clínicas as solicitações eram atendidas pelos profissionais, sem que denotassem desagrado.<sup>270</sup>

A aceitação das solicitações diretas dos clientes – mesmo que estas fossem criticadas à parte pelos médicos – é um fator essencial para a conquista e a ampliação do mercado de ultra-som obstétrico, ao lado da credibilidade técnica perante os obstetras.<sup>271</sup> Era freqüente haver queixas de gestantes referentes ao fato de que “*o médico [ou médica] entrou mudo e saiu calado*”, mesmo que fossem profissionais de reconhecida competência técnica. Sintetizando em outros termos, os obstetras indicam as clínicas baseados na credibilidade técnico-científica, mas as gestantes optam por continuar fazendo exames nelas ou com um determinado médico calcadas na sociabilidade existente durante o exame. Neste ponto, parece estar em jogo uma dualidade em torno do eixo competência-cuidado presente na prática médica, conforme apontado por Menezes (2003),

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

ou, de acordo com Camargo Jr. (2003), uma tensão no eixo objetividade-subjetividade, um paradoxo que emerge no exercício prático da medicina, entre a “subjetividade” da experiência do sofrimento do doente e a “objetividade” dos dados laboratoriais com os

(1998).

<sup>270</sup> No tocante à tecnologia 3D como ‘ferramenta diagnóstica’, ao iniciar a pesquisa, vários dos profissionais me afirmavam que, do ponto de vista diagnóstico, nada acrescentava. No decorrer do período, contudo, houve uma curiosa mudança nesse consenso. Após um evento patrocinado por um fabricante de aparelhagem com tecnologia de ponta para ultra-som, que tive a oportunidade de assistir e no qual um determinado médico muito conceituado entre seus colegas ultra-sonografistas proferiu uma série de conferências sobre a utilização do 3D, diversos médicos passaram a adotar a posição – às vezes de modo mais entusiástico, às vezes menos – de que a tecnologia 3D era “*útil para diagnosticar patologias de superfície*” e para “*preparar emocionalmente a gestante*” no caso da existência de tais patologias.

<sup>271</sup> A atuação dos profissionais contribuindo para a transformação do exame em espetáculo será discutida adiante, no capítulo 8.

quais o médico lida (Camargo Jr., 2003: 126).<sup>272</sup>

### 6.3.2. O esquecimento da medição de parâmetros

Algumas vezes foram observadas situações nas quais a subjetividade do operador se sobrepunha ou interferia em sua atuação para além do aspecto também subjetivo ligado à decodificação das imagens. Eventualmente ocorria de os médicos esquecerem de verificar ou registrar determinados parâmetros durante os exames, conforme apontado acima. Esta situação era temida pelos profissionais por motivos óbvios, uma vez que havia e há uma preocupação explícita de cada clínica como instituição e de cada profissional em particular em manterem um alto padrão técnico e em não serem ‘meramente comerciais’. Tais esquecimentos evidenciavam momentos nos quais se esfumavam as fronteiras – em geral, relativamente nítidas – entre a objetividade e a subjetividade presentes na sessão de ultra-som obstétrico.

Na clínica A, a possibilidade de esquecer de medir parâmetros foi um dos motivos alegados pela maior parte dos profissionais para não gostarem de realizar exames obstétricos, em especial quando havia acompanhantes presentes, motivo pelo qual o dr. Henrique – que não parecia se abalar muito com a confusão – encarregava-se da maioria deles. O comentário de uma médica é ilustrativo:

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

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

---

<sup>272</sup> Para uma discussão aprofundada sobre a dupla dimensão da prática médica, cf. Menezes (2003).

### 6.3.2.1. Por tumulto ou conversas na sala de exames

Em virtude da frequência com que as gestantes vinham acompanhadas, a rigor chamava a atenção a concentração do dr. Henrique e o quanto era raro haver esquecimentos. Contudo, ele não estava totalmente imune:

Além da gestante, há dois meninos e uma senhora na sala. (...) Os meninos estão visivelmente excitados com o exame, mexem-se e falam sem parar e são irresistivelmente engraçados (...) Vejo que o dr. Henrique explica as imagens para G, mas (...) os meninos freqüentemente se adiantam saudando as imagens com gritos (...) O médico tenta dialogar com G no meio da algazarra. (...)

G: E o peso?

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

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

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

Dr. Sílvio, com frequência, estendia-se em longas explicações sobre medicina ou a própria tecnologia, o que de quando em vez pareceu interferir em sua concentração para anotar determinados parâmetros. Em algumas ocasiões tive a impressão de que a minha presença na sala era um fator de dispersão, em especial no primeiro dia de observação. Invariavelmente era cobrado pelas atendentes e, em algumas ocasiões em que estive presente pude ‘socorrê-lo’ por ter anotado os dados no meu caderno de campo ou gravado o exame na fita de videocassete que costumava trazer comigo.<sup>273</sup>

A atendente vem cobrar algumas fotos que faltaram deste exame morfológico recém-terminado e, além disto, o dr. Sílvio esqueceu de fornecer uma das medidas cefálicas, o diâmetro occipito-frontal. Fica meio desconcertado, mas a situação se soluciona com

---

<sup>273</sup> Nela registrava os exames quando as gestantes não traziam fita para gravar e me permitiam fazê-lo.

cálculos matemáticos, nos quais me envolvo, participando da montagem de uma equação. Acho que a minha presença perturbou o seu desempenho, pois o exame foi muito prolongado e não havia nenhum fator de tensão relacionado à gestação, de modo que provavelmente o esquecimento deveu-se à existência de um observador. (Clínica C).

A atendente entra e traz o laudo para o médico assinar; ele se dá conta de que “*engraçado, não fotografei o doppler*”. Mais uma vez, acho que a minha presença pode ter interferido, embora, verdade seja dita, tenha havido muita conversa, movimentação incessante e participação do pai durante o exame, prováveis fatores de dispersão. (Clínica C).

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

#### **6.3.2.2. Por tensão no ambiente**

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

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

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

#### 6.4. SUBJETIVANDO A IMAGEM, MEDICALIZANDO A GRAVIDEZ E CONSTRUINDO UMA CULTURA VISUAL

O conjunto de situações observadas aponta para a existência de um processo generalizado de construção de uma cultura visual em torno das imagens fetais. A mídia, sem sombra de dúvida, desempenha um papel relevante como pano de fundo para tal construção, divulgando e promovendo a ultra-sonografia fetal como um exame imprescindível no acompanhamento da gravidez.<sup>274</sup> Não cabe aqui discutir a pertinência desta noção. O ponto que desejo assinalar consiste no fato de que nas três clínicas as gestantes, na grande maioria das vezes, já virem para os exames informadas sobre eles, solicitando explicações que indicavam estarem relativamente a par do que estes podiam oferecer. A divulgação deste tipo de informação contribui de modo marcante para um segundo aspecto que ocorre simultaneamente à construção de uma nova cultura visual, que é o reforço da percepção da gestação como um ‘assunto médico’, apoiado em alta tecnologia ou, em outros termos, para o reforço da medicalização e da ‘tecnologização’ da gravidez. Um exemplo caricato desta tendência foi observado na clínica B:

Dra. Lúcia me apresenta um material trazido por G: “*Olha só isso aqui*”. É uma pasta do tipo que prende envelopes plásticos de tamanho ofício, encapada com *contact* com temas infantis, bichinhos ou algo assim. Em cada envelope plástico há uma página impressa com o assunto, funcionando como divisórias de um fichário. Na primeira divisória está o nome ‘Marcos’, em letras enfeitadas, como se fosse um álbum de fotos; em seguida, vem a divisória ‘exames’. Em cada um dos plásticos seguintes, constam separadamente os hemogramas, testes etc., seguidos por outra divisória intitulada ‘ultra-som’. Nos envelopes seguintes, organizados em ordem cronológica, estão todos os exames de ultra-som. Dra. Lúcia me informa que é o segundo filho de G e que ela havia montado uma pasta igual para o primeiro, continuando o ‘álbum’ depois do nascimento: “*Tem isso tudo e, depois que nasceu, tudo certinho, com as vacinações... tudo...*” Em suma,

---

<sup>274</sup> No período da observação, foram publicadas duas reportagens sobre ultra-som na gravidez em revistas distintas, dedicadas à gravidez/filhos, em cada uma sendo enfocada uma das clínicas – B e C – nas quais eu desenvolvia a etnografia. A matéria sobre a clínica B foi realizada na sua matriz, que dispunha de aparelhagem mais moderna do que a filial que eu vinha observando. Em ambas as matérias, havia fotos dos médicos, de uma gestante e da aparelhagem, e no corpo da reportagem constavam declarações dos profissionais que ali trabalhavam. A clínica C dispunha de assessoria de imprensa, conforme verifiquei casualmente um dia por meio de uma prestação de contas afixada no quadro de avisos. Não investiguei se tal ocorria também nas clínicas A e B. Na TV também são exibidos uma série de programas abordando gestação e nascimento a partir de variadas vertentes – desde as mais ‘naturais’ até as mais tecnologizadas. Uma outra fonte de informações para gestantes consiste na Internet, à qual a maioria das clientes – das clínicas A e C, ao menos – tinha acesso. Não pude explorar este filão, porque fugiria demasiado ao escopo da pesquisa, mas as informações que obtive acerca dessa fonte indicam ser um universo fascinante para pesquisa.

trata-se de um verdadeiro ‘dossiê médico’ de cada filho, encapado como se fosse um álbum de fotografias. (Clínica B).

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

G: Tudo normalzinho, né?

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

G: O cerebelo...

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

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

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

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

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

Dr. Sílvio: [Faz as medições] As medidas da cabeça... é importante, dá dados de proporcionalidade do bebê. (...) [Surge de novo a imagem do perfil, faz a medida de TN] Na frente do nariz... uma das mãos.

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

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

Muitas vezes os médicos instigavam as gestantes:

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

G: O fêmur... (Clínica B).

Um aspecto que chamava a atenção consistia no fato de, em todas as clínicas, existir uma abertura que propiciava indagações das gestantes e acompanhantes sobre o que estava sendo visibilizado, ou mesmo reclamações ou piadas por não conseguirem entender o que eram aquelas imagens, um comportamento que – vale frisar – em outros exames de imagem médica ou mesmo em exames de ultra-som geral seria considerado uma gafe ou, no mínimo, uma atitude inadequada dentro de um *ethos* médico:



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

Dr. Sílvio: Cabeça...

G: Não sei o que ele 'tá vendo... (Clínica C).

G: [Olhando para a TV, reclama] Não tô vendo nada hoje, e eu sempre vejo...

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

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

Dra. Lúcia: Você se acha chato?

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

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

G: Eu também não.

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

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

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

No tocante à criação dessa cultura visual, cabem ainda algumas observações. A primeira é que, embora altamente estimulada pelos profissionais, nem sempre a 'socialização visual' das gestantes ou de seus acompanhantes era confortável, como quando eram capazes de perceber a existência de alguma patologia e inquiriam o profissional antes que este encontrasse um modo adequado de comunicá-la. As poucas situações deste tipo que foram presenciadas constituíram-se em momentos extremamente difíceis e desgastantes para ambas as partes – clientes e médicos, e penosas também para a observadora.

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

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

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

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

Dr. Sílvio: Não, quatro semanas... com 28 semanas tem uma condição melhor de ver... [mostra na imagem em 3D] o braço está aqui... Muito bem... vamos adiar mais os planos de ver melhor o 3D.... 26, 27 semanas... você 'tá com 23 semanas e dois dias... (Clínica C).<sup>275</sup>

---

<sup>275</sup> Gestante **Tânia**.

As situações difíceis eram tema de diversas conversas entre os médicos, possivelmente um modo de compartilharem experiências, diminuírem a tensão vivida e se apoiarem mutuamente:

Em um intervalo, a dra. Sandra diz que quando vê coisas “*muito erradas*” com o feto, “*acabo falando*”. Ficamos conversando sobre um caso que acabara de examinar e cuja imagem ainda estava na tela; ela comenta com o dr. Sílvio que o marido perguntou “*o que é aquela mancha escura?*”, acrescentando: “*Ele é veterinário, é fogo... não dá pra esconder. Ela só dizia ‘tadinho... tadinho’.*” (Clínica C).

Dr. Sílvio relata um caso ocorrido no dia anterior: “*Você devia estar aqui... era um morfológico, 24 semanas, o feto era anencéfalo... O casal era médico, mas eles não falaram no início. Só quando eu olhei o encéfalo e não vi nada, comecei a dizer ‘este é o encéfalo’, fiquei sem saber como dizer que o feto era inviável, mas acho que o marido viu a imagem e sacou, e mandou a mensagem dizendo: ‘nós somos médicos’. Aí eu disse: ‘tenho uma notícia muito ruim para dar para vocês’, e falei.*” (Clínica C).<sup>276</sup>

Um aspecto curioso no que diz respeito à construção de uma nova cultura visual consistiu na observação de que as crianças, em certas ocasiões presentes aos exames, com frequência tinham mais facilidade em decodificar as imagens do que os adultos, um fato conhecido entre os profissionais de ultra-som.

Aparecem as primeiras imagens na tela, e logo que surge o perfil fetal os dois meninos gritam em uníssono, na maior algazarra: “*Olha! Olha lá! Olha ela lá! Juliana!... Uúú!*” Ambos estão entusiasmados; fico surpresa com a facilidade com que identificaram a imagem. (...) Continuam olhando a tela. Enquanto correm as imagens, o maior pergunta: “*Cadê ela? Sumiu?*”, para em seguida identificar uma nova imagem de perfil: “*Olha! Abriu a boca!!! Oi, Ju! Olha!!! A mãozinha!!! Aííí! Tchaaaau!*” Todos os comentários correspondem ao que aparece na tela. Ao sairmos da sala, comento com Henrique a facilidade e a rapidez com que os meninos identificaram as imagens na tela e ele me diz que já observou isto em outras crianças também, atribuindo tal habilidade à vivência delas com computador e videogames. (Clínica A).

A subjetivação das imagens ultra-sonográficas fetais é a pedra de toque para a circulação – em uma via de mão dupla – dos valores subjacentes tanto à construção dessa nova cultura visual quanto da medicalização.<sup>277</sup> As grávidas transformam-se frequentemente em ‘alunas’ aplicadas e entusiasmadas na aprendizagem de novos códigos

<sup>276</sup> Este caso será discutido adiante, no capítulo 7, por outro prisma.

<sup>277</sup> Este tema será abordado em maior detalhe no capítulo 7, item 7.2.

visuais e de novas informações medicalizadas sobre a gravidez – um entusiasmo que é alavancado pelo investimento afetivo óbvio das gestantes em seus fetos e que é, por seu turno, potencializado por meio das imagens fetais que vão sendo decodificadas, seja pelos médicos, seja pelas próprias mulheres.<sup>278</sup> Essa aprendizagem informal evidencia uma marcante reconfiguração da vivência da gestação, na medida em que a visualidade – no passado, ausente dessa vivência exceto pelas mudanças de aspecto corporal da mulher grávida – passa a desempenhar um papel relevante durante a gravidez. Constitui-se muitas vezes uma confusão da imagem com a coisa em si – no caso, o feto – conforme fica patente em alguns exemplos:

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

Avó: Ai, meu Deus! Já ‘tá enorme!

G: [Para A] Você não viu?

Avó: [Sem despregar os olhos da TV] Só a foto... ‘tá enorme!

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

Dr. Sílvio: Sim, claro...

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

Avó: [Ainda abismada] ‘Tá enorme... como é que pode? (Clínica C).<sup>279</sup>

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

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

SS: [Extraí fotos da máquina] Documentando aqui...

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

Os médicos não costumam desfazer este tipo de confusão, possivelmente porque parte da inegável diversão proporcionada pelo exame consiste precisamente no cultivo da ilusão de que se está vendo ‘o que é’.<sup>280</sup>

## 6.5. A FORMAÇÃO DE UMA CLIENTELA

No Rio de Janeiro existem cerca de 500 clínicas que oferecem ultra-som obstétrico.<sup>281</sup> Nesse contexto, torna-se auto-explicativa a importância de formação, manutenção e expansão de clientela, essencial para a sobrevivência das clínicas.

A formação de clientela baseia-se fundamentalmente em dois aspectos: o primeiro

---

<sup>278</sup> Eventualmente, o mesmo ocorre também com seus parceiros e outros acompanhantes presentes na sala de exames.

<sup>279</sup> Ênfase minha. Acrescente-se que o feto em questão media 5 centímetros.

<sup>280</sup> Voltarei a este tema no capítulo 8.

<sup>281</sup> Dado estimativo, obtido com um informante. Não existe um levantamento formal disponível sobre o

consiste na credibilidade técnica das clínicas entre os obstetras que encaminham as clientes para exames. Dentro das clínicas existe ainda a diferenciação entre os profissionais, alguns dos quais tornam-se referências como ultra-sonografistas em obstetrícia, embora realizem também outros exames. O segundo quesito relevante é a satisfação das grávidas com o tratamento dispensado na clínica por atendentes, médicos, e também com o desenrolar do próprio exame. Os dois aspectos implicam o estabelecimento de determinadas estratégias, algumas conscientes e outras possivelmente não, por parte dos profissionais.

A manutenção da credibilidade junto aos obstetras dá-se em parte com a frequência dos profissionais das clínicas em congressos, publicação de artigos e manuais de ultra-som obstétrico, atividades em entidades profissionais e, no cotidiano das clínicas, com a comunicação telefônica entre o ultra-sonografista e o obstetra clínico em casos nos quais são encontradas anomalias ou com o objetivo de comunicar a normalidade em casos nos quais havia suspeitas da existência de problemas.

Dr. Henrique me informa: *“Conheço 70% dos obstetras das pacientes, ou porque já dei plantão, ou por ter conversado no telefone; eles me conhecem, sabem que não interfiro e não dou palpite. (...) Larguei a obstetrícia há três anos.”* Henrique me fala de seus projetos profissionais: *“Quero firmar um nome, entre os colegas, e daqui a algum tempo começar a selecionar por quais convênios atender, e ficar só com isso e particular.”* (Clínica A).<sup>282</sup>

Um outro ponto merecedor de cuidado especial é a redação de laudos, que se situa na interface entre os dois aspectos. A enorme maioria das gestantes lê o laudo que é entregue em conjunto com as fotos tiradas no decorrer do exame. As informações aí contidas devem ser redigidas de modo a informar ao obstetra eventuais achados dignos de atenção médica e, ao mesmo tempo, não alarmar demasiadamente a gestante que, seguramente – em especial nos casos nos quais existe alguma preocupação ou suspeita – lerá o laudo.

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

---

assunto.

<sup>282</sup> Aparentemente, os ultra-sonografistas que mais se destacam na ultra-sonografia obstétrica, como o dr. Henrique, são originários da área clínica de ginecologia e obstetrícia.

estão normais”. (Clínica B).

[Em um exame, a dra. Carla encontrou duas imagens císticas no pulmão do feto; no seguimento uma delas não foi mais encontrada] Mostra o laudo que deu, no qual descrevia a imagem, e explica o cuidado que teve para não ser alarmante: “*Não coloquei negrito, observação, nada...*” O laudo é dividido em itens, em caixa alta, correspondendo às partes anatômicas do feto [abdômen, tórax etc], abaixo dos quais consta a descrição da imagem. Comentou com ela que o item ‘tórax’ é pelo menos três vezes mais extenso do que os outros, e que só isso já chama a atenção, mesmo não tendo acrescentado nenhuma ênfase. (Clínica C).

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

Um outro elemento que eventualmente é levado em conta na redação de laudos é a possibilidade de indução de cesárea pelo obstetra, o que é fortemente criticado por alguns dos profissionais que observei:

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

A satisfação das clientes com as clínicas e a ‘fidelidade’ delas a determinados profissionais são aspectos bastante característicos do universo observado, que contrastam com outras tecnologias de imagem. Lembrando o que informou o dr. Henrique: “*Já houve paciente que me disse: ‘meu médico é você, que me mostra o neném, o obstetra só me mede e me pesa...’*”<sup>283</sup> Embora as atitudes diferissem entre um profissional e outro, havia como

---

<sup>283</sup> Ver acima, capítulo 5.

tônica uma espécie de cumplicidade entre gestantes e ultra-sonografistas, em torno do espetáculo e da diversão proporcionados pelo exame.

Era comum presenciar diálogos como estes:

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

Dra. Lúcia: [Rindo] Olha a resposta!

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

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

G: Não... foi no Centro... Eu vou aonde a senhora estiver... (Clínica B).

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

Uma estratégia que garantia a satisfação da clientela consistia no atendimento a demandas nitidamente vinculadas à produção de imagens fetais como objeto de consumo.<sup>284</sup> Eram situações nas quais o profissional se esforçava para obter incidências favoráveis, em certas ocasiões demorando muito mais do que seria o tempo necessário exclusivamente para o exame, chegando a provocar algum grau de constrangimento nos clientes.

G: Dá pra fazer o 3D nessa posição?

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

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

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

G: Não ‘tá enrolado?

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

G: [Para o dr. Sílvio] Deixa!... Ele não ‘tá a fim de ser visto...

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

O suporte emocional proporcionado pelo ultra-sonografista em situações difíceis no

---

<sup>284</sup> Este tema será retomado especificamente, no capítulo 8.

passado foi mencionado por mais de uma gestante, retornando em nova gravidez:

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

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

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

[Ele] declara ter 94% de acerto na determinação de sexo no exame de translucência nucal. Informa que em recente congresso médico foi muito criticado pelos colegas por esta prática, e houve um consenso final no congresso de não se revelar o sexo neste exame, *“por causa dos problemas que os erros podem trazer em termos psicológicos”*. Ele explica que iniciou esta prática ao perceber que havia uma *“fuga”* das gestantes do exame de TN com 12 semanas, deixando para fazê-lo com 14 ou 15 semanas, quando o parâmetro já não é mais válido como indicador para rastreamento de anomalias genéticas. Começou então a *“usar a determinação precoce do sexo como chamariz para as grávidas fazerem o exame de TN na época adequada.”* (Clínica C).

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

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

Outro ponto relevante para a satisfação das grávidas passava também pela aceitação da presença de acompanhantes – de quando em vez muitos e variados – na sala de exames. Dado o tumulto que freqüentemente se estabelecia, causava espécie o quão pouco os médicos deixavam transparecer irritação com tais situações. Durante todo o período da observação, apenas três ou quatro vezes pude perceber discretas manifestações de aborrecimento dos profissionais durante o exame, vinculadas à confusão formada. Possivelmente existe uma certa ‘resignação’ dos médicos diante de algo considerado ‘ossos do ofício’. Era comum, contudo, depois de sessões particularmente tumultuadas, que eles se queixassem comigo de modo contundente.

A presença de crianças na sala, à parte a algazarra que era comum provocarem, criou situações algumas vezes bastante constrangedoras, como um dia em que uma menina

protagonizou uma cena após ser revelado o sexo fetal, chorando e gritando inconformada porque “*queria uma irmã, os meninos são todos um saco!*”, em uma atuação que se prolongou consideravelmente, deixando todos – inclusive a observadora – bastante incomodados, ou quando um menino de quatro anos, acompanhado do pai, presenciou o exame transvaginal de sua mãe em uma gravidez inicial, o que constrangeu consideravelmente o médico:

Ao saírem os três da sala, o dr. Sílvio comenta, irritado: “*Sou totalmente contra esse tipo de coisa... isso é a tua área... aliás, queria te ouvir sobre isso, você nunca sabe qual vai ser a fantasia... Eu enfiando aquele negócio na mãe!*” (Clínica C).<sup>285</sup>

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

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

---

<sup>285</sup> Este exemplo será retomado no capítulo 8. Chamarei esta gestante de **Ana**. Uma questão merecedora de investigação consiste na reconfiguração das noções de intimidade e privacidade, existente não apenas na realização dos exames ultra-sonográficos, mas também na execução das novas tecnologias reprodutivas.



## CAPÍTULO 7

### “SE VOCÊ ESTÁ DIZENDO QUE É, ENTÃO É!”

#### A PRODUÇÃO DE VERDADES MÉDICAS E NÃO-MÉDICAS.

Dra. Lúcia: Tudo bem?

G: Espero... você é que vai ver agora... (Clínica B).

G: O que é isso aí?

Dr. Henrique: É um bracinho...

G: Não entendo nada... mas se você está dizendo que é... então é. (Clínica A).

O exame ultra-sonográfico coloca em evidência um aspecto marcante que atravessa todas as tecnologias de imageamento. Trata-se do que denomino de o ‘mito da objetividade da imagem técnica’, discutido especialmente no capítulo 2. A idéia da imagem técnica como produtora de verdades incontestáveis é produto de uma construção social, fruto de um longo processo histórico. Relembrando brevemente, esse processo tem suas raízes nos códigos de representação do corpo humano que surgem com o trabalho de Vesalius, com a instauração do paradigma anatômico, em vigor até nossos dias. Ao longo do século XVII, a objetividade na representação emerge como um problema, em conjunto com o estabelecimento dos princípios do que passou desde então a ser entendido como Ciência. O problema de ‘neutralidade’ ou ‘objetividade’ da representação do corpo atravessa o século XVIII, e o surgimento da fotografia, em meados do século XIX, é saudado como a ‘solução’ da questão. A invenção dos RX, em fins do século XIX, reintroduz o problema da interpretação das imagens do corpo. As tecnologias de imagem médica que se multiplicaram ao longo do século XX são herdeiras deste problema.

Neste capítulo, abordo a produção de verdades que ocorre no decurso de exames ultra-sonográficos, construídas especialmente a partir das noções médicas e leigas acerca da ‘objetividade’ da imagem técnica médica. Observei que, ao lado da diversão e do prazer proporcionados pela visualização das imagens fetais, análogos ao lazer propiciado por documentários – um tipo de narrativa visual que se encontra impregnada da idéia de ‘verdade’ – eventualmente emergem alguns problemas. A gravidade destes é variável mas, no todo, ficou evidente que tanto os profissionais quanto seus pacientes podem tornar-se vítimas do ‘mito da objetividade’ da imagem técnica.

Conforme mencionado acima, uma questão-chave consiste no fato de que – em que

pese a ‘socialização visual’ que se passa no universo etnografado – o detentor principal e privilegiado da possibilidade de decodificar as imagens cinzentas que se sucedem na tela do monitor continua sendo o profissional que realiza o exame. Nesse sentido, ele é o protagonista de uma situação em que gestantes e acompanhantes se transformam em atores coadjuvantes. As imagens fetais são o elemento em torno do qual os atores presentes estabelecem diversos tipos de intercâmbio.

Trato aqui principalmente de quatro aspectos relacionados à produção de verdades a partir das imagens fetais. O primeiro deles consiste nas verdades médicas propiciadas pelo exame, no tocante à saúde materna e à do feto. O segundo ponto, que se vincula de modo relevante à construção da Pessoa fetal, é a produção de verdades não-médicas, freqüentemente relacionadas à gestante, mas em especial sobre o concepto. O terceiro ponto a ser abordado diz respeito ao modo como verdades médicas problemáticas – o encontro de patologias fetais, em sua grande maioria – são manejadas no contexto observado. Por fim, destaco algumas situações que levantaram aspectos que evidenciam o quanto o mito da objetividade da imagem técnica pode eventualmente tornar-se deletério para gestantes e fetos.

Na questão da produção de verdades, mais uma vez se faz presente o eixo subjetividade/objetividade. No que tange às verdades médicas, pode-se considerar que haveria um predomínio do aspecto ‘objetivo’, pois com freqüência as verdades médicas são apresentadas como dados precisos, tais como idade fetal, peso, tamanho, fluxos sanguíneos etc., quantificáveis e traduzidos em números. Contudo, a subjetividade necessariamente se apresenta na medida em que, para que as mensurações sejam significativas, o médico deve obrigatoriamente saber interpretar as manchas cinzentas do monitor. Como exemplo, o profissional tem que saber se um traço esbranquiçado na tela corresponde ao útero ou ao fêmur do feto, pois com base neste dado o computador executará um cálculo que fornecerá a informação acerca do tamanho e do desenvolvimento fetais que se busca.

No terreno da produção de verdades não-médicas, a subjetividade é preponderante, pois as atribuições de sentido ao que está sendo visualizado na tela do monitor dependem exclusivamente da imaginação, dos valores e das crenças dos atores presentes à cena. No momento em que o exame evidencia a existência de problemas, há uma espécie de ‘empate’ nos pesos da objetividade e da subjetividade, já que não apenas o significado dos achados objetivos deve ser interpretado pelo profissional, mas também o modo como a notícia será dada e recebida pela gestante e pelos acompanhantes estão subordinados a

diversos aspectos nos quais a subjetividade predomina. Os problemas de outra ordem, provocados pela existência do mito da objetividade da imagem técnica, encontram-se impregnados por vários outros fatores, não necessariamente apenas pela subjetividade dos atores envolvidos, posto que se trata de uma construção social resultante de um sem-número de questões, parte das quais venho discutindo ao longo desta tese.

## 7.1. VERDADES MÉDICAS

No tocante ao aspecto estritamente médico do exame, o profissional que o realiza é o principal produtor de verdades, pois apenas através da sua possibilidade de decodificação as imagens são capazes de gerar algum sentido. Há basicamente dois tipos de verdades que, de um modo ou de outro, envolvem graus variáveis de normatização: as sobre a saúde da gestante e da gestação em si, e as sobre a saúde do feto, envolvendo idade fetal, tamanho e conseqüentemente seu estágio de desenvolvimento, além da avaliação de parâmetros capazes de indicar a existência do risco de anomalias.

### 7.1.1. Sobre a gravidez

A primeira verdade produzida no exame é, além da constatação da existência de uma gravidez e de sua localização – uterina ou tubária –<sup>286</sup> o número de embriões existentes. Nas gestações iniciais, a visibilização do embrião torna a gravidez ‘real’ para a mulher:

G: Olha só! A mãozinha perto da cabeça! [Os dois abrem um enorme sorriso olhando para o monitor do aparelho].

Dra. Lúcia: [Mostrando na imagem no monitor] Tem cordão ali em cima. [Para P] Pai, ‘tá vendo?

P: Tô.

G: ‘Tá legal?... É inacreditável... **Agora é que eu tô acreditando** [estar grávida]... até agora era só o enjôo... (Clínica B).

Dr. Sílvio: Como vai?

Avó: Aquela ansiedade... para saber dos acontecimentos...

Dr. Sílvio: As últimas...

Avó: As últimas novidades...

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

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

Dr. Sílvio: [Surgem as primeiras imagens, parece-me haver três

---

<sup>286</sup> Gravidez tubária: quando o óvulo fecundado se aloja na trompa de Falópio, gerando uma situação de risco para a mulher e que, com freqüência, é resolvido cirurgicamente extirpando a trompa afetada.

sacos gestacionais; dr. Sílvio corre por um tempo as imagens] Dois bem definidos... [mostra com o cursor] Saco gestacional... com embriãozinho aqui... [muda a imagem] e saco gestacional com embriãozinho aqui... e um 3º que não está evoluindo.

G: [Para a Avó] Não falei? Que tinha três? [Para o dr. Sílvio] Dá pra ver o coração? Batendo? (Clínica C).<sup>287</sup>

A existência de sangramentos no decorrer da gestação é uma das indicações formais para a realização do exame ultra-sonográfico, e freqüentemente as gestantes sequer consultavam o obstetra, preferindo ir diretamente “*fazer o ultra-som*”:

G, ainda de pé, diz que teve de novo um sangramento anteontem, mas não foi ao médico porque este exame já estava marcado. (...)

G: [Preocupada] Normal?

Dr. Sílvio: Normal.

G: Tem alguma coisa... aparentemente... do sangramento?

Dr. Sílvio: Aparentemente nada.

G: Pode ser por esforço, ou nada a ver?

Dr. Sílvio: Pode ser. Sangramento... tudo pode ser... a camada interna do útero fica muito vascularizada, pode ser um vasinho da placenta, que a borda possa sangrar... importante... esse sangramento, na grande maioria das vezes não é pra se preocupar. O problema é quando tem cólica. (Clínica C).

Ocorre às vezes a situação inversa: o exame revelando a existência de um sangramento que não havia se manifestado clinicamente.

Dr. Sílvio: Teve sangramento?

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

Outro aspecto a ser investigado por meio de ultra-som, com o exame de *doppler*, é referente à circulação sanguínea materna e fetal que, dependendo do estágio da gravidez, com freqüência pode levar à indicação de cesarianas, caso seja detectada alguma deficiência circulatória capaz de prejudicar o desenvolvimento do feto. Dependendo da idade fetal, esses achados implicam normatizações do comportamento da gestante, com recomendação de repouso e uso de medicação no sentido de permitir que o feto se desenvolva até o momento de ser ‘viável’, nascendo de parto natural ou cesárea.<sup>288</sup>

Dra. Lúcia: Deixa eu fazer o *doppler*... [ouvem-se os batimentos cardíacos maternos] isso é o fluxo teu... da [artéria] uterina...

G: Isso aí vai pra ela?

Dra. Lúcia: É... pra placenta... e da placenta pro neném...

G: Tudo bem?

<sup>287</sup> Saco gestacional é a primeira estrutura formada ao haver a implantação do óvulo fecundado no útero. Dentro do saco gestacional tem início a formação do embrião e, à medida que a gravidez evolui, esta estrutura dará origem ao saco amniótico e à placenta.

<sup>288</sup> Sobre a viabilidade fetal, ver discussão acima, no capítulo 3, item 3.2.2.

Dra. Lúcia: ‘Tá... [marca AUD e AUE,<sup>289</sup> no gráfico dos batimentos cardíacos maternos]. Isso aqui é o fluxo materno... tem uma resistência aqui que pode fazer tua pressão subir um pouco...  
 G: Mas nada demais?...  
 Dra. Lúcia: Tem que ter controle... deixa eu ver de novo... (Clínica B).

A situação do cordão umbilical, no final da gravidez, é um dos pontos cruciais a serem avaliados, posto que, freqüentemente, baseados neste dado os obstetras ‘recomendam’ a realização de cesarianas.

Dra. Lúcia: Acho que ‘tá com circular... Xô ver... [Busca imagem, com cor, *doppler*] É. Tem, mas é circular folgada...  
 P: É o quê?  
 Dra. Lúcia: O cordão enrolado... [mostra na tela, com o dedo] ‘tá vendo isso colorido? É o cordão... ‘tá enrolado. Ó os vasos do cordão [surge um corte transversal do cordão, sem cor, como se fossem três rodela acopladas]. A veia, as duas artérias... direitinho. (Clínica B).

A medição da quantidade de líquido amniótico, em geral no período final da gestação, é outro dos parâmetros cujo cálculo pode levar à indicação de interrupção da gravidez por meio de cesariana. Eventualmente, há exames sucessivos com o sentido de monitorar a evolução da quantidade de líquido.

G: Tô curiosa pra ver o peso dos nenéns e se a bolsa ‘tá recuperando o líquido...  
 Dr. Sílvio: Se for uma fissura... alta... pode cicatrizar, depende se é ruptura alta, ruptura baixa...  
 G: Ah! Que bom!  
 Dr. Sílvio: Porque ele não deixa de fazer pipi... não é o seu caso, porque detectou redução de volume... (Clínica C).

Uma ‘verdade médica’ curiosa que emergiu com freqüência, em especial nas clínicas B e C, consistiu na ‘proveniência’ do óvulo que deu origem ao feto. Os profissionais lidavam de modo diferente com a informação – diga-se de passagem, totalmente irrelevante de um ponto de vista clínico. Na clínica B, a dra. Lúcia mencionava de modo galhofeiro a existência de uma “*simpatia dos ovários*”, que supostamente daria uma indicação probabilística do sexo fetal, recebida com risos pelas gestantes quando estas conseguiam perceber o *nonsense* contido na brincadeira.<sup>290</sup> Na clínica C, que recebia muitas gestantes que haviam passado por um processo de reprodução assistida, a

<sup>289</sup> Respectivamente, artéria uterina direita e artéria uterina esquerda.

<sup>290</sup> Este assunto será discutido de modo mais extenso no capítulo 9, item 9.1.2.1.

informação era fornecida de modo totalmente diverso, em tom solene:

Dr. Sílvio: [Vamos] Ver agora os ovários... [mostra] esse aqui é o seu ovário direito... vários cistos, da estimulação ovariana... [permanece um tempo em silêncio] aqui o esquerdo... Foi o direito que ovulou. (Clínica C).

G: Posso falar uma coisa? No outro ovário ‘tava com um negocinho...

Dr. Sílvio: Isso.

G: A pergunta é o seguinte: tem que tomar alguma precaução?

Dr. Sílvio: Nada. É persistência de corpo lúteo.

G: E um dia ele vai tomar o rumo dele?

Dr. Sílvio: Não vai mudar em nada... a única coisa bacana é saber que [a gestação] foi fruto do seu ovário direito. (Clínica C).

Existem ainda outros parâmetros passíveis de avaliação – a incisura – <sup>291</sup> que têm um caráter preditivo probabilístico acerca da possibilidade de a gestante desenvolver pré-eclâmpsia, um quadro potencialmente danoso a ela e ao feto. A interpretação destes parâmetros variava entre os profissionais, tanto ultra-sonografistas quanto obstetras e, dependendo da história de gestações pregressas da mulher, constituía-se em uma avaliação cercada de muita angústia por parte da grávida.

### 7.1.2. Sobre o feto

A preocupação acerca da saúde fetal está sempre presente de um modo ou de outro, e em graus variáveis. Existem normatizações estabelecidas sobre idade e desenvolvimento fetais, refletidos pelos cálculos de peso e tamanho fornecidos pela aparelhagem. Em relação a estes aspectos, a imagem em si torna-se temporariamente secundária, sendo utilizada apenas como base para mensurações que, processadas pelo computador, resultam em quantificações aproximadas de peso e tamanho fetais.

A determinação da idade fetal por meio do exame de ultra-som passa a prescindir ou mesmo sobrepor-se à informação da mulher sobre a data da última menstruação, anteriormente o único método disponível para a datação da gravidez.

P: O tamanho, qual é? [do embrião].

Dr. Sílvio: 11mm, o saco gestacional. O embrião... não vi ainda... pode ser que eu não veja! E a definição é que deve ter feito uma ovulação tardia... **e a gente vai ter que ajustar a idade**

---

<sup>291</sup> Incisura, avaliada no exame de *doppler*, é uma medida do aumento da resistência ao fluxo sanguíneo nas artérias uterinas e, portanto, pode ser uni ou bilateral. No segundo caso implica a tomada de algumas precauções como o uso de aspirina pela gestante e um monitoramento estreito das condições circulatórias maternas e fetais, assim como do crescimento fetal por meio de exames de ultra-som.

**gestacional.** É... para informação... para ela... o parto seria 17/4, para mim seria 24/4, corrigindo por esse exame de hoje. (Clínica C).

Dra. Lúcia: Lembra a data da última regra?

G: 22 de agosto.

Dra. Lúcia: Então é [sic] doze semanas... [mede o perímetro cefálico] Ué... aqui dá mais... pelo cálculo dá 14 semanas. Fica assim, então, 14 semanas. (Clínica B).

Dr. Henrique: Sabe a data da última menstruação?

G: Não me lembro direito...

Dr. Henrique: Não tem importância... **a gente vê aqui, o ultra-som dá** [a idade fetal]. (Clínica A).

O peso e o tamanho do feto, embora bastante objetivos em sua essência, eram na maior parte das vezes motivo de comentários em torno da normalidade ou não do desenvolvimento fetal, freqüentemente com conotação valorativa. Gestantes e pais orgulhavam-se de saber que seus fetos estavam ‘bem desenvolvidos’. Embora este aspecto tivesse um caráter ‘médico’ relevante, era tingido por diversas atribuições de sentido por parte das gestantes e acompanhantes, fosse por um prisma generificado – meninos deveriam ser fortes e bem desenvolvidos e meninas, *mignonettes* e delicadas – fosse por buscarem semelhanças com mãe ou pai.<sup>292</sup>

Dr. Sílvio: A barriga... [mostra] isso aqui é a veia umbilical entrando embaixo do fígado... o coraçãozinho... [marca em duas imagens que fixou: ‘abdômen’ e ‘tórax’].

P: As medidas ‘tão batendo?’

Dr. Sílvio: Perfeito, dentro do esperado... (Clínica C).

Dra. Lúcia: Esse é o fêmur, o osso da perninha (...) Sabe quanto ‘tá pesando? Teu neném tem 62 gramas!

P: E... me diga uma coisa... pro tempo que tem... ‘tá bem pesado?... ‘tá forte?... Porque a gente diverge: ela quer um ratinho, eu quero um bebezão... quer dizer... ratinho, não... (Clínica B).

P: E o peso... o tamanho, doutor?

Dr. Henrique: ‘Tá ótimo, normal...

P: [Sussurrando para G] Vai ser forte como o pai, bonito como a mãe... [Ambos riem, se beijam]. (Clínica A).

A revelação precisa do sexo fetal era um outro momento no qual a informação médica, anatômica, era raramente recebida de modo indiferente, sendo rapidamente apropriada e transformada em nova fonte de produção de verdades, a partir daí

---

<sup>292</sup> Estes temas serão abordados adiante neste capítulo e também discutidos mais extensamente no capítulo 9.

patentemente não-médicas.

O exame de translucência nucal, realizado entre a 11<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> semana gestacional, em conjunto com a medida do osso nasal, é o exame mais cercado de expectativas no tocante à avaliação do risco de existência de anomalias fetais. A alteração destes parâmetros fornece uma indicação probabilística que, em conjunto com a idade materna, resulta em um número que representa a taxa de risco de aquela gestante estar gerando um feto portador de anomalia. Este número, comparado com a taxa de risco de aborto oferecida pelo exame de amniocentese – mais invasivo e mais preciso no que tange às anomalias cromossômicas – é apresentado às gestantes para que elas decidam se desejam ou não se submeter à amniocentese. As gestantes, em sua maioria, estavam informadas acerca do sentido do exame, em especial o de translucência, embora freqüentemente houvesse confusões no entendimento preciso do significado de parâmetros alterados. Em diversas ocasiões, presenciei explicações fornecidas pelos médicos às grávidas de modo mais ou menos didático e, na maior parte das vezes, tive a impressão de que o sentido exato escapava a elas.<sup>293</sup>

G: [Como se desculpando] Confesso que tô um pouquinho ansiosa...

Dra. Lúcia: Por causa da translucência? (...)

G: De todos [exames], mais do que o morfológico... esse exame é o que mais me preocupa. (Clínica B).

Dr. Henrique me explica, um tanto irritado: “*Elas vêm para este exame [TN], dizendo o seguinte: ‘Hoje eu vou saber se meu neném é normal ou anormal, se tem síndrome de Down ou se não tem síndrome de Down’. Às vezes elas saem até um pouco frustradas porque não é pra isso, é só uma taxa de risco, não é pra saber se é normal ou não. Só indica que tem uma possibilidade maior [de existirem anomalias], tem que fazer amniocentese para ter o diagnóstico. Os médicos hoje fazem uma consulta muito rápida, é convênio, então eles dizem: ‘Você vai fazer a translucência nucal porque, se der alterado, seu neném pode ter síndrome de Down.’ Acabou, pronto, em quatro segundos falou, a paciente chega aqui e aí pergunta: ‘E aí, doutor, o neném é normal?’ Acabo eu tendo*

---

<sup>293</sup> Em uma situação, a médica e eu fomos surpreendidas pela declaração de uma gestante que denotava a atribuição de um sentido um tanto bizarro à amniocentese, como se o procedimento representasse uma proteção contra todo e qualquer problema:

Dra. Carla pergunta se já sabem o sexo, G responde que é um menino, teve o resultado pela amniocentese. Iniciando o exame, pergunta à G porque fez amniocentese, pois é uma mulher jovem e a TN foi normal. G menciona ter passado por “stress no início da gravidez”.

Dra. Carla: A gente fica mais tranqüila com amniocentese, né?

G: [Casualmente] Ele [aponta P] foi seqüestrado quando eu estava no início [de gestação], passei por muito stress, fiquei preocupada, resolvi fazer o exame. (Clínica C).



*que explicar.*” (Clínica A).

Ficou patente no universo etnografado que, no tocante à produção de verdades médicas, se por um lado a tecnologia desfaz tensões dos mais variados tipos, por outro é também produtora de ansiedades que, em um ciclo de retroalimentação, só o uso da tecnologia pode de algum modo ajudar a dirimir.

## 7.2. VERDADES NÃO-MÉDICAS

Em conjunto com a produção de verdades médicas ocorre uma vasta e rica produção de outro tipo de ‘verdades’, na qual, diferentemente das primeiras, médicos, gestantes e acompanhantes atuam em co-parceria, sempre a partir das imagens fetais. Há basicamente dois tipos de verdades que são construídas desse modo. O primeiro deles diz respeito à reconfiguração da subjetividade materna, tendo como eixo principal a significação ou a ressignificação de sensações maternas calcada na visualidade. O segundo tipo refere-se à subjetivação fetal, que se constitui como um momento marcante na construção social do feto como Pessoa. A construção de gênero, especialmente a partir da determinação do sexo fetal, detém uma parcela significativa nesse processo, motivo pelo qual será tratada especificamente em capítulo à parte. Por enquanto, detenho-me na discussão da produção de verdades subjetivantes acerca do feto que me pareceram ser relativamente independentes da construção de gênero.

### 7.2.1. Significando as sensações maternas

A significação das sensações maternas tem dois momentos distintos. O primeiro ocorre quando, na gravidez inicial, a gestante tem acesso às primeiras imagens de seu embrião ou feto, transformando-se em mãe pela primeira vez naquela gestação.

G: [Sorrindo, enquanto se deita na maca] Tô muito enjoada...

Dra. Lúcia: Marinheiro de primeira viagem... lembra da data da última menstruação?

G: 17 de março.

Dra. Lúcia: Sete semanas, então! Vai ver embriãozinho e tudo... [Espalha o gel, surgem as primeiras imagens] Você queria engravidar?

G: Queria, né? Já tinha 40 [anos]!...

Dra. Lúcia: É, mãe... ‘Tá grávida mesmo... vam’ medir... 13mm... [G sorri, dra. Lúcia aponta a tela] Olha o coração lá! [Ouve-se o som dos batimentos cardíacos fetais, a dra. Lúcia repete seguindo o ritmo] ‘Tá bom, ‘tá bom, ‘tá bom... [G tem um largo sorriso estampado no rosto, está evidentemente feliz com o que vê]

Presentão, hein? [Mostrando com o dedo na tela do monitor] Aqui o teu útero todo... o saco gestacional... vai ser a bolsa d'água... Ali [mostra] é o útero, 'tá tudo fechado... Tu acha [sic] que vai ser o quê? Rapaz ou moça?

G: Uma moça... (Clínica B).

G: 'Tá prontinho... ele já se mexe? Eu não sinto ainda não... [A imagem pula na tela].

Dr. Sílvio: No caso, 'tá mexendo...

G: Que gracinha!... Que lindo!... (Clínica C).

O segundo momento ocorre quando, já sentindo os movimentos fetais, por meio da visualização das imagens, a grávida correlaciona suas sensações a determinadas partes do corpo do feto.

G: O que tem aqui?

Dra. Lúcia: Braço, perna...

G: Sinto um osso me cutucando... deve ser joelho... (Clínica B).

Dra. Carla: [Espalha o gel, surgem as primeiras imagens, mostra com a sonda sobre a pelve de G] Aqui a cabecinha...

G: Então virou!... na outra [ultra-sonografia] estava pra cima... [pensativa] Então o que sinto aqui é o pé? [Aponta para seu hipocôndrio direito].

Dra. Carla: Não... aí é o bumbum... a cabeça 'tá aqui... [mostra a pelve de G] Aqui o dorso, do lado direito...

G: Aqui eu sinto bastante... deve ser grande o bumbum dela! (Clínica C).

Dr. Henrique: [Mostra com a sonda sobre o abdômen de G] Os bracinhos estão aqui para baixo...

G: Ah! Então é isso que me dá um cutucão! (Clínica A).

Nesse segundo momento, é como se as gestantes se 'apropriassem' e adquirissem o controle sobre seus fetos, o que paradoxalmente reforça a noção do conceito como um ente separado dela, apenas temporariamente alojado em seu útero. Eventualmente o fato de identificar e conectar partes do corpo fetal a determinadas sensações ajuda as gestantes a tolerarem sensações dolorosas, em especial no final da gravidez.

G: Sinto uma dor aqui... o que é?

Dr. Henrique: É o pé que está aí.

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

### 7.2.2. Subjetivando o feto

A atividade fetal observada por meio das imagens dificilmente escapa de ser subjetivada pelos atores presentes – médicos, gestantes e acompanhantes – que se alternam nas interpretações as mais diversificadas e imaginosas possíveis:

Dra. Lúcia: [A imagem do feto vira, como uma cambalhota] Virou. Agora ‘tá com o bumbum pra cima...

P: [Meio timidamente] Isso é aquilo... de timidez?... Que ele virou pra baixo? **Aquilo que ele sabe que está sendo olhado e bota a mão no rosto?** (Clínica B).

Dra. Lúcia: Ó, mexendo os braços! As pernas... ó, como mexe! [Animada com a imagem, bastante nítida e que se mexe muito] Á lá! Com os dois braços pra cima!

P: Fazendo pose... ele...

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

P: **‘Tá dando tchauzinho...** (Clínica B).

Dr. Sílvio: Aqui a imagem da face... é pele e osso nessa época... abriu a boca... [A imagem do perfil abre e fecha a boca].

P: [Para G] Fechou, ‘tá vendo?

Dr. Sílvio: Isso eu acho bom... **uma criança que boceja dentro do útero, ‘tá tranquilo...** Isso não tem nada a ver com medicina, mas a gente tem a impressão... **ninguém boceja em situação de stress...** (Clínica C).

Dr. Henrique: Isso é o cordãozinho... [ouve-se o som da pulsação] a coloninha... ‘tá difícil ver o sexo... vou sacudir ele um pouquinho aqui [balança a sonda sobre o abdômen de G, que ri]. Vam’lá, neném!

Avó: Com o Paulo também foi assim, [G] teve que virar de lado...

Dr. Henrique: **Não quer mostrar...**

G: Faz isso com a gente não, neném! (Clínica A).

Dr. Sílvio: A cabeça ‘tá aqui (...) Mostrei cortes ao comprido, transversal... **‘Tá chutando. Fiz algo que ele não gostou...** apertei... (Clínica C).

Na comparação com as outras duas clínicas, a subjetivação fetal observada na clínica C revelou um discurso mais psicologizado dos atores presentes, com ‘tonalidades’ por assim dizer psicanalíticas, fosse atribuindo significações ‘ocultas’ às ações fetais, fosse considerando a possibilidade de o feto ‘interpretar mal’ o que estava sendo conversado na sala.

[Em exame anterior foram visualizadas imagens císticas no pulmão. Este é um exame de acompanhamento do problema].

Dra. Carla: **Ela ‘tá colaborando!** ‘Tá de frente, de peito aberto! [Faz um gesto mostrando a posição] Não estou vendo mais nada...

G: [Ainda não acreditando] Nem área branca, nem nada?  
 Dra. Carla: Nada. A área branca era muito focal.  
 G: [Abrindo um grande sorriso] É um presente!  
 Dra. Carla: [Para G] Vai trazer uma foto pra mim?  
 G: Com certeza! Vou tirar várias fotos pra trazer. [Correm diversas imagens pela tela, a dra. Carla permanece em silêncio] Só o fato de você não estar vendo [o cisto], quer dizer que não cresceu...  
 P: O Sílvio viu dois, com três meses; na ressonância, o Henrique só viu um...  
 G: [Satisfeita, para P] Foi o Reiki, falei pra você!  
 P: **Mari ‘tava se valorizando, arrumou um cisto pulmonar pra chamar a atenção...** (Clínica C).

Dra. Carla: [Busca registrar os batimentos cardíacos fetais]. Finalmente consegui!  
 G: Não?  
 Dra. Carla: Consegui, ela deu um tempinho... 146 batimentos por minutos. [Para G] O que mais vocês querem saber?  
 P: Que ela não saia antes da hora!  
 G: Rogério! **Ela ‘tá ouvindo! Vai pensar que você não quer ver ela!** (Clínica C).

Dr. Sílvio: [Tentando obter uma imagem em 3D] Vou pedir a você pra me ajudar... [Aperta um ponto na pelve de G, com a sonda] Bota a mão aqui... aperta...  
 G: Coitado! **Vai ficar traumatizado!**  
 Dr. Sílvio: [Ri] Pode dizer a ele que o médico pediu... [G ri].  
 P: [Rindo, para o dr. Sílvio] Você segura [a ‘reclamação’ ou ‘trauma’ do feto]?... [Todos riem]. (Clínica C).

### 7.2.3. ‘Semelhanças’ com a família

Um outro conjunto de verdades não-médicas produzido no universo observado diz respeito ao encontro de sinais de pertencimento do feto à família, calcado em ‘semelhanças’ de ordem física ou ‘comportamental’ com membros da família. Às vezes, os médicos instigavam a busca de semelhanças físicas, mas com frequência o assunto surgia espontaneamente.

Dr. Henrique: [Mostrando a imagem 3D] Á! lá! Parece com quem?  
 G: O que é aquele nariz ali? [Para P] Não é o teu não... (Clínica A).

Dra. Lúcia: Aqui a nuca... ‘tá ótima. Á lá o fêmur... o tamanho do fêmur...  
 P: Se for ser do meu tamanho... [aponta o próprio fêmur, indicando que vai ser alto].  
 G: Minha barriga vai ficar enorme... (Clínica B).

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

implicâncias ou brincadeiras entre casais:

O casal vem para o exame com a certeza de que o feto é feminino. O médico revela que o feto é masculino, G mostra-se muito decepcionada, P fica eufórico.

P: [Liga o celular] Vou falar com a minha sogra... minha mãe... meu pai... tô até tremendo de tanta emoção... **mas é meu filho mesmo! Só pra contrariar a mãe...** Eu sabia!... ‘Tá tudo certinho, doutor? (Clínica A).<sup>294</sup>

P: Nesse horário se mexe mais... (são mais de 19h).

G: **De manhã quase não se mexe...** [ri, olha para P] **que nem você.** Só funciona depois das 11 da manhã... Aí ele pega no tranco... Antes... [ri, P também ri]. (Clínica C).

Havia uma preocupação com uma imagem que surgira em exame anterior. Neste exame, aparentemente tudo estava normal.

G: [Para P] **Só podia ser sua filha mesmo, pra dar esse trabalho todo.** (Clínica C).

G: [Para P, provocativa, brincando] Já vi que tem beirão... não é meu! É seu!

P: [Fazendo bico] Minha boca é pequenininha...

G: Eu não tenho boca... [Na realidade, ambos têm os lábios grossos, parece ser uma brincadeira entre eles]. (Clínica C).

Na clínica C, as ‘semelhanças’ eventualmente continham de modo implícito um sentido de linhagem.

P: Se nascer 6<sup>a</sup> feira que vem, vai estar com 39 semanas e uns 47cm...

G: Se nascer baixinha e invocada... as mulheres da minha família são todas baixinhas e invocadas [ri].

P: Na minha família são altas. [Ri] Altas e invocadas. A avó não é alta, mas é invocada... [Para G] Melhor a família do teu pai... [Ri] Sangue alemão tem poder! (Clínica C).<sup>295</sup>

### 7.3. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A tecnologia de ultra-som aplicada à obstetrícia tem como *raison d'être* o diagnóstico pré-natal, conforme discutido acima.<sup>296</sup> Existe, portanto, subjacente à realização de qualquer exame, uma tensão relativa à possibilidade de que se encontre alguma patologia, materna ou fetal. Em que pese a afirmativa do dr. Sílvio de que “a

<sup>294</sup> Chamarei a gestante desta vinheta de **Paula**. Este caso será retomado no capítulo 9, nos itens 9.1.1, 9.1.3, 9.2.1.1 e 9.2.1.2.

<sup>295</sup> Gestante **Isabel**.

<sup>296</sup> Ver capítulo 4.

*expectativa do ultra-som obstétrico é de uma coisa boa... diferente de quando você tem um câncer, vai ver se tem no fígado... já vai meio preparado para uma notícia ruim...”, em diversas ocasiões a impressão que eu tinha era de que havia um clima excessivamente eufórico e um reforço do ‘ultra-som como espetáculo’, quase como uma tentativa ‘mágica’ de ‘afastar os maus fluidos’.*

G: Translucência... ‘tá normal?

Dr. Sílvio: Bem fininha... o que vocês vão receber é um número de risco corrigido... [o resultado da translucência] corrige pra cima ou corrige pra baixo... o risco da idade. Não diz se tem ou não algum problema... Mas ‘tá distante do risco...

G: E a gente? ‘Tá distante do risco?...

P: Mas isso é quando há... [nitidamente tentando evitar um pensamento sobre a possibilidade de anomalia fetal]. Deixa pra lá... ficar falando do filho dos outros... (Clínica C).

Considerando esta questão de um modo linear, levando-se em conta apenas o conteúdo explícito observado, chegava a ser de certo modo surpreendente o clima alegre que ocorria na maioria das sessões e quão poucas vezes era mencionada de maneira clara a possibilidade de haver problemas. A pergunta “*Está tudo bem?*”, ou “*É normal?*”, era freqüentemente formulada pelas gestantes em tom casual, como se a única resposta possível fosse a positiva. Contudo, eventualmente ocorriam problemas, havendo más notícias a serem dadas para as grávidas. Os profissionais observados utilizavam diferentes estratégias, que dependiam em parte das suas próprias características pessoais e daquelas das clientes, além do tipo e da gravidade do problema. Apesar de haver uma gama bastante variável de possibilidades de atuação, foi observado que cada profissional adotava um determinado tipo de estratégia para lidar com a situação.

A comunicação das más notícias passava-se em dois tempos: no tempo real, durante a execução do exame, e em um segundo momento, quando ocorria como que a ‘concretização’ da notícia, com a redação dos laudos e a informação direta ao obstetra pelo ultra-sonografista. Observei que havia basicamente três estratégias utilizadas pelos profissionais para lidarem com essas situações.

Uma das estratégias mais freqüentes consistia em não comunicar nada à gestante durante o exame e, mais tarde, entrar em contato com o/a obstetra para que ele/a manejasse a questão.

Dra. Lúcia: Ó o bocão! [A imagem do feto de perfil abre a boca e põe a língua pra fora] Á a língua! ‘Tá botando a língua pra você! [Para G, quando surge a cor do *doppler*] Isso aí é o fluxo do sangue, viu? O fluxo do cérebro, viu? [G olha as imagens, apática].

Sua pressão ‘tá boa, tudo direitinho?

G: ‘Tá.

Dra. Lúcia: Aumentou muito de peso?

G: 11kg.

Dra. Lúcia: Depois vai sofrer pra perder esse peso... [Continua a fazer o *doppler*, em silêncio] O bebê ‘tá ótimo, viu? Tem uma circular no pescoço, mas tem nada não, tem bastante líquido, ‘tá botando até a língua pra gente!... Agora... [Enfática] Pára de engordar... A pressão pode subir um pouquinho... [Ralha rindo, em tom brincalhão] Não arranja desculpa que ‘tá comendo por dois não, viu?!

O exame está terminado; dra. Lúcia limpa o abdômen de G que se levanta e sai com a acompanhante. Pergunto à dra. Lúcia se tem incisura e ela me responde com ar preocupado que “*sim, é uma incisura bilateral acentuada, e o exame está muito alterado pela incisura e pelos índices fluxométricos.*” (Clínica B).<sup>297</sup>

Dra. Sandra comenta com dr. Sílvio sobre um exame em que viu algo anormal, “*uma fossa magna com 14mm*”, mas não disse nada para a gestante. Ele sugere: “*Fala só com o Márcio* [obstetra], *avisa a ele, mas não fala com ela.*” (Clínica C).

Havia discrepâncias entre o discurso e a prática, pois quando uma médica na clínica B comentou que daquele momento em diante iria “*falar pouco nos exames*”, pois estivera recentemente “*num negócio de ética aí que teve, uma conferência que o cara ficou falando que a gente devia falar pouco pras pacientes...*”, a dra. Lúcia se contrapôs imediatamente, dizendo: “*Ah! Depende da paciente! A gente vê... eu falo tudo pra paciente.*” – o que, conforme eu observara, não correspondia exatamente aos fatos, conforme o exemplo acima ilustrou.

A exceção a esta quase ‘regra’ era o dr. Henrique:

Pergunto a Henrique se ele informa as pacientes quando encontra patologias, ele diz que sim, **sempre**. Há divergências entre os colegas, alguns não dizem nada para as pacientes e se comunicam só com o obstetra, mas ele faz as duas coisas: “*Até porque elas sempre perguntam se está tudo bem, e eu acho errado dizer que está, se não está. Aí é um stress, tem as reações mais variadas, e também gasta muito tempo. Mas eu sempre converso, explico as possibilidades. E depois ligo para o colega.*” (Clínica A).

Uma segunda estratégia consistia em mostrar primeiramente os aspectos normais do feto, enfatizando-os, para em seguida apontar aspectos francamente patológicos ou que deveriam ser melhor avaliados em um acompanhamento.

---

<sup>297</sup> O que, traduzido em termos clínicos, significava que o feto não estava recebendo um afluxo adequado de sangue e corria sério risco de vida. Em geral, nesses casos, recomenda-se a interrupção da gravidez com uma cesariana.

Dra. Sandra diz que no exame da semana passada viu um cisto em um dos gêmeos e passou a semana “na maior agonia, existe outro feto [normal], e havia uma questão urgente a resolver, pois caso esse feto fosse inviável, teria que ser ‘reduzido’”.<sup>298</sup> O Sílvia não faz isso, mas felizmente parece que é um cisto sem maior significação”. Fico sabendo que esta gestação foi fruto de fertilização *in vitro*. Pergunto à dra. Sandra como costuma lidar com situações complicadas; ela diz que é muito difícil. Neste exame, começou “falando do ‘fetinho 2’, que estava ótimo etc., para só então falar que tinha visto na semana passada uma coisa, mas que agora até estava menos preocupada do que antes”, e só aí falou para o casal abertamente o que havia visto. (Clínica C).

A terceira forma de lidar com más notícias era fornecê-las diretamente durante o exame, uma situação sempre traumática para as gestantes e sofrida para os profissionais. Poucas vezes presenciei situações do gênero, mas os profissionais forneceram-me diversos relatos sobre algumas delas pelas quais haviam passado. Evidentemente a gravidade da situação a ser comunicada desempenhava um papel relevante na dificuldade de os profissionais lidarem com este tipo de comunicação.

Dr. Sílvia relata: “Tenho a maior dificuldade em dar um diagnóstico de dúvida. Até hoje não resolvi isso. Quando é uma certeza, por pio que seja, sei como lidar. Mas dúvida... é muito difícil lidar. Tive um caso (...) era um morfológico, 24 semanas, o feto era anencéfalo... (...) Aí eu disse: ‘tenho uma notícia muito ruim para dar para vocês’, e falei. Mas nesse caso, eu tinha certeza, é ruim, mas dá pra lidar. Foi horrível.” (Clínica C).<sup>299</sup>

Dra. Sandra conta um caso ocorrido em que o feto, de oito meses, estava morto. A gestante informou que havia telefonado para o obstetra duas semanas antes, “dizendo que [o feto] tinha parado de mexer”, e o médico teria respondido que “tem uns que mexem mais, outros menos”. Diante disso, a gestante só foi fazer o exame 15 dias depois. Na hora de dar a notícia, a dra. Sandra diz que não usou o termo ‘morto’: “Não consegui, disse que o feto estava sem vida”. Pergunto como foi a recepção da notícia; ela diz que os dois gritavam na sala, chorando, e que ela teve que ficar mais uma meia hora conversando com o casal. O marido teria perguntado se era culpa do obstetra, Sandra comenta que “é um tipo de coisa muito difícil de lidar.” (Clínica C).

Dra. Lúcia relata a situação de uma paciente que teve uma gravidez tubária rota, e meses depois engravidou. Foi fazer o exame para ver a localização da nova gravidez e estava com muito medo de que fosse outra tubária. A médica disse para ela: “Claro que vai estar tudo bem, deixa de bobagem!”, e quando começou o

<sup>298</sup> Termo eufemístico para designar a retirada de um embrião ou feto anômalo resultante de fertilização assistida. Fala-se sempre em ‘redução’ nestes casos; jamais o termo ‘aborto’ foi mencionado.

<sup>299</sup> Este mesmo caso já foi abordado no capítulo 6, mas por um ângulo diferente.



exame, viu que se tratava de outra gravidez tubária. Diz que ficou **“muito sem jeito para dar a notícia, a gestante começou a chorar e a pedir desculpas ao marido, lamentando: ‘Ele queria tanto esse filho!’ ”**, e a dra. Lúcia teria perguntado: **“Por que desculpas? Mas tu não queria [sic] também?”** (Clínica B).

Dr. Sílvio me pergunta: **“A Carla te contou sobre uma ‘saia justa’ que ela passou? Veio uma gestante com tanta gente, mas tanta, que não cabia todo mundo na sala. Aí eles fizeram o seguinte: entrava uma parte e depois entrava a outra. Só que ela descobriu que o feto era anencéfalo! Ela ficou tão nervosa que acabou interrompendo o exame no meio e vindo me perguntar o que fazer”**. (Clínica C).

As estratégias dos profissionais podiam ser ‘atropeladas’ pela socialização visual das gestantes, quando estas conseguiam decodificar que algo de errado estava acontecendo e inquiriam diretamente os médicos – situações particularmente constrangedoras, pois era como se pegassem o médico ‘de surpresa’, antes que ele tivesse tempo de estabelecer com alguma calma a abordagem que daria àquela situação, como ocorreu no caso já citado no capítulo 6.<sup>300</sup>

O feto apresentava uma anomalia e a gestante não havia sido informada do fato. Durante o exame, em um rápido relance, a fenda labial fica evidente, a imagem permanece fixada na tela cerca de um segundo e a reação de G é instantânea.

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

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

[Fico **eu** angustiada com a situação, e tendo a certeza de que a gestante de fato viu a anomalia].

(Clínica C).

Gestantes sensíveis ou preocupadas olhavam com frequência e fixamente para o rosto dos médicos, buscando nos seus semblantes indicações – positivas ou negativas – acerca do que se passava, e os profissionais estavam cientes deste tipo de questão.

Dr. Sílvio relata: **“Eu estava fazendo o exame, aí o marido me disse: ‘você não sabe o que aconteceu... depois do último exame, ela passou a noite sem dormir, porque achou que você estava com uma ruga na testa’... [Para mim] Sabe aquele gesto que eu faço e nem percebo? [De passar o polegar e o indicador pelos cantos da boca entreaberta, parece um tique seu]. Pois é... aí a paciente virou pra mim e disse: ‘isso, por exemplo, que você fez agora... o que quer dizer?’ ”** (Clínica C).

---

<sup>300</sup> Gestante **Tânia**. Ver itens 6.3.1.2 e também 6.4.

Ao longo do tempo da observação, tornou-se evidente que a questão das más notícias e de como apresentá-las às gestantes está longe de ser um consenso entre os ultrasonografistas. Não existe nenhum tipo de protocolo recomendado pela Sociedade Brasileira de Ultra-Som a respeito do assunto, de modo que as atitudes a serem tomadas dependem exclusivamente de decisões pessoais dos profissionais, calcadas em seus valores e crenças.

#### 7.4. O MITO DA ‘OBJETIVIDADE DA IMAGEM TÉCNICA’ E SUAS VÍTIMAS

Finalizando o capítulo, gostaria de abordar um tema relativamente pouco explorado na literatura, mas bastante familiar aos profissionais que lidam com diagnóstico por imagem. No campo da ultra-sonografia, esta questão pode adquirir contornos dramáticos, com os quais os profissionais são confrontados diretamente. Todos os médicos no universo observado estavam profundamente cientes do peso e da importância da subjetividade contidos em sua atividade cotidiana, tanto do ponto de vista da decodificação das imagens quanto no que dizia respeito ao contato direto com a clientela, e se ressentiam da atribuição de objetividade à imagem técnica, fosse por parte dos clientes – leigos – fosse por parte dos médicos que solicitavam os exames.

Dra. Cláudia comenta que outro dia foi fazer um ultra-som abdominal de um senhor, e quando perguntou a ele o que sentia, para terem pedido o exame, ele respondeu: “*Não vou te dizer, para você descobrir o que eu tenho mesmo*”. Dra. Carmen reclama do fato de que os médicos, ao fazerem o pedido de exame, não colocam qual a suspeita que desejam investigar, o que facilitaria o trabalho do ultra-sonografista e beneficiaria o paciente. Relata uma situação que classifica de “*surreal*”: “*Ontem atendi uma surda-muda, com um pedido de transvaginal sem nada mais escrito, que veio desacompanhada pro exame. Pode? Como é que eu ia saber o que procurar?*” (Clínica A).

Existia ainda alguma tolerância quando esta atribuição de ‘objetividade’ advinha dos pacientes, mas quando provinha de colegas médicos, em diversas ocasiões presenciei explosões de irritação por parte dos meus sujeitos de pesquisa. Por vezes, evidenciava-se um tipo de desinformação ou mitificação das possibilidades diagnósticas oferecidas pela ultra-sonografia, por parte de profissionais de outras especialidades, com graves conseqüências para as gestantes e os seus fetos.<sup>301</sup>

G: Descobri que estava grávida em uma ultra-sonografia, já com

---

<sup>301</sup> Reconheço que o relato da situação está um tanto extenso, mas pareceu-me necessário expô-lo de modo mais completo com o intuito de transmitir minimamente ao leitor o clima tenso existente. Mais tarde, fiquei sabendo que a gestante era médica, assim como seu irmão, que foi colega de plantão de Henrique.

três meses... Não sabia que estava grávida, tive que fazer uma cirurgia de tireóide, tomei Lugol, iodo radioativo... (...) tinha hipertireoidismo... agora estou hipo. [Surgem as primeiras imagens na tela] (...) Operei com o Y [um cirurgião de renome]... **ele pediu uma [ultra-sonografia] pélvica, em dezembro, não apareceu nada...** a última menstruação foi em novembro...

Dr. Henrique: É... nessa época não pega, às vezes.../

G: /... tomei 10 dias de iodo... a preocupação é com malformação... não dá pra saber nada?...

Dr. Henrique: Vamos ver...

G: Minha preocupação é com o coração... (...) [Para o dr. Henrique] O coração 'tá normal?... Quando ele mandou fazer o ultra-som pélvico eu devia estar com quatro semanas... acho que ele 'tava desconfiando...

Dr. Henrique: 'Tá ótimo... o rastreamento em si tá tranquilo...

G: Você acha que eu devo fazer amniocentese?

Dr. Henrique: A princípio não tem indicação... não vai responder à questão da medicação... vai complementar no morfológico, aí tem 85 a 90% de chance de detectar problemas... [Passa para o exame transvaginal, surgem outras imagens fetais].

P: Á lá, cara! Que gracinha! Que perfeitoinho!

G: [Em tom interrogativo, olha para a tela, conferindo] Tem dois braços... duas pernas... (...)

Ao sairmos do exame tenho a impressão de que esta gestante foi vítima de um erro; dr. Henrique confirma que também acha que ela deveria ter feito um exame de  $\beta$ -HCG.<sup>302</sup> Aparentemente, o cirurgião achou que uma ultra-sonografia pélvica seria o necessário e o suficiente para se assegurar de que a mulher não estava grávida. Henrique está preocupado com esta situação, embora não o expresse abertamente. Até o momento, não há malformações visíveis, mas não se pode ter certeza de nada. (Clínica A).

Ocorrem algumas situações que beiram o cômico, vinculadas à crença generalizada de que a imagem forneceria **todas** as informações necessárias para o esclarecimento de problemas, como em um caso que me foi relatado informalmente fora do campo.

Uma senhora liga para o consultório de seu ginecologista e explica à atendente que precisa contatá-lo por estar com uma hemorragia. O médico não se encontra no momento, e a atendente diz: *“É melhor a senhora já ir fazendo um ultra-som para ver se não perdeu o neném”*. A paciente responde à atendente: *“Minha filha, eu tenho 52 anos!”*

Estas situações fornecem elementos interessantes para o entendimento de que a ‘objetividade’ da imagem ultra-sonográfica não passa de um mito compartilhado culturalmente, uma situação na qual os ultra-sonografistas constituem a exceção, na medida

---

<sup>302</sup> Gonadotrofina coriônica, para diagnóstico precoce de gravidez.

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

Outro aspecto que vale ressaltar é que, embora a proposta desta pesquisa fosse de ordem qualitativa, o número de sessões observadas evidenciou uma questão de ordem quantitativa. Refiro-me aqui ao fato de que a imensa maioria das sessões ultrasonográficas, em que pese a evidente medicalização da gravidez, foi de gestações normais, o que sem sombra de dúvida contribui de modo relevante para a constituição da ultrasonografia obstétrica como espetáculo, lazer e objeto de consumo, tema que abordo a seguir.

## CAPÍTULO 8

### “O MELHOR FILME DA MINHA VIDA!”

#### ESPETÁCULO E CONSUMO DA IMAGEM ULTRA-SONOGRÁFICA FETAL.

Criança, 5 anos: [Surge a imagem da face do feto] Mãe! Olha! [excitado] Olha! Olha! Como é que tem luzinha no Lucca se na barriga não tem lâmpada? (Clínica A).

G: Eu quero uma foto do *baby*... você vai me dar? Para levar na carteira?

Dr. Sílvio: Claro!... Esse é o meu papel... é a minha atividade! Um amigo meu, um dia desses, me apresentou para um conhecido dele, dizendo: ‘Esse é um amigo meu, que é fotógrafo de interiores’. [Gargalhadas gerais na sala].

G: [Rindo] Ele deixa o bebê lindo! (Clínica C).

Dra. Lúcia: [Terminando o exame] Por aqui está tudo em ordem...

P: [Entusiasmado] É o melhor filme da minha vida!... Mas é tão curtinho!

Dra. Lúcia: [Estende a fita gravada para P e ao mesmo tempo limpa o gel do abdômen de G, rindo] Mas pode ver várias vezes...

P: [Rindo também] É... Pode fazer várias sessões... com certeza! Às oito, oito e meia, nove... (Clínica B).

Quase como um contraponto aos aspectos difíceis discutidos no final do capítulo anterior, emerge um aspecto pregnante do campo pesquisado: a sessão ultra-sonográfica obstétrica e as imagens fetais como um espetáculo em si,<sup>303</sup> capazes de proporcionar prazer e diversão aos diversos atores presentes ao exame – inclusive a observadora.<sup>304</sup> Em conjunto com esta situação, chama a atenção o consumo das imagens fetais sob a forma de ‘fotos’,<sup>305</sup> vídeos, CD-Roms ou DVDs como um elemento marcante no universo

---

<sup>303</sup> Focalizo a atenção exclusivamente na faceta ‘espetáculo’ da **sessão ultra-sonográfica**, deixando propositalmente de lado situações tais como a exibição de documentários, ultra-sonografias de ‘famosas’ realizadas ao vivo em programas de TV e outras bizarrices, como a exibição em telão, em uma festa luxuosa de casamento, do ultra-som obstétrico da noiva, que estava grávida – um evento noticiado em coluna social. Esta opção deve-se ao fato de que, embora importantes como cenário para a construção do ultra-som como espetáculo, tais situações mereceriam uma análise cujo escopo transcende esta tese.

<sup>304</sup> Vale observar que boa parte da **minha** diversão esteve mais vinculada aos aspectos absolutamente surpreendentes – freqüentemente engraçados e sempre densos de sentido – que emergiram no decorrer da observação, do que às imagens fetais em si, embora por vezes estas tivessem um caráter quase hipnótico, atraindo a visão de todos os presentes ao exame.

<sup>305</sup> ‘Foto’ encontra-se entre aspas, em primeiro lugar porque é um termo êmico e também porque, a rigor, não se trata propriamente de fotos e sim do registro da tradução, em imagem, dos impulsos elétricos resultantes da

observado.<sup>306</sup> Mais uma vez situando a questão ao longo do eixo objetividade/subjetividade, no que tange ao ultra-som como espetáculo, existem como pano de fundo a condição *sine qua non* da objetividade inegável da existência do feto e, a seguir, sua visibilização pelo ultra-som, que potencializa esta noção tornando-a ‘real’ para os presentes, transformados em espectadores. A partir deste ponto, outros fatores entram em jogo e os aspectos subjetivos dos atores, envolvendo seus valores e crenças, tornam-se preponderantes.

A visualização do interior do corpo como espetáculo tem uma história que remonta, no mínimo, ao século XV, conforme discutido na primeira parte desta tese. A vinculação entre ciência e espetáculo também não é nenhuma novidade e diversos autores dedicaram-se ao tema. Nesse sentido, no Ocidente, o ultra-som como espetáculo está em continuidade com uma longa tradição na cultura visual e na construção social do corpo. O elemento que pode ser considerado como uma ruptura é referente a uma particularidade das tecnologias de imageamento inaugurada com a invenção dos raios-X: a possibilidade de tornar público o interior dos corpos sem necessidade de abri-los. Especificamente no tocante à ultrasonografia, nos termos de um dos meus informantes – um dos pioneiros no uso de ultra-som no Rio de Janeiro – “*existe a obstetrícia antes e a obstetrícia depois do ultra-som*”.

É interessante o fato observado de que, dependendo da formação de origem do ultra-sonografista – diagnóstico por imagem ou ginecologia/obstetrícia – a atitude e o encantamento diante das imagens fetais eram nitidamente diferentes. Provavelmente, para os médicos com formação em diagnóstico por imagem,<sup>307</sup> a ultra-sonografia obstétrica consistia em apenas **mais uma** tecnologia a ser utilizada, além de eventualmente o contato face a face com os clientes transformar-se em um problema, não existente para eles no manejo das outras tecnologias.<sup>308</sup> Entretanto, para os médicos com formação em ginecologia/obstetrícia, acostumados à opacidade dos abdomens grávidos, o ultra-som

transformação dos ecos das ondas sonoras captados pela sonda, processados pelo computador. O uso do termo ‘foto’ contém implícita a idéia do feto ‘externalizado’ por meio do ultra-som. A partir desta ressalva, deixo as aspas de lado no corpo do texto.

<sup>306</sup> O tema do consumo está aqui restrito ao exame em si. O consumo de **bens** atrelado à ultra-sonografia será discutido no capítulo 9, item 9.2.1.

<sup>307</sup> Anteriormente a especialidade era ‘radiologia’. A multiplicação de tecnologias de imagem médica produziu uma modificação no nome e na especialidade, atualmente ‘imageonologista’ ou ‘especialista em diagnóstico por imagem’, um tema interessante para investigação, mas fora do escopo deste trabalho.

<sup>308</sup> Os exames das outras tecnologias de imageamento, tais como raios-X, tomografia computadorizada, ressonância magnética, PET-*scan*, são sempre realizados por técnicos, e os médicos apenas analisam as imagens obtidas, fornecendo então os laudos. Portanto, na grande maioria das vezes não mantêm contato direto com os pacientes.

tinha uma qualidade quase mágica, desvelando e permitindo visualizar e avaliar aspectos anteriormente inacessíveis para eles. Em outros termos, para estes profissionais, as imagens fetais continham em si um caráter de espetáculo. Uma conversa entre duas médicas, presenciada na clínica B, é reveladora deste aspecto:

Dra. Lúcia diz: “Acho um ‘saco’ ultra-som geral”.<sup>309</sup> Dra. Cássia responde: “Mas você já tem nome, pode se dar a esse luxo. Eu ainda tenho que me firmar... eu preciso pegar o que tem.” Dra. Lúcia diz: “Eu me divirto! **Quero trabalhar me distraíndo.** Adoro olhar o sexo dos nenéns, essa coisa toda...” (Clínica B).<sup>310</sup>

Talvez por este motivo mesmo, durante a observação, tornou-se evidente que os médicos detinham um papel fundamental na transformação ou não do exame em espetáculo, embora não se possa perder de vista que atuavam em um terreno culturalmente estabelecido de maneira bastante sólida. Em outros termos, a clientela freqüentemente já vinha para o exame imbuída de tal concepção e, nesse sentido, o fenômeno funcionava em uma via de mão dupla, isto é, as gestantes e acompanhantes vinham para o exame com uma expectativa de espetáculo que os médicos freqüentemente preenchiam à perfeição.

O informante citado acima revelou que, “no início, ninguém dava o menor valor ao ultra-som como ferramenta diagnóstica. Também... as imagens eram horríveis, todas borradas, difícil de ver qualquer coisa. Depois isso foi mudando, a tecnologia nesse campo evoluiu muito!”. Outro informante explica:

“Imagina que antigamente o que você tinha que ver, no início da ultra-sonografia, era cabeça, barriga, media a cabeça e media o fêmur. Só. Os primeiros ultra-sons você não conseguia distinguir cabeça... é um pólo cefálico, é um mioma? Hoje não! Hoje você distingue... você vê a mão, o pé, se os rins ‘tão bons, aparelho gastrintestinal...’ (Clínica A).

Nos dias atuais, nas sociedades urbanas industrializadas, tornou-se impensável uma gestação transcorrer sem ao menos um exame ultra-sonográfico. Contudo, o aspecto ‘lazer’, mesclado com a medicalização da gravidez que abordo neste capítulo, parece ser peculiar ao universo observado.

Vários médicos com quem conversei sublinharam por diversas vezes que “lá fora [do Brasil] não é assim, é só um ato médico. Lá fora faz menos ultra-som na gravidez, aqui

---

<sup>309</sup> Os exames de ‘ultra-som geral’ englobam o exame de vísceras, mamas e musculatura. Os exames ginecológicos ultra-sonográficos são grupados com os obstétricos, constituindo-se quase como uma subespecialidade.

<sup>310</sup> Ambas as profissionais tinham como formação de origem a ginecologia/obstetrícia.

*“você tem paciente com 9, 10 exames... de uma gestação que não tem risco, não tem justificativa”.* Uma médica na clínica A comentou comigo, irritada: *“Onde está o ato médico no ultra-som?”*, completando: *“Você precisa ver como nos tratam, nem todo mundo é dr. Henrique!”*<sup>311</sup> Outra médica acrescenta: *“Tem paciente que chega com uma listinha: quero ver o rosto, uma foto do rosto, quero saber o sexo, etc. etc.”*

Dr. Henrique referia-se em tom crítico ao fato de o exame para determinação de sexo fetal ter-se transformado, em si, em objeto de consumo, propiciando além disto outro tipo de consumo:

*“É querer começar a montar um enxoval de acordo. (...) Isso na Europa, Estados Unidos, não existe! Não e não! Eles não dizem! Só vai dizer quando você está vendo lá. Se alguém chega lá com 11 semanas eles não vão dizer. (...) **Ele não tem obrigação nenhuma e nem as pacientes vêm com essa expectativa. No Brasil não...** No Brasil você fica com pena, às vezes eu digo para a paciente ‘volta aqui na semana que vem’, nem cobro a consulta, vem só para ver o sexo, não dou laudo nem nada, vêm só pra dar uma olhada. Elas te pressionam também. E lá [no exterior] não existe isso. (...) Aqui, não...”* (Clínica A).

Em conversas informais com pesquisadores de outros países, a surpresa manifestada diante das observações que descrevi reforçou a impressão de que eu estava diante de uma particularidade local.<sup>312</sup>

## 8.1. A ULTRA-SONOGRAFIA COMO ESPETÁCULO

A grande afluência e a presença freqüente, na sessão ultra-sonográfica, dos mais variados tipos de acompanhantes, além do parceiro da gestante, evidenciavam o fato de que o sentido do exame transcendia em muito o aspecto estritamente médico de acompanhamento de gravidez. Era comum a presença de avós, filhos, amigos, afilhados e outros para ‘ver o neném’. Os profissionais, em conversas entre si, às vezes referiam-se de modo crítico a tal afluência:

Dr. Henrique vira-se para mim: *“Pra você é que ia ser bom vir no sábado, muito interessante pra tua observação. [Sorri, irônico] É uma beleza!... Vem gato, cachorro, papagaio... Tem que ter*

<sup>311</sup> Nesta clínica, o médico preferido pelas gestantes, conforme apontado no capítulo 7.

<sup>312</sup> Como um desdobramento da atual investigação, seria interessante realizar uma observação etnográfica comparativa que, sem sombra de dúvida, forneceria outros dados mais consistentes nesse sentido. Algumas referências da literatura, mencionadas acima, no capítulo 4 (item 4.2.2), indicam a existência de diferenças locais marcantes no tocante à dupla dimensão do ultra-som obstétrico como medicina e como espetáculo. Outros aspectos relativos a essa tensão foram abordados anteriormente, cf. capítulo 6. Ver também Mitchell & Georges (1998) em interessante etnografia comparativa entre América do Norte e Grécia.



*paciência... Eu já venho relax, já sei que é um sábado perdido...”*  
(Clínica A).

Entretanto, a ironia não era manifestada no contato com a ‘platéia’, sendo geralmente motivo de comentários bem-humorados do profissional quando este, ao entrar na sala de exames, deparava-se com um número excessivo de acompanhantes: “*Ih! Hoje tem assistência! Sentem aí, meninas...*” (Dra. Lúcia, clínica B).

A transformação do exame em espetáculo com platéia expandida tornava-se um modo evidente de antecipação da existência social do feto, no que poderia ser descrito como um processo de inclusão social equivalente a uma *couvade* urbana, contemporânea, mediada pela tecnologia de imageamento.<sup>313</sup> O que parece ser bastante específico da sociedade ocidental contemporânea é que esse processo se dê de uma forma medicalizada, precoce e visual. Com frequência, pareceu-me que a inclusão do ‘bebê’ na família era uma via de mão dupla, quando crianças – irmãos – das mais variadas idades, eram trazidas para assistir ao exame, no qual eram apontados ‘o irmãozinho’ ou ‘a irmãzinha’. O exemplo paradigmático da inclusão de outros filhos na gravidez materna ocorreu quando uma criança portadora de paralisia cerebral foi trazida pelos pais para ‘ver o neném’.

A participação dos médicos era um elemento fundamental no processo de transformação do feto em ‘bebê real’, presente ‘fora’ do ventre materno, por meio de diversos comentários que transformavam as imagens fetais, cinzentas e esfumaçadas, em um verdadeiro ‘neném’. Neste particular a dra. Lúcia era imbatível, temperando seus comentários, frequentemente inusitados, com humor e muitas risadas, sempre compartilhadas pelos presentes:

Dra. Lúcia: [Aponta animada para a tela, exclamando] Ó os cabelo! [sic] É preto. Quando é muito assim é preto. Ela [aponta a criança presente na sala] nasceu cabeluda? (Clínica B).

Havia um repertório variado em torno do tema ‘cabelo’, transformando o feto em ‘bebê’, como, por exemplo: “*Ela é cabeluda! Pode comprar um monte de lacinhos!*”, “*Viu a vasta cabeleira?*”, ou “*Viu os cabelinhos dele? [Balança a sonda sobre o abdômen da gestante] Aí, balançando? Vou medir... tem 1,5 centímetros!* [risos gerais].” (Clínica B).

Outro modo de ‘tornar o bebê real’ ocorria quando, no exame em torno de 12 semanas gestacionais, ao visualizar o esboço dos braços e pernas do feto, o médico

---

<sup>313</sup> Seria interessante realizar um estudo comparativo entre *couvades* de diferentes grupos sociais, incluindo as sociedades urbanas. Cf. o artigo de Rival (1998) sobre a *couvade* entre os Huaorani na Amazônia peruana.

sublinhava a diferença com as imagens anteriores:

Dr. Sílvio: Dá pra ver perninha, bracinho... [mostra com o cursor] dois braços, duas pernas... essas preocupações maternas... Na próxima vez conto os dedinhos. Fico devendo... Antes era um grãozinho de feijão, **agora já é um bebê**. (Clínica C).

Os genitais do feto também eram objeto de diversos comentários brincalhões, vinculados ao **tipo** de ‘espetáculo’ proporcionado pela visualização, no qual o feto seria o ‘ator protagonista’:

Dra. Lúcia: [Mostrando na tela, a genitália do feto] E os documentos dele...

G: [Animada, para P] Á lá, amor! Á lá!

Dra. Lúcia: [Rindo] É um corte **pornográfico**... á lá o testículo [aponta com o dedo na tela] essa bolinha... já desceu [O casal está bastante entusiasmado, olhando para a tela]. (Clínica B).

A partir da 11<sup>a</sup> semana gestacional, a escolha e a exibição da seqüência inicial de imagens constituía-se como uma narrativa visual em si,<sup>314</sup> ‘humanizando’ o feto com a exibição da face, do perfil – dentre todas as imagens, a mais facilmente reconhecível – e da mão, e faziam do médico um misto de diretor, *cameraman*, montador e narrador de um curta metragem documental, uma atuação que transcorria paralelamente à avaliação e à medição dos parâmetros significativos de um ponto de vista biomédico. Concomitantemente, o feto convertia-se em um ‘ator protagonista’ e a gestante, os acompanhantes e a observadora, em ‘espectadores’. Além disto, eventualmente o profissional que realizava o exame atuava como verdadeiro *showman* multimídia, quando avisava, por exemplo: “*Não se assustem com o barulho*”, ouvindo-se logo em seguida, em alto volume, o som dos batimentos cardíacos fetais, ou como quando criava algum *suspense* em torno das sombras cinzentas da tela, antes de revelar o sexo fetal:

Dr. Sílvio: [Surgem as primeiras imagens, fala escandindo as sílabas] Piri-lim-pim-pim... Temos aqui... [pausa estratégica] um pin-to. (Clínica C).

Esta faceta era reconhecida e apreciada pela clientela, como quando uma avó afirmou: “*o médico dela [G] tem um ultra-som no consultório, mas a gente veio aqui*”

---

<sup>314</sup> Vale lembrar mais uma vez que, em termos êmicos, o exame de ultra-som é ‘operador-dependente’, ou seja, o ultra-sonografista busca e, portanto, escolhe as imagens à medida que realiza o exame. Não sei até que ponto essa ‘narrativa visual’ era construída de modo totalmente consciente pelos médicos, mas posso afirmar que havia uma relativa constância, uma espécie de padrão de cada profissional na seqüência de imagens exibidas, principalmente no início do exame. Esse ‘padrão’ inicial fundamentalmente não diferia muito entre um profissional e outro; buscava-se em primeiro lugar localizar a cabeça fetal para dar início à atividade de ‘mostrar o neném’. O que ocorria a seguir variava bastante, conforme discutido acima, no capítulo 6.

*porque você é que é o mago do ultra-som*”, uma afirmação que deixou o médico visivelmente satisfeito. Apesar de todos os elogios, essa clientela era particularmente exigente, o que se evidenciou através de um comentário desta mesma senhora poucos momentos depois, mesmo que em tom brincalhão: “*Você tem certeza que é menina? Vê direito, aí! Focaliza bem!*”<sup>315</sup>

O ‘espetáculo’ agradava particularmente às gestantes; nas clínicas A e C, onde a duração do exame era mais prolongada, era freqüente as grávidas dizerem, despedindo-se dos profissionais com dois beijinhos: “*Ai! Tão bom ver! Se eu pudesse vinha fazer exame todo dia!*” Uma das ultra-sonografistas cujo trabalho acompanhei revelou que durante sua própria gestação, normal e sem problema algum de ordem médica, “*Dava uma ‘olhada’ toda semana, às vezes até mais! Não conseguia resistir à curiosidade.*” Nesse processo de construção do ultra-som obstétrico como espetáculo, por meio do qual é produzido e reforçado o prazer de ver as imagens fetais,<sup>316</sup> parece estar implícito um misto de curiosidade e necessidade de controle do feto, por parte das grávidas.

Diversas manifestações das gestantes e acompanhantes durante o exame denotavam que o espetáculo, além de divertir, emocionava. Este caráter espetaculoso obscurecia um aspecto que também estava presente durante a sessão ultra-sonográfica, do qual poucas gestantes pareciam estar claramente cientes: o da invasão de intimidade, que ocorria em maior ou menor grau. Essa invasão tanto podia ser concreta, corporal – como no exame transvaginal, no qual uma sonda é introduzida no corpo da gestante – como virtual, com a exibição na tela de imagens do interior do corpo da mulher.<sup>317</sup>

As raras exceções ocorreram todas na clínica C, e apenas uma vez ouvi uma gestante, que não trouxera fita para gravar o exame, comentar: “*Acho horrível esse negócio de passar fita pra todo mundo ver... na 1ª gravidez, ele [P] não quis que gravasse nada. É*

---

<sup>315</sup> Ao longo desta pesquisa, percebi que minha formação de origem – a psicanálise – era inescapável, mesmo que a abordagem da tese fosse de outro teor. Faço esta breve digressão para situar o fato de que considerei sempre que o tom jocoso é um recurso utilizado como um modo de se dizer verdadeiramente o que se pensa, especialmente se as idéias têm alguma possibilidade de serem consideradas inadequadas ou impertinentes. Ao redigir a tese, dei-me conta claramente do quanto este pressuposto esteve presente tanto no decorrer da observação, quanto na análise do material.

<sup>316</sup> Retomo este tema na discussão final da tese.

<sup>317</sup> A exibição do interior da genitália feminina grávida tornou-se algo praticamente naturalizado, até para a observadora. Dei-me conta deste aspecto ao vivenciar um nítido sentimento de estranheza, de desconforto e de invasão de privacidade no exame de uma gestante, em gravidez muito inicial, quando o médico, em busca de imagens do ovário, obteve uma incidência que incluía o colo descendente e o sigmóide (porção terminal do intestino grosso), evidenciando o trânsito intestinal da gestante. As imagens relativas à gravidez não me provocavam o mesmo tipo de impacto ou mal-estar.

*uma invasão muito grande!*” De outra feita, uma gestante estrangeira, de origem oriental que, por não falar o português, viera acompanhada de uma tradutora para um exame pélvico, deixou claro que só iria permitir minha presença na sala como observadora porque eu era mulher. Contudo, não pareceu estar constrangida diante do médico que realizou seu exame. A intimidade de cunho emocional esteve em pauta em uma única ocasião, com a recusa de uma gestante ao meu pedido de assistir ao seu exame, justificando-se por estar enfrentando uma situação crítica na gravidez e, por isso, não desejar a presença de estranhos.<sup>318</sup> Pareceu-me que a clientela desta clínica estava mais ciente e era mais ciosa no tocante às questões de intimidade do que nas duas outras.<sup>319</sup>

Considerando o universo etnografado em conjunto, vale ressaltar que poucas vezes observei manifestações de constrangimento por parte das gestantes em relação ao profissional ou aos acompanhantes, como se o fato de estarem grávidas deserotizasse a exposição da genitália.<sup>320</sup> Um exemplo quase caricato desta aparente desinibição ocorreu na clínica C quando uma gestante, em gravidez inicial, veio para o exame acompanhada do marido e do filho de quatro anos, e foi necessário usar a sonda transvaginal. O marido tentou distrair o menino, que olhava repetidamente de esguelha para o corpo da mãe, mas a gestante parecia estar totalmente à vontade, conversando sobre as imagens fetais e apontando-as para o filho, à medida que surgiam na TV da sala.<sup>321</sup>

Na clínica C, em diversas ocasiões, a própria tecnologia era apresentada como espetáculo, muito bem recebido pela clientela que, não apenas estava habituada a ela, como valorizava e esperava poder contar com tecnologia de ponta no acompanhamento da gravidez – com frequência, aliás, ela própria produto de alta tecnologia.<sup>322</sup>

Dr. Sílvio: [Senta-se junto do aparelho] Muito bem... fitinha ‘tá no ponto? Certo?

G: É novinha.

Dr. Sílvio: [Vou] Deixar correr um pouco... [surgem as primeiras imagens, nítido o corpo fetal. A reação é instantânea].

G: [Encantada] Oooooo! [Emociona-se, P também tem um enorme sorriso no rosto].

P: Caramba! Que imagem!

---

<sup>318</sup> Abordado por outro aspecto no capítulo 5, item 5.4.

<sup>319</sup> Abordei esta questão por outro prisma no capítulo 5, vinculada ao uso do espaço nas três clínicas.

<sup>320</sup> Aqui me refiro em especial à aparente falta de constrangimento em relação aos acompanhantes leigos, das mais variadas ordens, presentes ao exame.

<sup>321</sup> Conforme já apontado no capítulo 6, após o término desse exame, o médico comentou comigo o quanto havia ficado constrangido com a situação.

<sup>322</sup> Vale relembrar o fato de que havia um vínculo entre esta clínica e um centro de reprodução assistida.

Dr. Sílvio: Hoje em dia a aparelhagem oferece alta definição... é um prazer ver essas imagens... (Clínica C).

Nesse sentido, a exibição e/ou o enaltecimento dos meios tecnológicos como um espetáculo em si funcionavam também como reforço da seriedade e da credibilidade da clínica em termos médicos e um reassuramento para as grávidas de que tudo estaria ‘sob controle’. O fato de esta clínica dispor de equipamento sempre atualizado era igualmente valorizado pelos profissionais, que atuavam também em outras clínicas: “*Essa tecnologia aqui é outra coisa!*” e, em especial, pelo dr. Sílvio:

P: [De pé, inquieto, para o dr. Sílvio, como que esperando uma resposta negativa] O 3D... o sr. tem aqui?

Dr. Sílvio: [Sorridente] Sim, claro! (Clínica C).

A valorização da tecnologia também foi observada na clínica A, mas ocorria com menor frequência:

Dr. Henrique: Vou fazer primeiro o *doppler*, depois te mostro... [Inicia o exame] Artéria cerebral... normal... [marca na imagem]... o fluxo no cordãozinho... também... ‘tá ótimo!’

G: ‘Tá gravando?...

Dr. Henrique: Isso eu não gravo...

Avó: [Para mim e dr. Henrique] Como tem exames hoje em dia! Como inventaram coisas!... Essa [aponta G] foi a minha última [filha]... Na época não tinha nada disso... [Dr. Henrique confirma, satisfeito]. (Clínica A).

Na clínica B, nunca presenciei este tipo de comentário, embora por vezes tenha realizado observações na matriz, que dispunha de aparelhagem bastante mais moderna do que a filial, na qual permaneci a maior parte do tempo.

Contudo, nas três clínicas, em situações nas quais existia tensão acerca da saúde materna ou fetal, o ‘espetáculo’, qualquer que fosse o tipo, ficava em segundo plano ou simplesmente não acontecia. As gestantes não traziam fita para gravar, havia menos acompanhantes – em geral apenas o parceiro ou a mãe da gestante – e mesmo que, conforme apontado no capítulo 6, eventualmente os médicos usassem das imagens fetais como um meio de tentar descontraír o ambiente, o clima geral era de um exame médico.

[G veio para o exame de translucência nugal. Em sua primeira gestação, o feto era portador da Síndrome de Down, segundo me informaram depois].

Dr. Sílvio: Vocês trouxeram fita?

G: Não. Esse tipo de exame não me agrada.

Dr. Sílvio: Eu não trago boas recordações [para você]... (...) [G está emocionada, há lágrimas em seus olhos. Dr. Sílvio espalha o gel e inicia o exame. Surgem as primeiras imagens]. (...) Neném mexeu... acordou-se. A primeira boa notícia é que a nuquinha está

normal.  
G: [Tensa] Primeira boa... ‘tá bom... (Clínica C).

Quando inesperadamente revelava-se uma patologia fetal, o clima de espetáculo era prontamente substituído pelo de uma consulta, ou mesmo o exame era interrompido, conforme já relatado no capítulo 7. É possível afirmar, portanto, que o teor de ‘espetáculo’ da sessão ultra-sonográfica encontra-se estreitamente vinculado à **não** visibilização da existência de patologias maternas ou fetais, ou de risco para a vida do feto.<sup>323</sup>

## 8.2. PRODUÇÃO E CONSUMO DA IMAGEM: ‘FOTOS’, VÍDEOS E OUTRAS MÍDIAS

As palavras de Walter Benjamin, no tocante à cultura visual do início do século XX, “Dia a dia torna-se maior a necessidade de apoderar-se do objeto – pela maior proximidade – através da imagem ou da reprodução da imagem” (Benjamin *apud* Crary, 1999b: 127), soam proféticas em relação ao universo observado. A obtenção e a posse de imagens fetais transformaram-se em um item praticamente obrigatório para as gestantes e familiares. Aparentemente existe um sentido de controlar e ‘apropriar-se’ do feto, que é atravessado pela confusão da imagem com a coisa. No limite, as crianças são porta-vozes perfeitos desta confusão, mas os adultos não ficam muito atrás delas, em especial no tocante ao ‘tamanho’ do feto, quando sua imagem surge expandida na tela, conforme mencionado acima, no capítulo 6.<sup>324</sup>

Dra. Lúcia relata o caso de uma gestante que, em sua 2ª gravidez, trazia os dois filhos gêmeos, meninos de 4 anos, para assistirem às ultra-sonografias. Ambos queriam muito que fosse uma irmã e, no exame morfológico, ficou evidente que o feto era masculino, para grande decepção deles. Dra. Lúcia delineou o contorno da genitália para mostrar às crianças que era mesmo um menino. Mais tarde, a gestante contou para a médica que, enquanto aguardavam o resultado do exame na sala de espera, os dois perguntaram à mãe: “*Por que você não manda a tia desenhar uma xerequinha?*” (Clínica B).

O fenômeno que presenciei inúmeras vezes – nas três clínicas – de médicos,

---

<sup>323</sup> Enfatizo o ponto de que o exame ultra-sonográfico, por mais sofisticado que seja, não é capaz de oferecer segurança absoluta no tocante a todas as patologias possíveis. Visibilizar, tornar visível o feto, não garante a inexistência de problemas de outra ordem, genética ou metabólica, por exemplo. Algumas dessas patologias podem ser rastreadas por exames laboratoriais, mas a discussão desse tema, embora parte integrante do processo de medicalização da gravidez, foge ao escopo desta tese.

<sup>324</sup> Cf. item 6.4.

gestantes e acompanhantes dirigirem-se ao feto ou falarem em tom pueril, como se fossem o próprio feto, torna evidente a equação estabelecida entre este e a sua imagem virtual no monitor do aparelho. A presença da imagem cinzenta (ou sépia, no caso de 3D) na tela, mais fácil ou mais difícil de decodificar, torna-se equivalente à presença ‘ao vivo’, concreta, do feto entre os atores presentes. Em diversas ocasiões, em especial quando se tratava de sessões para determinação do sexo fetal e as expectativas do casal haviam sido satisfeitas, os agradecimentos efusivos ao profissional após o exame provocavam a nítida impressão de que era o médico quem havia ‘feito um bebê’ para o casal,<sup>325</sup> reforçando a hipótese de que a ultra-sonografia obstétrica não apenas antecipa a existência social do feto em termos da rede de relações sociais, como constrói a ‘realidade’ do próprio conceito para os futuros pais.<sup>326</sup> O sentimento de ‘realidade’ do feto a partir da produção das imagens fetais consiste, a meu ver, em um fator relevante para a construção do prazer de ver tais imagens.

Dr. Henrique: De vez em quando mexe... [manipula a imagem do feto em 3D, girando-a na tela; estava de lado, fica de costas] De costas aí, ó... á lá ele mexendo! [O casal ri, a imagem se mexe na tela, faz diversos movimentos por um bom tempo].

G: Acordou!

P: [Admirado, olhando o monitor] Meu Deus do céu!

G: Eu ainda não sinto nada...

Dr. Henrique: Vai sentir com uns cinco meses...

P: [Ainda espantado com os movimentos fetais em 3D] Ele não pára não, ó! ‘Tá se ajeitando...

Dr. Henrique: [Satisfeito com a imagem, que está nítida] Bacana, né? Tem 11 semanas e meia... tranqüilão... daqui a pouco ‘tá grandão... (Clínica A).

O exame adquire um sentido de lazer equivalente a uma ida ao cinema para assistir a um documentário, no qual o feto desempenha o papel de protagonista:

Dr. Henrique diz, em tom de desabafo: “*É muito cômodo, ela chega aqui, ela vem pra fazer um programa! Com a família! [Irônico] Sábado, vem ver loja, vem fazer um exame, vem fazer um programa, **vem ver o neném...** A gente começou no sábado com três agendas de manhã, agora abriu duas de tarde, ‘tá tudo lotado! (...) Aí ela vai aproveitar, fazer as compras dela, **cinema...**” (Clínica A).*

De certo modo, a programação visual envolvida na produção de imagens fetais faz

<sup>325</sup> O que não deixava de ser verdade, em certa medida.

<sup>326</sup> Alguns autores, em especial Mitchell & Georges (1998), definem este *constructo* como feto-cyborg, no qual fundem-se a alta tecnologia de produção de imagens com o feto em si. Cf. Introdução da Parte II.

uso da confusão imagem-coisa quando, ao lado de imagens 3D, que podem ser exibidas em movimento, existe o logo “Live 3D” no qual o termo ‘Live’ aparece como letra cursiva, contendo a conotação de algo ‘vivo’, produzido artesanalmente pela mão humana, persuadindo os atores de que estão diante do bebê ‘ao vivo’.<sup>327</sup>

O ‘realismo’ da imagem 3D é um aspecto altamente valorizado no universo observado:

Voltando do almoço, encontramos no corredor do *shopping* com um casal com um bebê ao colo. A mãe – irmã de uma das atendentes da clínica – saúda o dr. Henrique efusivamente e diz: “Doutor, é *impressionante!* Quando ela dorme fica *igualzinha* à foto do 3D. Ela dorme na mesma posição, com a mão embaixo da bochecha!” (Clínica A).

O consumo do espetáculo e a satisfação da curiosidade dos futuros pais eram demandas em geral atendidas pelos profissionais, que promoviam como que um ‘*baby-tour*’ pelo corpo fetal:

[Após a determinação do sexo fetal, solicitada pela G].  
Dr. Sílvio: Muito bem! Agora que a curiosidade está satisfeita, vamos à parte acadêmica... técnica. [Mostra] Perfilzinho... bidimensional... o nariz... (...) Cabecinha, vista de topo... [P sorri olhando para a tela da TV, G fica séria]. As estruturas encefálicas... uma bastante importante... o cerebelo... os plexos coróides... essa linha branca aqui no meio é a foice do cérebro, que divide os dois hemisférios... tudo perfeito... muito importante. (...) As perninhas... [a imagem mexe muito, P e G sorriem] Mãozinhas... (Clínica C).

A duração do ‘*tour*’ variava, em função do tempo da sessão em cada clínica, conforme descrito anteriormente, mas sempre ocupava uma parcela significativa do tempo despendido no exame. Nas três clínicas, várias vezes tive a impressão de que os profissionais se compraziam eles próprios com a obtenção de ‘boas incidências’ que permitiam a produção de ‘boas imagens’, uma preocupação, de certa maneira ‘artística’, que transcendia o aspecto médico do exame.

Um item avidamente consumido consistia nas ‘fotos do neném’. Gestantes e acompanhantes com relativa frequência exigiam dos médicos cópias avulsas das fotos que sempre vinham anexadas ao laudo da ultra-sonografia, documentando o exame. Tais demandas eram geralmente recebidas com comentários bem-humorados, como os do exemplo da segunda epígrafe, acima neste capítulo, entre outros:

---

<sup>327</sup> Sobre o *design* ‘amigável’ da aparelhagem de ultra-som, cf. Taylor (1998: 25) e acima, nota 172 no



Dr. Sílvio: [Entrega ao marido da G a foto solicitada] Eu já encerrei a minha função de fotógrafo [ri]... qualificado. (Clínica C).

P: O dia que eu não trouxe a fita... [é] que pegou o rosto...

Dra. Lúcia: Eu fiz uma foto pr'ocês...

P: Primeira foto dela, já... a primeira fotógrafa...

Dra. Lúcia: Pronto. [Distribui, sorridente] Uma foto para o pai, uma foto para a mãe. (Clínica B).

Essas fotos, como qualquer outra fotografia, guardavam freqüentemente o sentido de fixação e registro de um momento fugidio, que tanto podia ser referente ao exame quanto à própria gravidez:

Dr. Henrique: Nota 10 [resume a posição do feto, mostrando sobre o abdômen de G] Cruzou as pernas... a mocinha 'tá lá... peguei! Fotografada... passa rápido [a gravidez]... (Clínica A).

As fotos poderiam ir para a carteira dos pais ou serem as primeiras do álbum do futuro bebê: “*Tua foto* [feita no exame anterior] *já 'tá no álbum dele*”, diz uma gestante para o dr. Henrique enquanto se despede dele, levando a nova foto, recém-produzida.<sup>328</sup>

As qualidades ‘estéticas’ do feto e da imagem eram objeto de comentários, avaliações e comparações:

G: O perfil é igual ao da Lulu! [Todos olham para a tela da TV]

Dra. Carla: Abriu a boca! Ó que bonitinho... A cabeça ‘tá aqui [Aponta com a sonda sobre o abdômen de G]... ‘tá esticado com a perna pra cima...

P: Vai ser igual ao pai... [Surge a face do feto na tela].

Avó: Ali a boca...

Dra. Carla: [Mostrando com o cursor] Narinas...

Avó: É mais **nítida** do que as outras... não me lembro da Lulu tão **fotogênica**.

G: [Seca] Você esqueceu. (Clínica C).

Com freqüência, os profissionais digitavam o nome escolhido pelos pais nas fotos produzidas. Na clínica A, diversas vezes observei a colocação do nome junto à imagem da genitália, em 2D ou em 3D, eventualmente com o requinte, nestas últimas, de colorir digitalmente as imagens de rosa ou azul, dependendo do sexo fetal.<sup>329</sup> Outros médicos preferiam colocar o nome junto à imagem da face ou do perfil, mas eventualmente também optavam pela genitália para ‘identificar’ o feto. Uma vez presenciei um médico, que havia

---

capítulo 4.

<sup>328</sup> Uma pessoa amiga comentou comigo ter ficado chocada ao ir visitar um bebê recém-nascido e ver, na estante da sala, emoldurada como uma foto, uma ultra-sonografia obstétrica.

<sup>329</sup> Voltarei a este ponto no capítulo 9, item 9.2.2.1.

discorrido longamente sobre por que não colocava o nome na imagem: “*Depois os pais mudam de idéia e ele nasce, chama Marcos e fica sabendo que o nome ia ser Lucas... confusão... não ponho o nome para não prender*”, agir de modo oposto ao que defendia tão enfática e racionalmente. Explicou então:

“*É assim que eu gosto de exame, alegre*”. Pergunta se observei que ele **nunca** colocava o nome na imagem, mas desta vez “*o casal estava curtindo tanto! Botei o nome. É gostoso quando faz exame assim...*” (Clínica C).<sup>330</sup>

Outro item largamente valorizado no universo observado era a produção de vídeos com as imagens fetais. Na clínica B, conforme já descrevi, havia um cartaz junto ao balcão da atendente na sala de espera: “Vendemos fitas de VHS”, e a explicação que me forneceram foi de que “*Às vezes elas [G] esquecem de trazer a fita para gravar e saem muito frustradas*”. A capa dessas fitas continha a foto de um lindo bebê rechonchudo e o logotipo da clínica. As imagens fetais eram gravadas em seqüência, à medida que os exames se sucediam, nas diferentes etapas da gravidez:

G entra sorridente, entrega ao dr. Sílvio uma fita de vídeo, dizendo: “*Olha, mais um capítulo do longa-metragem... Hoje eu não trouxe platéia. Depois que inventaram isso de filmar... é um programão pra família inteira...*” (Clínica C).<sup>331</sup>

A produção do vídeo estendia o ‘espetáculo’ para os que não podiam estar presentes à sessão ‘ao vivo’, ou mesmo para a própria gestante rever inúmeras vezes, como um reassseguramento de que “*o neném está bem*” (gestante, Clínica A).

Os profissionais preocupavam-se em atender a essa demanda e quando não era possível gravar – fosse por problemas na aparelhagem, fosse porque a fita trazida chegava ao fim antes do final do exame – mostravam-se quase tão decepcionados quanto a clientela. Em uma ocasião, um casal, que não havia trazido fita, permitiu que eu gravasse o exame na minha, para depois copiá-la.

Além da ‘diversão’ proporcionada por assistir ao vídeo, este detinha um sentido documental mais acentuado do que as fotos, possivelmente por a imagem em movimento estar impregnada da conotação de ‘vida’. O vídeo era a ‘prova’ pública da existência viva do feto. Tal sentido tornou-se evidente em uma situação observada na clínica A:

Dra. Priscila pergunta como está e a gestante diz que tem tido

<sup>330</sup> Exemplo retomado no próximo capítulo, item 9.2.2.1.

<sup>331</sup> Ao longo da observação, surgiram diversas idéias sobre outras etnografias possíveis, entre elas as destas ‘sessões’ domésticas de vídeos fetais.

cólicas. A médica espalha o gel, surgem as primeiras imagens.

G: Aquele descolamento?

Dra. Priscila: Sumiu...

G: ‘Tá tudo bem?

Dra. Priscila: ‘Tá tudo ótimo!

G murmura então algo sobre o quanto “*estava preocupada e sem coragem de gravar*” e, nesse momento, estende a fita para a médica, que a insere no aparelho, prosseguindo o exame. (Clínica A).

Dependendo do grau de sofisticação da aparelhagem e da clientela, outras mídias poderiam ser utilizadas:

Terminando o exame, G expressa sua frustração por ter esquecido a fita para gravar o exame. Dr. Henrique pergunta: “*Você tem computador em casa?*” Diante da resposta afirmativa, ele oferece: “*Vai aí no shopping, compra um CD que eu gravo pra você... o exame está gravado na máquina*”, uma sugestão que foi prontamente seguida pela G. (Clínica A).

P: Tudo 100%?

Dr. Sílvio: [Limpando o abdômen de G] Tudo. O laudo sai em cinco minutinhos... depois coloco as fotos em um CD, podem mexer com Photoshop...

G: [Já de pé, se despedindo] Mmmm... meu pai é que vai gostar... botar na Internet pra todo mundo... (Clínica C).

G: [Para dr. Sílvio] Queria saber se... dá pra fazer uma foto digital? Eu traria um disquete...

Dr. Sílvio: Dá... depois eu gravo em um CD pra você.

G: Quero mandar pela Internet... eu ia trazer uma câmera digital pra fotografar a sala...

Avó: Nossa, Thalita!

G: Todo mundo ‘tá fazendo isso! [Olhando para a TV, com as imagens fetais] ‘Tá de cabeça pra baixo... ‘tá deitado... (Clínica C).

A transformação da ultra-sonografia em espetáculo, além das óbvias implicações comerciais, é um ponto de articulação essencial das diversas questões levantadas ao longo desta tese, que se interligam de modo dinâmico. Destaco algumas neste momento para retomá-las na discussão final. Um dos pontos relevantes presentes na produção de ‘diversão’ e prazer de ver as imagens fetais durante o exame consiste em uma espécie de ocultamento da marcante medicalização da gravidez no universo observado. Não pretendo de modo algum afirmar que se trate de algum tipo de maquinação maquiavélica, e sim que tal produção apenas reflete e reforça um fenômeno biopolítico muito mais abrangente – o da medicalização social e do controle dos corpos.

Outro aspecto que vale sublinhar é a quase ‘invisibilidade’ do corpo feminino, tanto no que diz respeito à corporalidade concreta quanto no tocante à noção de intimidade ou

pudor.<sup>332</sup> No universo etnografado, as gestantes eram parte ativa nesse processo, solicitando manobras e procedimentos dos médicos que muitas vezes as colocavam em posições de desconforto físico, no afã de obterem melhores imagens de seus ‘bebês’. A transformação do exame em espetáculo é fundamental dentro do processo de construção do feto como Pessoa, na medida em que lhe confere visibilidade em uma cultura na qual a visualidade é preponderante. A revelação do sexo fetal é o ponto alto desse processo, motivo pelo qual me estendo acerca do tema no capítulo a seguir.

Por fim, vale a digressão, talvez um tanto absurda, de que na era dos *reality shows* televisivos, tais como *Big Brother* e outros do gênero, o feto também termina sendo transformado em ‘ator’, protagonista. Em outros termos, no mesmo processo em que o feto é tornado um ‘paciente’, medicalizado e monitorado, ele passa a ser concomitantemente uma ‘celebridade’, mesmo que em âmbito apenas doméstico.<sup>333</sup>

---

<sup>332</sup> Diversas autoras feministas dedicaram-se extensivamente ao tema. Destaco entre elas Petchesky (1987), Duden (1993) e Stabile (1998).

<sup>333</sup> E, eventualmente, não apenas doméstico, ver acima neste capítulo, nota 303.

## CAPÍTULO 9

### “OS TRÊS RISQUINHOS”.

#### CONSTRUÇÃO DE GÊNERO FETAL, CONSUMO E SUBJETIVAÇÃO.

Dr. Henrique: ‘Tá com a perninha cruzada... tô esperando descruzar... [passa-se algum tempo, está difícil obter a imagem desejada] Não quer mostrar... [segue buscando a imagem da genitália] Esse é envergonhado mesmo!... Os pezinhos ‘tão na frente... [balança de novo o transdutor sobre o abdômen de G] Tira a perna daí! [Para os presentes] ‘Tá com a perna cruzada bem em cima do sexo... [Passa-se mais um tempo, consegue finalmente obter a imagem] Ah! **Está vendo aqui?... Esses três risquinhos?** [Aponta com o cursor sobre a imagem]. Bem... a chance de ‘tar errado é mínima, mas não tem 100% de certeza... é **menina. É uma mocinha bem recatada...** (Clínica A, IG: 19 semanas).<sup>334</sup>

Neste capítulo, abordo o material pelo prisma da construção do gênero fetal, tal como ocorre entre os atores durante o exame. Trata-se basicamente de uma construção discursiva apoiada nas imagens – geralmente explicadas pelo profissional – que se sucedem na tela, no decorrer do exame. Alguns temas surgiram de modo recorrente, ao longo da observação. A determinação do sexo fetal foi um eixo que de imediato chamou a atenção. Dependendo da perspectiva adotada, este aspecto podia ser tanto um ponto de chegada como de partida. Pela ótica da curiosidade, visando à ‘descoberta’, constituía-se em um ponto de chegada. Pelo prisma da construção de gênero, a ‘descoberta’ era um ponto de partida, propiciando o início de uma série de discursos que, por assim dizer, ‘cristalizavam’ a construção de gênero de cada feto específico, a partir de noções correntes acerca de gênero. Trato primeiramente da determinação do sexo fetal para, em seguida, abordar de que modo se dava essa construção de gênero.

---

<sup>334</sup> IG é ‘idade gestacional’, sempre contada em semanas. Neste capítulo, optei por acrescentar às vinhetas a informação acerca da idade gestacional do feto por ser relevante, para o tema tratado, o **momento** no qual é possível obter-se – visualmente – a certeza do sexo fetal. A idade gestacional é calculada, como antes, tomando-se como base a data da última menstruação da mulher, mas com a diferença de ter passado a ser contada em ‘semanas’, não mais em ‘meses’. Isto significa que – se considerarmos que a ovulação e a fecundação tenham ocorrido exatamente no meio do ciclo, isto é, 15 dias depois daquela data – a rigor, a idade do feto ‘em si’ é sempre duas semanas **menor** do que a datação gestacional. A partir do uso rotineiro do ultra-som, a contagem em semanas tornou-se hegemônica no universo observado. Raramente ouvi a idade fetal ser referida em ‘meses’ pelas gestantes e jamais pelos profissionais. ‘Idade gestacional’ e ‘idade fetal’ são utilizadas como sinônimos pelos médicos. Um bebê nasce a termo contando 40 semanas de idade gestacional.

## 9.1. A DETERMINAÇÃO DE SEXO FETAL

A determinação do sexo fetal pela ultra-sonografia é possível de ser feita por um profissional de olhar treinado, com segurança, em torno da 15<sup>a</sup> ou 16<sup>a</sup> semana gestacional. Nesta fase, a genitália já está embriologicamente diferenciada: vulva ou pênis com saco escrotal. Entre a 11<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> semana existe uma estrutura chamada de ‘broto genital’ ou ‘falo’, cuja localização no corpo do feto e angulação em relação ao eixo da coluna vertebral fornecem uma indicação probabilística de ser um feto masculino ou feminino.<sup>335</sup> Até a 11<sup>a</sup> semana é impossível visibilizar a distinção.

Para a visibilização da genitália – especialmente entre a 11<sup>a</sup> e a 14<sup>a</sup> semana – há diversas dificuldades técnicas, relacionadas ao peso da gestante<sup>336</sup> e à posição do corpo do feto, tanto em relação à sonda do aparelho, como por sua postura intrínseca: por exemplo, se o feto estiver de costas para a sonda, ou de pernas cruzadas durante todo o exame, nenhuma informação visual sobre o sexo fetal pode ser obtida. É necessário, então, ou esperar que o feto mude de posição, ou tentar provocar sua movimentação balançando a sonda sobre a pelve ou dentro da vagina da gestante. Conseqüentemente, para que tal determinação seja feita depende-se de diversos fatores: em primeiro lugar, da qualidade da aparelhagem e da proficiência do operador no seu manejo; em seguida, de sua paciência e interesse em obter a imagem que – traduzida por ele – fornecerá a informação; finalmente, do tempo dedicado à realização do exame. Dependendo do volume de exames de cada clínica – inversamente proporcional ao seu preço – e dos fatores de dificuldade acima mencionados, o tempo disponível não possibilitava buscar a informação. Na maior parte dos exames observados, em todas as clínicas, houve referências ao sexo fetal, qualquer que fosse o período gestacional da mulher.

### Curiosidade pelo sexo fetal

A curiosidade sobre a determinação do sexo fetal, quando não era de imediato expressa pelas gestantes e/ou acompanhantes, era induzida pelos profissionais. A instigação ocorria de modos diversos, dependendo do período gestacional e do operador

---

<sup>335</sup> Esta probabilidade era apresentada para as gestantes variando de acordo com o profissional, conforme vimos no capítulo 6. Ver item 6.5.

<sup>336</sup> Conforme mencionado acima, no capítulo 6, a gordura absorve as ondas sonoras emitidas pela sonda do aparelho e, de acordo com os profissionais observados, em consequência disso, as imagens obtidas com gestantes gordas são menos nítidas do que as de gestantes magras.

que realizava o exame.

Nas três clínicas, a curiosidade sobre a determinação do sexo foi similar e pervasiva, e o dr. Sílvio, da clínica C, que afirmava ter entre 94 e 95% de acerto em suas previsões probabilísticas, conforme mencionado no capítulo 6, dizia “*usar a determinação precoce do sexo como chamariz para a realização do exame de TN na época adequada*”.<sup>337</sup> O apelo comercial dessa determinação precoce é muito grande, conforme ilustram alguns exemplos já apresentados no capítulo anterior. Uma explicação desse tipo, de ordem médica, como que instigava e sancionava o exercício pleno da curiosidade.<sup>338</sup>

Na clínica A, com frequência, os profissionais, em conversas na sala de laudos, expressavam críticas bastante contundentes à curiosidade crescente pela determinação do sexo fetal por parte de gestantes e acompanhantes.

Uma médica diz: “*Sabe que outro dia eu soube de um caso que a paciente só estava interessada em ver o sexo, aí a médica se irritou, virou para a paciente e disse: ‘você veio saber o sexo! Por acaso você sabe se o teu feto tem cérebro?’*”. Dr. Henrique relata, em tom de crítica, o caso de um exame realizado por ele no qual, após informar à gestante que o feto era anencéfalo e que não iria sobreviver após o parto, a paciente perguntou: “*Mas... e o sexo, dr.?*” (Clínica A).

Os médicos e médicas manifestavam irritação marcante com esse tipo de apropriação do ultra-som pelas gestantes. Havia, contudo, uma contradição evidente entre o discurso e a prática, como no exemplo citado no capítulo 6, na clínica A, em que o médico na sala de laudos se mostrou irritado ao receber a pasta de uma gestante, achando que ela viera ‘só para ver o sexo’, e ao entrar na sala de exames e ser informado de que o motivo da vinda era outro, sua primeira pergunta em tom muito casual foi: “*Então, vamos ver o sexo?*” A discrepância entre o comentário do médico, antes do exame, e sua atitude surpreendeu-me e evidenciou um aspecto que, no decorrer da observação, verifiquei ser rotineiro. Praticamente não havia espaço para a gestante não querer saber. Durante todo o período de observação, a única gestante que não desejou ser informada do sexo fetal já estava em fase adiantada da gravidez, e sua decisão foi explicitada desde o momento em

---

<sup>337</sup> Rememorando, translucência nugal (TN), medida de uma prega de pele na região da nuca do feto, um parâmetro que vem sendo utilizado para avaliação da taxa de risco de anomalias cromossômicas do feto e, conseqüentemente, para indicação de exames mais invasivos, como a amniocentese. Recomenda-se que o exame de TN seja realizado entre 11 e 13 semanas gestacionais.

<sup>338</sup> Em uma via de mão dupla, a divulgação pela mídia estimula essa curiosidade, além de outros fatores que discutirei adiante. Fora isso, o esforço dos profissionais no atendimento da demanda alavanca a sua realimentação positiva, seja por parte de uma mesma gestante – quando faz mais de um exame apenas para

que entrou na clínica C.

### 9.1.1. Demanda da gestante, parceiro e/ou acompanhantes

Quando havia uma demanda por parte da gestante ou de algum acompanhante, esta era geralmente expressa logo no primeiro contato com o profissional, em formas que variavam de tom – desde ‘pedidos’, ou indagações, até verdadeiras ‘ordens’:

G: Estou na maior curiosidade!

P: O senhor criou o maior transtorno, ela já comprou o enxoval todo rosa... [Dirigindo-se ao médico, logo que surgem as primeiras imagens, entre aflito e autoritário] Vamos logo para o sexo, depois vê o resto...

Dr. Henrique: [Buscando aparentemente atender ao pedido de P] ‘Tá sentadinho... deixa eu mexer um pouquinho... [balança de leve o transdutor sobre o abdômen de G, busca imagens] (Clínica A, IG: 20 semanas).<sup>339</sup>

Eventualmente havia um certo grau – involuntário – de *nonsense* no pedido, conforme os exemplos abaixo ilustram:

G: Com quantas semanas vê o sexo?

Dra. Lúcia: Nessa idade, a anatomia ainda não ‘tá definida... se a gente conseguir ver o falo, pode sugerir... o certo é com 15 semanas...

G: Então não sugere nada não...

P: [Contrariado] Por quê? Pode sugerir! (Clínica B, IG: 11 semanas).

P: Dá pra saber se é menino ou menina?

Dr. Sílvio: A posição...

P: [Atalha] Não ‘tá boa?

Dr. Sílvio: ‘Tá complicado... tem muito cordão! Nem palpite dá pra dar!

G: [Decepcionada] Nem um palpite? Um palpite qualquer! (...) Ô filhinho!... [Para o médico] Isso é a [minha] posição? Se eu mudasse de posição... [conseguiria ver]?

Dr. Sílvio: [Rindo] Só se eu botar você de cabeça para baixo...

G: [Rindo] Eu faço até bananeira! (Clínica C, IG: 12 semanas).

Quando ficava evidente, pelo período gestacional – como, por exemplo, entre a 14<sup>a</sup> e a 19<sup>a</sup> semanas – que a gestante tinha vindo só para saber o sexo, a demanda estava implícita e o médico nem fazia a pergunta clássica “*Quer saber o sexo?*”, informando diretamente o que estava vendo.

Avó: Olha, como está grande!

---

saber o sexo fetal – seja por outras, que serão as futuras clientes.

<sup>339</sup> Gestante **Paula**. Discutido no capítulo 7, item 7.2.3, e adiante, em 9.1.3, 9.2.1.1 e 9.2.1.2.



P: É a perna?  
 Dr. Sílvio: É a 3ª perna... a pontinha... [mostra com o cursor].  
 G: É menino?  
 Dr. Sílvio: É macho! (Clínica C, IG: 14 semanas).

### 9.1.2. Instigação dos médicos

Com enorme frequência, observei uma instigação da curiosidade por parte dos profissionais, principalmente nas clínicas A e B. Antes que alguém fizesse qualquer tipo de demanda acerca da determinação do sexo fetal, era comum os médicos perguntarem algo a respeito. As perguntas ‘clássicas’ eram variações em torno de: “*Vai ver o sexo hoje ou já sabe?*”, “*Quer saber o sexo, se der pra ver?*”, “*Com sorte hoje dá pra ver o sexo*”, “*Hoje vamos saber se é menino ou menina*”, ou “*Qual é a torcida?*”. Em algumas situações na clínica A, nas quais não fora possível de modo algum visibilizar a genitália, era usual o médico dizer: “*Tá tudo certinho, nota 10! Da próxima vez confirma o sexo 100%. Curte bem!*”, ou então sugerir diretamente que a gestante marcasse um exame em data próxima:

Dr. Henrique: Todo formadinho... não tem nada hoje pra se preocupar... tudo perfeito... na próxima, descobre o sexo... daqui a dois meses, faz o morfológico... [diante do desagrado manifestado por P, pela longa espera, emenda]... se quiser, marca antes, para daqui a um mês... (Clínica A, IG: 13 semanas).

Em mais de uma situação ficou evidente uma insistência por parte do médico em revelar o sexo, nos moldes do exemplo abaixo:

Dr. Henrique: Aqui tem o ducto venoso, ‘tá tudo tranqüilo... o sexo não dá pra saber 100%. Quer saber?  
 G: Não...[hesita].  
 Dr. Henrique: Dá pra desconfiar...  
 G: Ah!... Então não me fala não...  
 Dr. Henrique: Quer saber?... Vou deixar fotografado...  
 G: Hmmmm... ‘tá bem, quero saber.  
 Dr. Henrique: [Rapidamente] Parece, parece ser uma menininha... [mostra com o cursor] aqui é o clitóris, a gente sabe pela inclinação, por isso não é 100% de certeza... (Clínica A, IG: 12 semanas).

### 9.1.2.1. A ‘simpatia dos ovários’

Dra. Lúcia, na clínica B, fazia freqüentemente uma brincadeira com as gestantes no exame em torno da 8ª semana.<sup>340</sup> Esta conduta era uma forma particular de instigação. Consistia no que ela chamava, rindo, de ‘simpatia dos ovários’. A brincadeira representava uma fusão peculiar entre uma crença popular – uma ‘simpatia’ – e a alta tecnologia, pois a informação, que era utilizada de modo brincalhão pela médica, só era possível de ser obtida por meio do ultra-som.

Tratava-se do seguinte: a partir da imagem ultra-sonográfica do corpo lúteo<sup>341</sup> podia-se determinar qual havia sido a origem do óvulo que fora fertilizado. A graça consistia em dizer, por exemplo: “*É filho do teu ovário direito... o ovário direito é das meninas, e o esquerdo dos meninos*”, quando a maior parte das gestantes **sabia** ser a determinação do sexo do feto dada pelo espermatozóide, e não pelo óvulo.<sup>342</sup> Vez por outra o *nonsense* não ficava claro de imediato e então a médica explicava, rindo, qual o sentido (ou, melhor dizendo, a falta dele) existente na afirmação. A clientela da clínica B tinha uma origem social mais modesta do que a das outras duas, e o apelo a um tipo de crença popular – ‘simpatia’ – parecia aproximar essa médica das gestantes, tanto das que percebiam o *nonsense* e riam imediatamente quanto das que necessitavam de uma explicação.

Dra. Lúcia: [Mostrando] Ó o falo... tô achando que é menino...  
 [Ri] Mas é filho do ovário **direito... contraria nossas ‘estatísticas’**... [ri novamente, dirige-se para G] Conhece a simpatia dos ovários? O ovário direito é das meninas... [G não parece captar nem a graça da brincadeira nem que a médica está brincando]. Olha que bonitinho... (Clínica B, IG: 11 semanas).

Dra. Lúcia: Tudo certinho... qual foi o ovário que tu ovulou [sic]?  
 G: Acho que é o esquerdo...  
 Dra. Lúcia: [Busca a imagem] [É do] **Direito... é filho do ovário direito...** [Para G] Sabe a simpatia dos ovários? (...) É que do ovário direito deve ser menina...  
 G: Eu queria menina mesmo... [ri] tem 50% de chance... (Clínica B, IG: 7 semanas).

Apenas uma vez, na clínica A, observei uma referência similar:

Dra. Priscila: Ele veio do seu ovário direito...  
 G: Essa informação...? [Para que serve?]

<sup>340</sup> Um período em que ainda é impossível visibilizar o sexo fetal.

<sup>341</sup> Estrutura que se forma no ovário no início da gestação, produtora de progesterona, hormônio que ajuda a manter a gravidez, durando cerca de três meses, quando a placenta assume suas funções hormonais.

<sup>342</sup> Vale notar que nas três clínicas, com poucas exceções, as gestantes tinham um alto grau de informação de teor científico sobre gravidez, fecundação etc.

Dra. Priscila: É só curiosidade... eu tive **um filho de cada ovário... um menino e uma menina...** (Clínica A, IG: 7 semanas).

Dois aspectos chamaram a atenção na ‘simpatia dos ovários’. Um diz respeito ao fato de que só ouvi menção à ‘simpatia’ por médicas, possivelmente relacionado à idéia de que as ‘simpatias’ são ‘assuntos entre mulheres’, sendo reservado aos homens as atitudes mais ‘científicas’.<sup>343</sup> Outro aspecto digno de nota consistiu na fragmentação do corpo feminino e da própria gravidez, esta apresentada discursivamente como um assunto exclusivamente feminino, como se fosse produto de partenogênese: “*é filho do teu ovário direito*”.

### 9.1.2.2. ‘Intuição’ materna

Dra. Lúcia utilizava ainda uma outra forma de instigação de curiosidade que consistia em, antes de revelar o sexo fetal, perguntar às gestantes suas conjeturas sobre o sexo do feto, dizendo em seguida em tom de brincadeira que “*os psicólogos dizem que o bebê informa o sexo para a mãe*”.

G: Eu acho que é menino... desde o início...

Dra. Lúcia: [Terminando o exame] Ah!... Então é. Se a mãe acha, é. Bonitinho. ‘Tá ótimo. (Clínica B, IG: 12 semanas).

Dra. Lúcia: Vamos ver se eu vejo o falo... a chance...

G: Todas as simpatias que faço dá menina...

Dra. Lúcia: Vam’ver... Se estiver em ângulo com o corpo vira pênis... na seqüência do corpo... diz que a tendência é involuir e formar a vulva... [Ralhando, brincalhona] Não vai comprar vestidinho!

G: [Rindo] Nããã... até agora só ganhei sapatinho...

Dra. Lúcia: Segundo os psicólogos, o bebê diz pra mãe qual é o sexo... aquele [psicanalista]... [ri; vira para mim] o Steinberg... (Clínica B, IG: 12 semanas).

A médica sabia que eu era psicanalista, e uma parte da graça que encontrava em dizer isto consistia em uma espécie de cumplicidade brincalhona comigo. Desde a etapa inicial da observação, ela estava ciente de que eu conhecia o psicanalista mencionado e que, assim como ela, estava longe de levá-lo a sério.

---

<sup>343</sup> Conforme exemplificado com o dr. Sílvio, na clínica C. Ver capítulo 7, item 7.1.1.

### 9.1.3. Preferências de mãe e pai

No universo observado, foi possível depreender que havia uma certa uniformidade na preferência por determinado sexo, por parte das gestantes e de seus parceiros, principalmente em se tratando do primeiro filho. Uma preferência apresentava-se de modo bastante marcado: a de homens por filhos do sexo masculino. A preferência de mulheres por filhas mulheres, embora freqüente, era um pouco menos marcada. A manifestação de tais preferências era expressa sob a forma de alegria ou decepção diante da ‘notícia’. Essa situação parece ser familiar para os médicos, que expressavam surpresa quando a ‘estatística’ não era confirmada. Uma médica na clínica A, após realizar um exame voltou para a sala de laudos comentando: “*Nunca vi isso! O pai ficou decepcionado quando eu disse que era menino!*” Ou então:

Dra. Lúcia: [Mostra] Aqui a cabecinha do bebê... as perninhas... você vai ganhar uma moça!  
 P: [Para G] Aaah! [Como quem acertou uma aposta] Não falei pra você?  
 Dra. Lúcia: [Surpresa, para P] Por que o pai quer menina?  
 (Clínica B, IG: 18 semanas).

Em uma ocasião, ocorreu uma situação simétrica a esta e que também causou surpresa e protestos bem-humorados na médica, fato que reforçou a minha impressão de que a distribuição das preferências era relativamente consensual.

G: As últimas ultras ela ‘tava só de lado...  
 P: É... ela não virou...  
 Dra. Lúcia: É ela? Vocês já sabem?  
 G: É que demorou a mexer... só mexeu com cinco meses...  
 Dra. Lúcia: [Rindo e simulando indignação] Quê isso? Você ‘tá dizendo que mulher é retardada? [ri].  
 G: E também dizem que quando [o feto] é mulher a grávida fica feia... (...)  
 Dra. Lúcia: [Rindo, simulando espanto] Mas quê isso? Então mulher é só desgraça!?! Isso é machismo! **Só serve ficar grávida de homem?!** (Clínica B, IG: 21 semanas).<sup>344</sup>

As reações de alegria ou decepção eram manifestadas em uma larga gama de possibilidades, algumas anedóticas, conforme a seguir:

Dra. Lúcia volta de um exame que não assisti e comenta: “*Ih!... maior decepção! O pai queria menino e era menina. ‘Tava todo mundo na sala...’*” Ao sair, passando pela sala de espera presencio

<sup>344</sup> Chamarei esta gestante de **Renata**. Este caso será retomado adiante, por outros prismas, ver 9.2.2.2 e 9.2.2.4.

a seguinte cena: a gestante, gordinha e toda sorridente, sentada entre uma senhora e o marido, que conversa muito aborrecido com alguém ao celular: “*É mole, cara!?!... Maior racha!”* (Clínica B).

Em outra situação, a decepção foi expressa de modo mais discreto:

P: [Timidamente] *É menina?... Porque tinha um formato que pensei que era o saco escrotal e o penisinho... mas... o que vier, a gente... [abre um sorriso, como quem diz: ‘tudo ‘tá bom’].* (Clínica B, IG: 12 semanas).

Uma situação na clínica A é ilustrativa do eixo alegria/decepção e de discrepâncias existentes em um casal. Em exame anterior, em torno da 12<sup>a</sup> semana, o médico havia dito que havia ‘80% de chance’ de o feto ser feminino. A gestante já havia comprado muitos itens de enxoval e objetos destinados a uma menina. No exame das 20 semanas, tal expectativa não se confirmou, causando um grande rebuliço durante a sessão.

G: (...) Não tô acreditando.  
 Dr. Henrique: Vou fotografar! Á lá o piruzinho...  
 P: [Para G, em tom de gozação e felicíssimo] Mãe ansiosa...  
 Dr. Henrique: Eu avisei... [para não se precipitar]... ‘tá nota 10...  
 G: [Sem esconder a decepção] *É menino, então?...*  
 Dr. Henrique: *É.* (Clínica A, IG: 20 semanas).<sup>345</sup>

Uma gestante, ao saber o sexo fetal, teve uma reação que surpreendeu o médico que realizava o exame:

Dr. Henrique pergunta sobre preferência de sexo, a gestante disse querer menina e, ao ver confirmada a sua expectativa, grita de alegria, em um entusiasmo pueril. Ao sairmos do exame, o médico comenta a reação da gestante: “*Você vê, e essa é médica!”* (Clínica A, IG: 22 semanas).<sup>346</sup>

Aparentemente o médico esperava que a reação de uma profissional fosse mais moderada, fleumática, surpreendendo-se com a espontaneidade e a atitude um tanto infantil da colega.

A informação sobre o sexo fetal foi recebida com indiferença apenas em duas ocasiões – uma na clínica A e outra na C. Nas duas situações, havia uma evidente preocupação acerca do estado de saúde do feto, e a ênfase das gestantes estava claramente colocada sobre a determinação da sua normalidade.<sup>347</sup> O sexo fetal só não foi mencionado

<sup>345</sup> Gestante **Paula**. Visto em 7.2.3, em 9.1.1 e adiante, em 9.2.1.1 e 9.2.1.2.

<sup>346</sup> Gestante **Maria**. Este caso foi abordado por outra perspectiva, no capítulo 6, em 6.3.1 e será retomado adiante, em 9.1.3, 9.2.1.2 e em 9.2.2.2.

<sup>347</sup> Conforme apontado no capítulo 6, item 6.3.1.2, foi possível observar que em algumas situações – poucas – em que havia alguma patologia fetal, eventualmente o médico ou a médica recorriam à exibição da genitália ou à determinação do sexo fetal como modo de distensionar o ambiente, obtendo sucesso temporário neste

em exames muito rápidos, com duração de 5 a 10 minutos, ocorridos em geral na clínica B, que freqüentemente tinha um grande volume de exames por dia, o que obrigava os profissionais a serem rápidos na realização das ultra-sonografias para evitar os atrasos na agenda e as longas esperas – e as conseqüentes reclamações.

## 9.2. CONSTRUÇÃO DE GÊNERO

Com freqüência, a partir da determinação do sexo – ou mesmo quando, por algum motivo, era difícil ou não se conseguia visibilizar a genitália – iniciava-se um diálogo que envolvia a construção de gênero do feto, conforme ilustra a epígrafe deste capítulo.

Nas clínicas A e B – que atendiam, respectivamente, a faixas de classe média e média/alta, e classe média e média/baixa – esses diálogos aconteciam com maior freqüência e duração do que na clínica C, cuja clientela pertencia basicamente à classe média/alta e alta. Nesta clínica, além de a duração dos exames ser significativamente maior, demorando às vezes mais de uma hora,<sup>348</sup> acontecia, conforme mencionado no capítulo 5, um tipo de conversa sobre questões médicas que denotava uma preocupação acentuada do dr. Sílvio de que o exame tivesse um caráter mais científico e menos lúdico ou espetaculoso. Na prática, não deixava de ser um ‘evento social’, revestido do que denominei ‘medicalidade explícita’.<sup>349</sup> O caráter médico do exame era enfatizado, em parte, pelo fato de muitas dessas gestações serem produto de novas tecnologias reprodutivas – a medicalização da gravidez sendo, portanto, nesses casos, praticamente um corolário ‘natural’ da medicalização da reprodução. Por outro lado, a clientela desta clínica era, de um modo geral, mais contida na expressão de suas emoções durante o exame, e seus comentários indicavam uma certa preocupação em se mostrarem cientificamente bem informados.<sup>350</sup>

Na clínica A, também foi observada a preocupação – expressa em termos discursivos – com a ‘seriedade’ ou, nos termos de uma médica, com o “*ato médico*” representado pelo exame, em detrimento do aspecto ‘evento social’, encarado depreciativamente pelos profissionais. Contudo, a observação revelou que a prática nem

---

intento.

<sup>348</sup> Relembrando, a média de tempo para cada exame na clínica A era de 20’ e na clínica B, de 10’.

<sup>349</sup> Cf. capítulo 5, item 5.5, nota 238.

<sup>350</sup> Este comportamento é compatível com o processo de contenção das emoções conforme é compreendido e descrito por Elias (1994: 214 pp), como parte do ‘processo civilizador’.

sempre era condizente com este discurso, conforme foi discutido no capítulo anterior.<sup>351</sup>

Um aspecto relevante e recorrente observado na linguagem utilizada por todos os atores presentes na sessão ultra-sonográfica, sem exceção – gestantes, acompanhantes e profissionais – foi que os diversos termos referentes a fetos femininos ocorriam sempre no diminutivo ou, no máximo, na flexão normal, jamais sendo usados no aumentativo. Para os fetos masculinos, embora também presenteados com diminutivos, os aumentativos surgiam com grande frequência. Portanto, expressões como “*é um meninão*”, “*grandão*”, “*vai ser um molecão*” pareciam ser apanágio dos fetos masculinos, e nunca tiveram correspondentes nas referências aos fetos femininos, que eram referidos como “*é uma mocinha*”, “*fofinha*”, “*bochechudinha*”, “*agitadinha*”. Não houve menção a nenhum “*menininho*”, em contraposição a inúmeras “*menininha[s]*” nos exames observados. Do mesmo modo, apenas uma vez presenciei um “*é fêmea*”, que soou estranho e foi bem rapidamente emendado pelo médico por “*... é uma princesa*”. Em contraposição a isso, diversas vezes ouvi enunciado com alegria e até um certo orgulho ‘corporativista’, pelos médicos: “*É macho*”. As médicas anunciavam: “*É um menino*”, algo como “*Olha o piruzinho aqui*”, ou “*É ele*”.

Durante as sessões ultra-sonográficas, quando o sexo fetal ainda estava indeterminado, os fetos eram referidos por ‘ele’, possivelmente subentendendo-se ‘o feto’, ‘o bebê’, ou ‘o neném’. Os médicos e médicas, para as gestantes, referiam-se ao “*bebê*”, ou ao “*neném*”, raramente mencionando “*feto*” ou – mais raramente ainda – “*o embrião*”. Observei estes dois últimos termos sendo utilizados **durante** o exame por um médico apenas, na clínica C, o que era compatível com sua preocupação com o ‘nível científico’ dos exames ali realizados. Nas salas de laudos, a expressão geralmente usada nos diálogos entre profissionais era “*feto [ou embrião] de [tantas] semanas*”.

Algumas questões relativas à construção de gênero surgiram de modo recorrente, e sistematizei o material sob algumas rubricas a partir dessa lógica do campo. Os aspectos destacados superpõem-se algumas vezes, e foram pensados principalmente como eixos para análise, não se constituindo como categorias estanques.

---

<sup>351</sup> É bem possível que esta preocupação, expressa por profissionais das clínicas A e C – e nunca evidenciada nos discursos na clínica B – esteja vinculada ao perfil socioeconômico e cultural da clientela atendida. Conjeturo se nas camadas médias/médias e médias altas não haveria uma exigência maior no tocante ao caráter mais ‘científico’ do exame, captada sutilmente pelos profissionais, e uma menor exigência da clientela da clínica B nesse sentido.

### 9.2.1. Cores e consumo<sup>352</sup>

A construção de gênero fetal associada ao consumo apresentou-se como uma característica marcante. A lógica constituía-se em torno de dois eixos básicos: as **cores** a serem escolhidas – para enxoval e decoração – e os **objetos**, em geral brinquedos, roupas e acessórios. Esse aspecto do consumo esteve presente de modo mais marcante na clínica A. Comparativamente, esse tema foi menos ventilado nas sessões ultra-sonográficas na clínica C e, na clínica B, veio à baila com menor frequência ainda.

#### 9.2.1.1. Cores

No universo observado, há cores consideradas ‘**neutras**’, como branco, verde e amarelo e, secundariamente, vermelho. Estas cores de enxoval são as ‘recomendadas’ enquanto não se obtém a certeza do sexo fetal pela imagem. “*Vai ter que ficar no neutro*” podia ser dito em tom um tanto desanimado quando havia a expectativa de visibilizar o sexo fetal, ou como uma promessa para, em futuro próximo, poder adotar outras cores no enxoval e na decoração do quarto do futuro bebê: “*É... [encerrando o exame] enxoval neutro, por enquanto...*”, “*Talvez seja menino, mas não sai comprando...*” ou então: “*Por enquanto vai continuar no amarelo...*” (Dr. Henrique, clínica A).

Depois da determinação do sexo fetal, ‘parte-se’ para as cores consideradas ‘**determinadas**’: **rosa**, no caso de fetos femininos, e **azul**, para os masculinos. Uma avó – que declarou que ‘torcia’ tanto para que fosse uma menina a ponto de vir assistir ao exame com uma jaqueta de couro cor-de-rosa – declara satisfeita: “*Já dei macacão verde, branco... agora... tudo rosa*”. Dr. Henrique diz para uma gestante: “*Agora já pode ir aí no shopping, comprar tudo azul...*”

Uma situação tragicômica ocorreu quando uma gestante comprou tudo cor-de-rosa e, no exame, foi constatado ser um feto masculino. Um comentário brincalhão e que era costumeiro deste médico adquiriu contornos diversos quando se confirmou ter havido engano na determinação anterior, probabilística, do sexo fetal:

Dr. Henrique: [Enquanto espalha o gel, diz em tom de brincadeira]  
Guardou as notinhas [das compras]? Função de pai é essa...  
trocar... [Ri, essa é uma brincadeira usual sua. Após poucos  
minutos de exame] Tem opção [de nome] pra menino?

P: Tá achando que é menino? [G está com o rosto apreensivo, P

<sup>352</sup> Diferentemente do capítulo anterior, no qual tratei do tema de consumo do **exame** em si, neste capítulo abordo o consumo de bens destinados ao futuro bebê que, ao serem adquiridos, já ‘pertencem’ ao feto.



está muito excitado, ambos riem, nervosos] ‘Tá brincando...

Dr. Henrique: Estou achando que sim...

P: [Quase gritando, excitadíssimo] É menino! Cadê? Não tem pintinho?... [Rindo às gargalhadas] Ela comprou muuuuito! [Para o médico, ansioso] **Doutor, pode causar trauma ter chamado ele de menina até agora?** (...)

[G mostra-se visivelmente aborrecida].

Dr. Henrique: Falei que era 80% de chance... (...)

G: [Já de pé, passando por mim. Mostra-se desolada] Comprei tudo rosa! [Referindo-se ao exame anterior]. Dra. Márcia [obstetra] falou que ‘se o dr. Henrique disse, então é’. (Clínica A, IG: 20 semanas).<sup>353</sup>

Alguns pontos são dignos de nota neste exemplo, tais como a preocupação de P com o possível “*trauma de ter chamado ele de menina até agora*”. A pergunta evidencia a psicologização e a subjetivação do feto estreitamente vinculados à construção de gênero – esta sendo, por sua vez, firmemente codificada em termos das cores e dos objetos destinados ao feto, futuro bebê. A rigor, o feto é, na maioria das vezes, tomado como um bebê de fato, sendo sua localização no útero da mãe quase que um ‘detalhe’ meramente circunstancial. Perguntei a esta gestante, quando saía da sala: “*Por que menino não pode usar rosa?*” Sua resposta, após me olhar com um certo espanto, de cima a baixo foi: “*Ah... não!*”. Sua surpresa diante da minha pergunta – provocativa, reconheço – denota a rigidez da codificação vigente em termos de cores ‘para meninas’ e ‘para meninos’.

### 9.2.1.2. Objetos

Assim como as cores ‘determinadas’, o rosa e o azul, a definição visual do sexo fetal parece gerar uma ‘corrida’ para o consumo de objetos que comporão o ambiente do futuro bebê: a decoração do quarto, suas roupas e seus brinquedos.

G: Tem possibilidade de ver o sexo? Porque **vou passar um mês nos Estados Unidos, aproveitava e comprava tudo...** (Clínica C, IG: 11 semanas).

Avó: Agora tem essa facilidade... antes comprava o enxoval e tudo bem... agora, ela não comprou nada, **está esperando saber o sexo.** (Clínica A, IG: 19 semanas).

Quanto à composição do enxoval, destacam-se as referências aos ‘vestidinhos’ e ‘lacinhos’ para as (futuras) meninas, e às camisas de time de futebol, ‘enxoval para

---

<sup>353</sup> Gestante **Paula**, mencionada no capítulo 7, item 7.2.3 e acima, em 9.1.1, 9.1.3 e 9.2.1.1.

homem' para os (futuros) meninos.

Dr. Henrique: [Terminando o exame] Já pode comprar uns vestidinhos aí...

G: Gravou aí que é menina?(Clínica A, IG: 19 semanas).

G: É menina mesmo, né? Não virou homem não, né?

P: [Rindo] **Lá em casa 'tá cheio de lacinho...** (Clínica C, IG: 31 semanas).

G: É menino com certeza, agora?... Posso...?

Dr. Sílvio: Seu bilhete correu.

G: [Para P] Que boquinha, hein!? [Para o médico] Há mais de um mês que ele 'tá falando! Maior pressão! **Enxoval para homem...** (Clínica C, IG: 14 semanas).

Dra. Lúcia: O sexo... que você perguntou.... [Mostra uma imagem na tela] Pode sugerir [frisa] 'tá vendo aqui... isso aqui é o falo... em relação ao corpo, tem uma angulação... então isso mostra uma tendência... nessa posição evolui para formar o pênis. Mas não é certeza... [Ri] **Não pode comprar a camisa do Fluminense... ainda.** (Clínica B, IG: 12 semanas).

Dr. Henrique digita "John" ao lado da imagem da genitália fetal. G comenta: "*Já comprei chapéu e botas de cowboy para ele, como o pai.*" P, que não fala português, sorri ao ouvir o termo 'cowboy'. (Clínica A, IG: 31 semanas).

Eventualmente apresentou-se uma mescla um tanto bizarra de informações médicas e 'sugestões' de objetos destinados ao futuro bebê:

Dr. Henrique: [Faz as medições de costume, enquanto vai mostrando] **A orelhinha... onde vai pendurar o brinco... estou vendo a implantação, tem síndromes que a implantação é baixa...** 'tá tudo normal... (Clínica A, IG: 21 semanas).

No tocante aos brinquedos, para as meninas destacam-se as referências a bonecas e bichinhos de pelúcia:

Enquanto o dr. Henrique prossegue com o exame, medindo os parâmetros, G murmura: "**Bonecas, bonecas, muuuitas bonecas!** [Dirige-se ao marido] **Pronto! Agora vamos poder botar aquele monte de bichinhos de pelúcia!**" (Clínica A, IG: 22 semanas).<sup>354</sup>

As montagens do enxoval e do quarto do futuro bebê, inclusive o tipo de brinquedos, parecem estar indissolivelmente vinculados à construção de gênero fetal, em um movimento de realimentação positiva. Tanto a construção de gênero delimita quais

---

<sup>354</sup> Gestante **Maria**, mencionada acima, no capítulo 6, item 6.3.1.1 e em 9.1.3, 9.2.1.2 e 9.2.2.2.

objetos e cores são ‘cabíveis’ para os futuros meninos e meninas, quanto esses objetos e cores, segundo os atores, detêm o potencial de modelar a construção de gênero do feto. Um exemplo significativo é o da gestante Maria, que ficou igualmente entusiasmada com o fato de seu feto ser feminino e de poder comprar “*muuuitas bonecas!*” e “*poder botar aquele monte de bichinhos de pelúcia*”. No decorrer do exame declarou, enfaticamente: “*Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser ‘viado’*”. Sua afirmação denotava, entre outros aspectos,<sup>355</sup> a idéia de que toda a decoração antevista teria uma característica tão marcadamente ‘feminina’, que esta teria fortes repercussões sobre a ‘opção sexual’ de seu filho.... ainda um feto de 22 semanas.

O mercado está atento e investe maciçamente para, ao mesmo tempo, atender e instigar a demanda do novo filão. Existem alguns *sites* na Internet dedicados exclusivamente a essa faixa de consumidores. Os *sites* fornecem para as gestantes informações dos mais variados tipos – que vão desde as de cunho ‘científico’ sobre o que se passa na gravidez, cuidados e precauções médicas na gestação, até psicologia e educação infantil – apresentando maior ou menor grau de sofisticação.

Da mesma maneira com que freqüentemente se entrelaçam temas médicos com a instigação ao consumo durante as conversas na sala de exame, os *sites* utilizam uma estratégia que consiste em fornecer conhecimento ‘médico’, informações ‘científicas’ sobre a gestação como forma de captar uma nova clientela consumidora. A gestante pode se cadastrar nesses *sites* e assim receber informações semanais, por e-mail, sobre a evolução da gestação.<sup>356</sup> Receberá junto com isso uma quantidade inimaginável de ofertas de produtos que podem ser comprados pela Internet por meio de um singelo ‘clique aqui’. Um dos *sites* melhor estruturados é patrocinado por uma conhecida loja de móveis infantis. Outro oferece uma infinidade de produtos variados, desde chupetas e protetores de seio até carrinhos e berços de bebê, passando sempre pela inevitável literatura sobre psicologia e educação.

Outra modalidade consiste nas feiras tipo ‘Expo mãe-bebê’ que são montadas regularmente em grandes pavilhões de exposição. Desde antes do nascimento, os fetos são

---

<sup>355</sup> É evidente que havia também diversas outras determinações para esta fantasia. Retomo adiante esse material.

<sup>356</sup> Cadastrei-me em um deles em abril de 2003, sob um nome fictício, com uma ‘idade gestacional’ bem inicial e até a 40ª semana – completada em janeiro de 2004 – recebi e-mails semanais. Desde então, e até o momento do fechamento desta tese, continuo recebendo e-mails mensais sobre ‘educação’ e ‘psicologia’ infantis, mesclada com ‘ofertas imperdíveis’.

investidos da ‘qualidade’ de consumidores. A construção de gênero do feto, no universo observado, encontra-se inextricavelmente ligada a esta forma de consumo.

## 9.2.2. Construção de identidade<sup>357</sup>

### 9.2.2.1. No nome

Um dos aspectos marcantes da construção do feto como Pessoa está vinculado à escolha do nome que, na maioria das vezes, é mencionado no momento da determinação de sexo fetal. Em geral, as alternativas já estavam escolhidas quando do momento do exame. Este fato parece ser conhecido pelos ultra-sonografistas, o que é evidenciado pela surpresa que manifestam quando tal não ocorre.

Dra. Lúcia: Como é o nome dele?

G: [Não responde, aparentemente pega de surpresa pela pergunta] ???

Dra. Lúcia: [Surpresa] Não sabe...?

G: Ainda não escolhi... (Clínica B, IG: 26 semanas).

Dr. Sílvio: [Para P] E o nomezinho?

P: Não sabemos...

Dr. Sílvio: [Admirado] Que tranquilidade!... (Clínica C, IG: 22 semanas).

Em algumas situações, quando as preferências por determinado sexo estavam muito marcadas, simplesmente não havia nome alternativo escolhido:

Dra. Lúcia: Tu já escolheu [sic] nome?

G: Bianca.

Dra. Lúcia: Uai!?! E se for menino? Não tem nome pra menino?

G: Tenho certeza que é menina. (Clínica B, IG: 17 semanas).

Às vezes a pergunta do operador sobre nomes escolhidos evidenciava uma tensão entre gestante e parceiro quanto à escolha. Nas situações observadas, a gravidez já estava em seu 3º trimestre, denotando estar havendo uma longa discussão acerca do nome – daí derivando, possivelmente, o mal-estar desencadeado pela pergunta.

Dr. Henrique: É menino. Qual o nome? [A pergunta fica sem resposta do casal, criando-se um silêncio constrangedor; há uma tensão no ar]. [Mostrando com o cursor na tela] Olha aqui o piruzinho... qual o nome?

G: [Rapidamente] João Mateus.

Dr. Henrique: Mateus com h?

G: Sim. (Clínica A, IG: 32 semanas).

---

<sup>357</sup> Detenho-me especificamente na construção de identidade fetal, deixando de lado a construção de identidades e subjetividades maternas e paternas, que ocorre concomitantemente, no desenrolar da gravidez.

Esta situação deixou evidente que existia algum tipo de disputa entre o casal, pois o marido da gestante manteve-se sério e silencioso durante todo o exame e, depois da segunda pergunta do profissional, ela não hesitou, e sequer olhou em sua direção ao nomear o feto. O médico, por seu turno, pareceu captar o mal-estar e tentou contorná-lo, perguntando por um detalhe banal no nome, tentando desviar a questão principal.

Na clínica B, houve uma situação em que a médica foi sutilmente solicitada a opinar, quando o casal expôs para ela, em detalhe, no decorrer do exame, a questão geradora de conflito:

Em um clima tenso, o casal explica que queriam dar o prenome do pai. O problema consiste em que P quer que o bebê tenha seu nome para ser ‘Marcos da Silva **Filho**’. Para tal, legalmente, o bebê não poderia levar no nome o sobrenome da mãe, o que desagrada a G. Por outro lado, se tiver o prenome do pai, acrescentado do sobrenome da mãe e do pai, deverá ser ‘Marcos Correia da Silva **Júnior**’. G reclama, inconformada, que a criança “*vai acabar sendo Juninho*”. (Clínica B, IG: 33 semanas).

A médica sugeriu que o casal conversasse com um tabelião com o intuito de se informar acerca das regras vigentes. A importância atribuída à questão de o filho portar ou não o sobrenome da mãe pareceu estar ligado ao pertencimento do feto, pois a gestante mostrava-se muito incomodada com o fato de “*ele não ter nada meu*” no nome.

Na clínica C, cuja clientela era abastada – aspecto que se evidenciava no modo como as gestantes estavam trajadas, ostentando jóias, roupas e acessórios ‘de marca’<sup>358</sup> e deixando no ar um odor de perfumes importados – com alguma frequência foi observado que a escolha do nome de fetos masculinos era investida de valor e se apresentava revestida de algum grau de solenidade, quando se tratava de atribuir o nome de um ascendente, vivo ou não. Deste modo, parecia ser estabelecido um sentido claro de descendência ou de continuidade de uma ‘linhagem’ familiar e de manutenção de patrimônio.

Dr. Sílvio: Já tem nome?

P: **Tô pensando em dar o nome do meu pai, já falecido...** minha mãe também já faleceu... **tenho alguma coisinha** que ele deixou pra mim, **senão não ‘tava aqui...**<sup>359</sup> **eu queria ter para quem deixar...** João. Vai ser Neto. (Clínica C, IG: 12 semanas).

G: Tinha a maior torcida pra ser **menino...**

P: **Meu pai vai ser homenageado...** mas eu não faço questão...

<sup>358</sup> Impressionou-me particularmente a profusão de bolsas ‘Louis Vuitton’.

<sup>359</sup> O casal havia se submetido a um processo de reprodução assistida muito dispendioso, envolvendo inclusive óvulo de doadora.

desde que nasça saudável...

O exame está terminado. P está entusiasmado com o filho 'homem', que receberá o **nome do avô, acrescido de 'Neto'**. Diz: "Meu pai é que vai ficar feliz..." Dr. Sílvio pergunta o nome do avô. [É uma pessoa conhecida no Rio de Janeiro, dono de uma grande empresa]. (Clínica C, IG: 13 semanas).

Nomear o feto com o nome de um ascendente podia também ter o sentido de uma homenagem, como no exemplo a seguir:

Avó: [Animadamente] Nosso bebê... vão morar lá em casa...

Dr. Sílvio: [Rindo, para G] Acho melhor já fazer outro... esse aí... [dando a entender que a avó iria se apropriar].

Avó: [Ainda deliciada com a notícia] É menina mesmo! A Maíra, que bom! **Ainda por cima meu nome! Homenagem à avó!** (Clínica C, IG: 16 semanas).

Conforme mencionado no capítulo 8, na clínica A foi observado um modo peculiar de nomeação de fetos adotado pelo dr. Henrique. Consistia em digitar o nome escolhido ao lado de uma setinha que apontava para a imagem da genitália. Este procedimento era usual em exames de fetos com mais de 20 semanas de idade gestacional, e com frequência a imagem escolhida era a da genitália em 3D. Como vimos, às vezes o médico acionava comandos que coloriam a imagem de azul, no caso de ser genitália masculina, e de cor-de-rosa, para a feminina, em tom de brincadeira, que sempre era recebida com bom humor por gestantes e seus acompanhantes. Na maior parte das vezes, entretanto, as imagens com nomes eram apresentadas mesmo em sépia. Também eram colocados nomes em imagens 2D da genitália, em especial quando se tratava da masculina, que era visualmente mais fácil de identificar. Esta prática do dr. Henrique era de tal modo sistemática que a minha atenção era despertada quando tal **não** ocorria. Na clínica B, um procedimento similar foi observado em algumas ocasiões – quando a médica digitava o nome do feto no cabeçalho da foto da imagem da genitália, mas esta não era uma prática corriqueira.

Conforme mencionei no capítulo anterior, o dr. Sílvio, na clínica C, em contraposição expressa a esse procedimento, declarou ter por princípio não colocar nome algum junto às imagens fetais. Contudo, foi possível observar que não chegava a ser uma regra rígida, podendo este médico atender a pedidos, expressos ou não, conforme observado na situação a seguir:

Dr. Sílvio: Ele tem nome, por acaso?

G: Carlos.

Dr. Sílvio: [Escreve o nome sobre a imagem do feto, para produzir a 'fotografia' que G pediu] Vou me comprometer...

Depois do exame terminado, o médico pergunta se observei que

ele nunca coloca o nome na imagem, mas “*o casal estava curtindo tanto! Botei o nome. É gostoso quando faz exame assim...*” (Clínica C, IG: 12 semanas).

A partir da escolha do nome, as referências ao feto – até então inespecificamente apenas ‘o bebê/neném’ ou ‘o **teu** bebê/neném’ – passavam a incluir também ‘o Fulano’ ou ‘a Fulana’. Curiosamente, embora as referências às partes do corpo fetal muito freqüentemente ocorressem na forma diminutiva, poucas vezes ouvi os **nomes** dos fetos flexionados deste modo. Era comum dizerem: “*Olha aqui o pezinho do Mateus!*”, ou “*Está vendo a orelhinha da Luana?*”, e assim por diante. Abstraindo-se o conteúdo, parecia que as referências eram feitas a pessoas adultas. Os nomes também eram utilizados para ‘dar ordens’ aos fetos, para que ficassem em posição mais favorável para a obtenção da imagem de determinada parte de seu corpo.

#### **9.2.2.2. Na subjetivação e nas atividades fetais**<sup>360</sup>

Determinados movimentos e atividades fetais visualizados<sup>361</sup> na tela do monitor do aparelho eram, com grande freqüência, interpretados como ‘atitudes’ do feto. O entendimento das imagens como atividades voluntárias, intencionais ou expressivas – de ‘emoções’ ou ‘traços de caráter’ – do feto indicava uma tendência relevante no sentido de subjetivá-lo. Essas imagens – a rigor, sombras com diferentes tons de cinza – tanto poderiam corresponder a movimentos de membros, mudanças de posição ou ao coração em atividade. O termo ‘subjetivação’ abrange aqui, portanto, a atribuição – pelos atores do universo etnografado – de ‘intencionalidade’ assim como a de ‘sentimentos’ ao feto, associados à visualização das imagens fetais. Nas clínicas A e B, essa situação foi observada com mais freqüência do que na C. No mais das vezes, a subjetivação do feto era genericada, calcada nas concepções vigentes e com caráter eminentemente normativo. Os diálogos evidenciavam quais eram essas concepções.

Na interpretação das imagens vistas no monitor pelas gestantes e acompanhantes, os fetos femininos seriam mais ‘lentos’ do que os masculinos. Os masculinos seriam ‘agitados’, ‘mexem muito’, vão ‘dar trabalho’:

---

<sup>360</sup> Neste item, focalizo a subjetivação mais especificamente vinculada à construção de gênero; discuti a subjetivação fetal de modo mais genérico acima, no capítulo 7, item 7.2.2.

<sup>361</sup> Ver capítulo 5, nota 210. Por ‘movimentos’ refiro-me a mudanças na posição corporal do feto. ‘Atividade’ refere-se a outros aspectos evidenciados no exame, tais como fluxo sanguíneo, movimentos respiratórios ou batimentos cardíacos.

G: As últimas ultras ela ‘tava só de lado...

P: É... ela não virou...

Dra. Lúcia: É ela? Vocês já sabem?

G: **É que demorou a mexer...** só mexeu com cinco meses... (Clínica B, IG: 21 semanas).<sup>362</sup>

Dra. Lúcia: ‘Tá se esticando! [A imagem do feto faz um movimento brusco, como um pulo] **Ó como mexe!**

G: **Deve ser menino...** (Clínica B, IG: 15 semanas).

G: Que gracinha... ele mexe muito! Esse não vai ser mole!

Criança [menina, 6 anos]: **Vai ser menino.** (Clínica A, IG: 12 semanas).

Na situação a seguir, encontra-se implícita a idéia de que mesmo os parâmetros fisiológicos dos fetos femininos seriam diferentes dos masculinos – acompanhando os pressupostos de que ‘meninas’ seriam ‘lentas’ e ‘meninos’, ‘agitados’:

Ouve-se os batimentos cardíacos fetais, a avó compara com o feto da outra filha, que também está grávida: “*Esse não vai ser fácil!... Já a Ana Paula faz assim [mais lentamente] tum... tum... tum... mais calminha...*” (Clínica A, IG: 37 semanas).

Os batimentos cardíacos fetais normais têm uma frequência muito mais alta do que a dos adultos, não havendo grandes diferenças entre um feto e outro, de mesma idade. Alterações acentuadas no ritmo dos batimentos indicam problemas – em geral graves – com a saúde do feto.

A interpretação dos movimentos de fetos se dá de acordo com determinadas expectativas: no tocante a fetos femininos, é a de que sejam ‘delicadas’, ‘suaves’, em contraposição aos meninos:

G: Ela **quase não mexe... minha filha é uma lady...** o dela [referindo-se à amiga grávida, presente ao exame] é **atleta**, não pára um minuto!

Amiga: Ela é delicada... **o meu [feto] chuta muito!... É um grosso...** (Clínica A, IG: 35 semanas).

Em outra situação, a interpretação das imagens é de que um feto feminino ‘faz charme’ e ‘se preocupa’ com a aparência:

G: [Surge a imagem da face em 3D] Minha mãe vai dizer: ‘que nariz é esse?’... [Surge a imagem da mão diante do nariz] **Ela não quer mostrar o nariz... isso é importante pra ela [feto]...**

P: É charme...

G: Se escondeu mesmo! Tudo que colaborou no resto do exame

<sup>362</sup> Gestante **Renata**. Também em 9.1.3 e 9.2.2.4.



agora não quer... (Clínica C, IG: 37 semanas).

A facilidade ou dificuldade de o operador conseguir capturar uma determinada imagem fetal é aqui traduzida em termos de uma interação do feto com o ambiente: “*ela não quer mostrar o nariz*” que, pelo comentário da mãe, subentende-se que de seu ponto de vista seja ‘feio’; antes o feto teria ‘colaborado’, ‘recusando-se’ em seguida a exibir a face.

Em diversas situações, a começar pelo exemplo da epígrafe que dá nome ao capítulo, ficou evidente que os ‘meninos’ são percebidos como ‘exibidos’ e as ‘meninas’ como ‘recatadas’, em especial no que tange à visibilização da genitália. A dificuldade – maior ou menor – na obtenção da imagem desta pelo profissional é utilizada como suporte para as afirmações:

Dra. Priscila: Ôpa! Quer saber o sexo?

G: [Meio hesitante] É...

Dra. Priscila: [Rapidamente, parecendo querer logo anunciar a ‘novidade’] **É menino!... Com certeza! Se exibiu todo aqui...**

Avó: Doutora... tem 100% de certeza que é menino?

Dra. Priscila: **120%... ele é todo exibido...** (Clínica A, IG: 16 semanas).

Dr. Henrique: É... **ele mostra bem o saquinho...** [mostra na tela com o cursor].

G: Ele não é nada tímido, né?

Dr. Henrique: Não é tímido... **machão!** (Clínica A, IG: 37 semanas).

P: [A imagem do feto se revira como em uma cambalhota, na tela].

**‘Tá sem vergonha! Se for mulher ‘tá desinibido até demais!**  
(Clínica B, IG: 12 semanas).

O exemplo a seguir ilustra de modo sintético um tipo de deslizamento que foi observado freqüentemente, da avaliação médica da morfologia fetal para a subjetivação do feto:

G: E lábio leporino, dá para ver?

Dr. Henrique: Só que ela está com a mão na frente do rosto, estou tentando ver e ela não tira de jeito nenhum... vamos ver se muda de posição... nada. Ih! Agora está com as duas mãos no rosto.

G: Aaah... toda manhosinha... (...) Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser ‘viado’ [sic] [Risos dela e do marido]. (Clínica A, IG: 22 semanas).<sup>363</sup>

A dificuldade na obtenção da imagem da face pelo profissional, em virtude de o

---

<sup>363</sup> Gestante **Maria**, citada no capítulo 6, em 6.3.1.1, e acima, em 9.1.3 e 9.2.1.2.

feto – feminino – estar com as mãos diante do rosto foi traduzida pela gestante como: “*Aaah... toda manhosinha...*”. Em seguida a esta atribuição de significado, evidencia-se que, de acordo com ela, tal atitude só seria admissível para uma menina: “*Ai, que bom que é menina... acho que se fosse menino ia ser ‘viado’*”, comentário seguido de risos da gestante e de seu marido. Os fetos femininos podem ser ‘manhosinhas’, atitude inadmissível em ‘homens machos’.

A seqüência do diálogo desliza da preocupação com a possibilidade da existência de um defeito congênito para a construção de subjetividade e gênero fetais, indicando dois níveis de normatização. O primeiro nível diz respeito à morfologia física, quando se constata que não há nenhuma malformação congênita e que o feto é ‘perfeito’, de um ponto de vista anatômico. O segundo nível de normatização envolve a construção de subjetividade generificada, feminina, deste feto. A gestante mostra-se muito satisfeita dele ser feminino, atendendo às suas expectativas. Caso contrário, a construção de gênero escaparia à norma vigente, e “*ia ser ‘viado’*”. Os risos que se seguem ao comentário denotam a existência de ansiedade relacionada ao desvio da norma e evidenciam, em última instância, o alívio trazido pela ‘confirmação’ de que o feto seria ‘inteiramente’ normal.

A dificuldade em obter imagens da **face** fetal era usualmente interpretada como ‘timidez’ ou ‘vergonha’, mas diferentemente da dificuldade ou da facilidade na obtenção de imagens da genitália, ‘timidez’ ou ‘vergonha’ pareciam ser atributos de fetos femininos e masculinos, indistintamente. Talvez tal noção esteja calcada na admissão implícita de que os bebês em geral possam ser ‘envergonhados’.

Dr. Sílvio: [A imagem do feto solta as duas mãos e volta a segurar]  
Essa foto aqui ficou bonitinha... o bracinho está na frente...  
P: Ela é tímida... (Clínica C, IG: 25 semanas).

O médico mostra o pênis do feto para a gestante e passa para a imagem 3D. A seguir busca a imagem da face.  
Dr. Henrique: Está com as duas mãos na frente do rosto. Está com vergonha, né? (Clínica A, IG: 27 semanas).

O aspecto a ser sublinhado é o fato de que posturas comuns em fetos – mãos ou braços na frente do rosto – ou movimentos fetais, descritos como ‘virar de costas’ para a sonda,<sup>364</sup> sejam quase sempre interpretados como a expressão de ‘sentimentos’ –

---

<sup>364</sup> A mera descrição do movimento como ‘virar de costas’ para a sonda já traz implícita a noção de que o feto

‘vergonha’ – ou como uma característica de ‘personalidade’: a ‘timidez’.

### 9.2.2.3. Nas ‘profissões’

Certos movimentos visualizados na tela do monitor, como a movimentação das pernas, entre outros, eram imediatamente traduzidos – em tom de brincadeira, mas nem por isso menos significativas – como indicativos de uma futura atividade ‘profissional’, que obedecia a uma distribuição calcada em determinadas concepções de gênero:

A gestante reclama que sente muito à esquerda e o dr. Henrique esclarece: “*É que os pés estão para cá [mostra]*”. G diz: “*Ah... vai ser jogador de futebol...*” (Clínica A, IG: 22 semanas).

Dr. Sílvio: [Frequência cardíaca é] **160 batimentos por minuto...**  
 P: Vai ser **atleta...**  
 Dr. Sílvio: Olha o pintinho... aí, ó! [mostra com o cursor. Para G] Seu bilhete já foi corrido...  
 P: [Satisfeito] **Machão!** Vou criar pra ser centroavante do Vasco da Gama... ‘tipo’ Roberto Dinamite.  
 G: [Para P] Não quer que seja Garrincha? (Clínica C, IG: 12 semanas).

A atividade ‘profissional’ designada para meninas que se mexiam ou esperneavam muito era outra:

Diante da pergunta do médico se o feto se mexe muito, G responde: “*Se fosse menino, ia ser jogador de futebol... aliás, a minha filha, se deixar, joga futebol mesmo...*” Alguém comenta, rindo: “*Vai é ser bailarina...*” (Clínica A, IG: 34 semanas).

Dra. Cássia: ‘Tá mexendo direitinho?’  
 G: **Mais** que normal... [Faz] um pagode aqui dentro...  
 Dra. Cássia: Tem 37 semanas... **o pagodeiro...**  
 G: É menina.  
 Dra. Cássia: Então, é uma moça pagodeira?... Forrozeira, então... melhor... mais comportada... e a moda é essa... (Clínica B, IG: 32 semanas).

É possível que a idéia de ‘pagode’, para essa médica, estivesse de um modo sutil associada a uma ‘devassidão’, sendo o forró uma atividade mais ‘adequada’ para ‘moças’, de quem se espera uma atitude de recato.

#### 9.2.2.4. Nas questões relacionais

A partir de diversos comentários que, começando na gravidez, projetavam no futuro certos relacionamentos, foi possível depreender algumas das expectativas envolvendo, no grupo etnografado, a construção de gênero do feto. Tais comentários evidenciavam algumas noções construídas acerca do ‘feminino’.

Mulheres competiriam entre si no tocante à beleza, conforme ilustra o exemplo abaixo:

G: E também dizem que quando [o feto] é mulher a grávida fica feia...

P: Compete com a mãe...

Dra. Lúcia: Mas quer dizer que tu ‘tá [sic] se achando feia? [G faz que sim com a cabeça]. Isso é a tua auto-estima... [ri] Vou achar um homem aqui... [busca a imagem da genitália] Sabe que eu tô achando que é menina?... Agora é que você vai se achar feia... [Como que torcendo] Vai ser menino... vai ser menino... [Algum tempo depois, declara] É uma moça.

G: **Já ‘tá competindo comigo...** (Clínica B, IG: 21 semanas).<sup>365</sup>

Deveriam ser heterossexuais, namoradeiras,

G: Muitas amigas ‘tão tendo meninos, **a Maíra vai se dar bem...** (Clínica C, IG: 16 semanas).

... e também já tinham desenhadas as futuras brincadeiras e/ou relacionamentos com companheiros pré-determinados:

G comenta que uma das amigas escreveu um *e-mail* para ela perguntando “*se o neném [dela, G] iria jogar bola com o Marcelo ou ia **namorar** com o Marcelo*”. Agora, após saber que esperava uma menina, ela ia responder para a amiga que “*a Alice vai namorar com o Marcelo*”. (Clínica A, IG: 22 semanas).

Poderiam até ter características desvalorizadas ou não consideradas como muito ‘femininas’, aceitas de modo bem-humorado, desde que pudessem ser associadas a determinados ‘padrões familiares’, conforme o exemplo já abordado por outro ângulo no capítulo 7:

P: Se nascer 6<sup>a</sup> feira que vem, vai estar com 39 semanas e uns 47 cm...

G: Se nascer baixinha e invocada... as mulheres da minha família são todas baixinhas e invocadas [ri].

---

<sup>365</sup> Gestante **Renata**. Ver acima, itens 9.1.3 e 9.2.2.2.

P: Na minha família são altas. [Ri] Altas e invocadas. **A avó não é alta mas é invocada...** [Para G] Melhor a família do teu pai... (Clínica C, IG: 37 semanas).<sup>366</sup>

Também das meninas se esperava que ‘dessem trabalho’, no sentido de terem que ser ‘controladas’.

Dr. Henrique: Pode ficar no enxoval rosa...

G: O Daniel não gostou... ele queria um irmão...

P: [Para Daniel, um menino de cinco anos] Não vai deixar os garotão [sic] mexer com ela, hein!?!... Vai cuidar, né? (Clínica A, IG: 27 semanas).

Curiosamente, não houve referência a questões relacionais no tocante a fetos masculinos. Uma hipótese a ser explorada é a de que uma das concepções subjacentes seja a do ‘homem’ como auto-suficiente, ‘destacado’ e também alvo de menos ‘controle’ por parte da família.

#### 9.2.2.5. Nos atributos físicos

Como vimos nos capítulos anteriores, uma prática usual dos profissionais das três clínicas consistia em ‘mostrar o neném’ para as gestantes. Nessa atividade, a genitália do feto ocupava um lugar de destaque e as expressões usadas para designá-la seguiam a mesma lógica de distribuição dos termos em geral – vinculada ao sexo fetal – utilizada para se referirem às partes do corpo ou aos atributos fetais. Para os ‘meninos’, os termos podiam ser diminutivos e aumentativos, enquanto que para as ‘meninas’, os aumentativos nunca eram usados. Os profissionais recorriam também com maior frequência a diversas gírias e expressões populares para designar os genitais masculinos – ‘piru’, ‘documentos’, ‘pinto’, ‘terceira perna’ – mencionando ‘pênis’ em relativamente poucas ocasiões. Algumas vezes, ‘documentos’ serviu igualmente para designar genitálias femininas. O uso deste termo em particular explícita de modo veemente em que medida a visibilização da imagem da genitália é fundamental para a construção de uma identidade para o feto.

O tamanho – de preferência, ‘alentado’ – dos genitais de fetos masculinos era enfatizado e valorizado por profissionais e gestantes e, de um modo especial, pelo pai.

Dra. Lúcia: Aqui o **saquinho** dele aqui... **piruzinho... piruzão!** [risos] Vê até a uretra dele [aponta na tela] aqui, ó!... (Clínica B, IG: 37 semanas).

---

<sup>366</sup> Gestante **Isabel**.

Dr. Henrique: Olha o piruzão! [Fixa a imagem, passa para 3D] O nome?

G: [Rindo] Você fica falando isso! O pai fica falando para todo mundo... vai todo mundo querer ver... [faz um gesto que dá a entender que o pai do feto está se gabando do tamanho do pênis do filho]. É Marco.

Dr. Henrique: Vamos **documentar** o rapaz... [digita 'Marco' ao lado da imagem]. (Clínica A, IG: 32 semanas).

P: [Excitado, fala alto, dirige-se ao médico, rindo] Dr. Sílvio, [eu] já disse pra todo mundo que entre uma perna e outra tem um negócio muito grande...

Dr. Sílvio: [Rindo] Você é publicitário? Porque isso é publicidade...

Mais tarde, ao encerrar-se o exame, já saindo da sala, P comenta entusiasmado: "*O 1º **garanhão da família!***" Em seguida, um tanto decepcionado, murmura: "*Vim ver o **tamanho do documento...** nem vi!...*" (Clínica C, IG: 14 semanas).

G: [Para o médico] Quantos por cento de chance que é menino mesmo?

Dr. Sílvio: Como diz o pai, **é bem dotado e não deixou dúvida...** (Clínica C, IG: 12 semanas).

As menções à genitália feminina ocorriam na flexão normal ou no diminutivo. Para fetos femininos, os profissionais reservavam, na maior parte das vezes, a norma culta, o supostamente 'discreto' e 'respeitoso' vulva. No máximo, o estranhíssimo 'vulvinha'. Apenas muito esporadicamente eram utilizados termos populares para mostrar os genitais de feto feminino:

Dr. Sílvio: [Mostra a genitália do feto] Isso aqui é a baratinha dela... perninha aqui, outra perninha [mostra] os rins... [escreve 'genitália' junto da imagem]. (Clínica C, IG: 22 semanas).

Dra. Carla: [Mostrando a imagem] Ali a vulvinha...

G: É menina mesmo, né? Não virou homem não, né? (Clínica C, IG: 21 semanas).

Dr. Henrique: Não tem erro...

G: Já sei ver... o pessoal chama de hamburguinho... [a imagem da vulva; o médico digita o nome ao lado].

Dr. Henrique: O bracinho dela... a boquinha... 'tá vendo por baixo, 'tá vendo? [Sucodem-se diversas imagens na tela] A vulva lá... o rostinho aqui... o perfil... (Clínica A, IG: 32 semanas).

G: [Para o médico] Não dá pra saber [o sexo]...? A cabeça... [está] do lado direito ou do lado esquerdo?

Dr. Sílvio: Agora 'tá p'ro lado esquerdo... bonitinho... para definir logo... essa coisinha [mostra com o cursor] Aqui... linear, é a periquita dela. (Clínica C, IG: 16 semanas).

Alguns comentários indicavam que certos atributos físicos estavam associados positiva ou negativamente ao gênero. Esperava-se que ‘meninas’ fossem de talhe miúdo, delicadas e bonitas.

Dra. Lúcia: Agora ‘tá meio de lado... ó a carinha!... [para mim] que bonitinha! [Surge a face do feto com bochechas, parece mesmo um bebê]. **Cara de mocinha mesmo!** [Para G] Ó. Mariana ‘tá ótima. Tudo jóia. Nota 10. (Clínica B, IG: 21 semanas).

Dra. Lúcia: Á lá o fêmur... o tamanho do fêmur... [mede o fêmur].  
 P: Se for ser do meu tamanho... [aponta o próprio fêmur, é um rapaz de estatura alta].  
 G: Tomara que seja menino... senão não vai conseguir arranjar namorado de jeito nenhum...  
 Falam de alguma parenta que aparentemente é muito alta, “*só conseguiu namorado porque é jogadora de vôlei*”. (Clínica B, IG: 11 semanas).

G: [Para o médico] Ele era pra ter um tamanho maior do que ‘tá? Era pra ter de 6 a 8cm... Se puxar a mãe... [G é baixinha, P tem estatura entre normal e alta].  
 P: Tem que ser menina [para ser de baixa estatura]... pra puxar à mãe... (Clínica C, IG: 12 semanas).

Para os ‘meninos’, a expectativa é que sejam ‘fortes’ e grandes, não necessitando de beleza física:

Dr. Sílvio: A medida por inteiro... cabeça-bumbum tem 5,5cm.  
 P: ‘Tá grande! (Clínica C, IG: 12 semanas).

[A imagem em 3D é esquisita, não parece um rosto]. A gestante comenta: “*Que nariz de batata! Ainda bem que é menino!*” (Clínica A, IG: 33 semanas).

O aspecto a ser enfatizado é que as imagens ultra-sonográficas de diferentes fetos de mesma idade gestacional não apresentam grandes diferenças, em especial em se tratando de imagens em 2D. Do mesmo modo, o tamanho também varia pouco de um para outro, principalmente nas etapas iniciais da gravidez.<sup>367</sup> Este dado é bem conhecido pelos profissionais.<sup>368</sup> Além de tais particularidades, vale lembrar que as imagens 2D parecem sombras esfumadas, em diferentes tons de cinza, que se sucedem rapidamente na tela.

---

<sup>367</sup> Conforme me foi explicado por um informante, a diferenciação de tamanho e peso se dá de modo mais acentuado no 3º trimestre, mas mesmo assim – exceto em casos em que há uma patologia fetal ou materna – a variação não é muito grande. Bebês nascidos a termo pesam em torno de 3kg e medem cerca de 50cm.

<sup>368</sup> Havia uma brincadeira corrente entre os profissionais da clínica A, quando perdiam o registro de imagens de algum exame por problemas com o computador, que consistia em dizer rindo que tinham que “*contratar uma médica grávida para ‘posar’*” em tais circunstâncias.

Usualmente, no decorrer da gravidez, cada gestante costuma ver apenas as imagens de seu feto. Por outro lado, as ultra-sonografias fetais vêm sendo veiculadas na mídia com os mais variados propósitos, havendo, portanto, um relativo conhecimento do público leigo do fato de serem as imagens, todas elas, muito semelhantes. Para o seu entendimento é geralmente necessário que o profissional aponte na tela do monitor – com o dedo ou com o cursor do aparelho – o que está sendo identificado como perna, braço, nariz etc. Conforme vimos, com alguma frequência, no decorrer da gravidez, a gestante ‘aprende a ver’, tornando-se assim capaz de identificar algumas imagens de seu feto. O ponto a ser aqui sublinhado é que, a partir da identificação das estruturas – feita pelo profissional ou espontaneamente por elas – as gestantes considerem as imagens como ‘fotografias’ de seus ‘bebês’ e as recebam com comentários enternecidos do tipo “*que gracinha!*”.

A atribuição de significados tão específicos ao que é visualizado denota, em primeiro lugar, que essa construção é fruto de um processo produzido na relação entre profissionais, gestantes e acompanhantes, mediado pela tecnologia de imagem. O segundo ponto evidenciado pela observação é que, em larga medida, as noções dos atores acerca do ‘feminino’ e do ‘masculino’ modelam as interpretações do que os participantes passam, então, a ‘ver’ na tela do monitor. Em outros termos, há um imbricamento entre representações sociais sobre gênero e a constituição de uma cultura visual bastante específica, construída de modo dinâmico na interação entre os atores do universo etnografado. No mesmo processo de construção dessa cultura visual, é gerada uma linguagem comum, partilhada por profissionais, gestantes e parceiros.

### **9.3. INDIVÍDUOS FETAIS. SEXO, GÊNERO E SUBJETIVAÇÃO DO FETO.**

O fato de que dificilmente a referência ao sexo fetal estivesse ausente ou fosse recebida de modo indiferente parece apontar no sentido da afirmação de Foucault:

(...) a partir do cristianismo, o Ocidente não parou de dizer ‘Para saber quem és, conheças teu sexo’. O sexo sempre foi o núcleo onde se aloja, juntamente com o devir de nossa espécie, nossa ‘verdade’ de sujeito humano (Foucault, 1998c: 229).

Uma situação ilustrativa desse aspecto encontra-se na fala de uma menina de cerca de quatro anos, presente ao exame no qual foi revelado que o feto era masculino, o que contrariou frontalmente suas expectativas de ganhar uma irmã. Após ter sido dito que “*O nome dele é Peter*”, a criança reagiu furiosa, aos brados, dizendo: “*Ele é NADA! Nem*



*menino nem menina! Ele é nada! Não é homem nem mulher!*”. Ou quando, em um caso similar, houve uma tentativa por parte do médico de consolar uma menina de nove anos – também frustrada com o feto masculino – dizendo a ela que não iria “*ganhar um irmão, e sim um bebê*” e a afirmação do profissional foi imediatamente rechaçada por ela com uma atitude de desprezo, olhando-o de cima a baixo em silêncio, sem se dignar a responder. Nesse sentido, a indiferenciação sexual seria o sinônimo de uma ‘não-existência’ e apenas a partir de uma determinação de sexo passariam a existir indivíduos com direito a um lugar na vida social.<sup>369</sup>

Em termos de biopoder, a preocupação com a determinação precoce do sexo do feto parece corresponder diretamente à ampliação da quantidade de indivíduos constitutivos da rede de relações que o mantêm, concomitante ao reforço de sua(s) subjetividade(s). A partir dessa determinação, passa a ser possível o início da construção de uma identidade de gênero dos novos sujeitos: nasce não mais **um** bebê, mas **a** Maíra, **o** Mateus,<sup>370</sup> subjetivados e definidos.

Os novos sujeitos são quase que imediatamente tornados únicos e singulares através da nomeação, da subjetivação e também de um incitamento das gestantes ao consumo de produtos destinados aos futuros bebês. O feto passa a ser inserido socialmente, não apenas porque é medicalizado, singularizado, psicologizado, sexuado e nomeado. Sua inclusão social e a construção de sua identidade de gênero passam igualmente pela aquisição de bens de consumo. Em última instância, o novo sujeito – feto-Pessoa – é também um novo consumidor generificado, inserido na rede econômica de trocas.

Na clínica C, foi observada uma particularidade no que tange ao acentuado consumo de práticas médicas. Como já vimos, sua clientela era distinta das outras duas, sendo composta por uma elite socioeconômica que podia arcar com custos altos de exames sofisticados. Além desse aspecto, o vínculo entre a clínica e um centro de reprodução assistida indicava a medicalização que ocorria neste grupo desde uma etapa precoce da vida. Conforme já apontado, havia um maior número de gestantes acima dos 35 anos – consideradas idosas – assim como mais gestações múltiplas do que nas outras duas, A e B.

---

<sup>369</sup> Tomando como referência a sociedade ocidental, na qual indefinições na morfologia sexual e/ou modificações na identidade de gênero são patologizadas – no primeiro caso, sempre, e no segundo, freqüentemente. Para uma comparação com outras alternativas de integração social, cf. o interessante artigo de Serena Nanda sobre os *hijras*, na Índia (Nanda, 1993).

<sup>370</sup> A nomeação como ritual de inserção de novos elementos na sociedade é um fenômeno presente nas mais diversas culturas. Para uma comparação com outros rituais de inserção do bebê na sociedade, em uma reinterpretação crítica sobre a *couvade*, cf. Rival (1998).

Conseqüentemente, as gestações consideradas ‘de risco’, do ponto de vista médico, eram ali mais freqüentes e, no conjunto, estes fetos pareceram ser mais monitorados do que nas outras clínicas etnografadas.<sup>371</sup> No tocante à questão do consumo, portanto, nesta clínica o feto tornava-se, acima de tudo, um consumidor medicalizado.

O ponto a ser problematizado envolve a recepção e a transformação do significado do exame de ultra-som obstétrico: de um meio diagnóstico, produtor de um tipo de saber médico, para objeto – quase obrigatório, no universo observado – de consumo na gestação, produtor de um saber social capaz de inserir o feto precocemente na sociedade via construção de gênero. O corpo do feto e, mais especificamente, a imagem de sua genitália, tornaram-se questões cruciais para as gestantes. Para compreender a que este processo corresponde, recorri à discussão desenvolvida por Foucault sobre o corpo e a sexualidade. Essa abordagem pode ser articulada com a teorização de Dumont sobre o individualismo na sociedade moderna. De acordo com Dumont, “a consciência moderna liga o valor, de maneira predominante, ao indivíduo” (Dumont, 2000: 240). Para Dumont, nas sociedades modernas – ocidentais – a ideologia básica, predominante, é o Individualismo. As categorias básicas, coordenadas implícitas do pensamento comum, estariam presentes de maneira não-consciente na sociedade (Dumont, 1972, 1977 *apud* Duarte, 1986: 49). Este seria exatamente o caso do Valor-Indivíduo, uma instância articuladora abstrata e pregnantante na sociedade ocidental contemporânea (Duarte, 1986: 49). A busca de uma individualização precoce do feto coaduna-se com a ampliação e a radicalização da ideologia individualista moderna, na medida em que a ultra-sonografia, ao permitir a visibilização bem antes do nascimento, possibilita, em um primeiro movimento, percebê-lo como destacado da gestante.<sup>372</sup> Ao mesmo tempo, nesse processo, o feto singularizado e

---

<sup>371</sup> O monitoramento abrangia, além de inúmeros exames de ultra-som, diversas análises da bioquímica sangüínea materna e exames invasivos (por exemplo, amniocentese e biópsia de vilos coriais). As análises do sangue materno eram indicativas de riscos de existência de anomalias cromossômicas, de um ponto de vista estatístico, e não representavam risco algum para a gravidez. Os procedimentos invasivos possibilitavam a detecção direta de anomalias cromossômicas fetais, através da determinação do cariótipo do feto. Estes exames oferecem algum grau de risco para a gestação, e para que sejam indicados é necessário comparar a taxa de risco de existência de anomalias com a taxa de risco proporcionado pelo próprio exame. Há outros problemas éticos envolvidos no tocante às decisões a serem tomadas, dependendo do resultado destes exames – em especial no que tange à interrupção ou não da gravidez em caso de detecção de uma anomalia. Em virtude destes aspectos, na clínica C, a resolução sobre a realização de tais procedimentos era sempre precedida por uma entrevista prolongada com o médico, sendo delegada à gestante e ao parceiro a decisão final de esta se submeter – ou não – à biópsia de vilos coriais ou à amniocentese. Se, por exemplo, o casal tivesse uma posição consolidada contra a realização de um aborto – qualquer que viesse a ser o resultado do exame – o médico desaconselhava a sua realização por não valer a pena correr o risco de abortamento, provocado por possíveis complicações decorrentes do procedimento.

<sup>372</sup> Diversos outros usos da imagem fetal podem também ocorrer, conforme foi visto ao longo deste trabalho.

medicalizado é tornado público e pode ser inscrito socialmente como indivíduo. Este movimento aprofunda-se com a psicologização (Lo Bianco, 1985; Piontelli, 1987, 1988, 1989, 1992, 1995), construindo-o como Pessoa moderna. Conforme assinalado por Duarte, o ‘psicologismo’ ou a ‘psicologização’

(...) tem sido uma das vias mais bem exploradas de conhecimento da nova concepção de Pessoa, pelo motivo óbvio de se constituir ao mesmo tempo no seu mais acabado corolário e na sua mais abstrata ordem de legitimação (Duarte, 1986: 57).

A individualização do feto parece ser acentuada, em especial, com o exame ultrassonográfico a partir da 15<sup>a</sup> semana, confirmando a ‘descoberta’ de a qual sexo ele pertence.<sup>373</sup> Foucault historiciza a preocupação existente na sociedade ocidental quanto ao corpo e quanto à determinação do ‘verdadeiro’ sexo. Segundo ele, a preocupação com o sexo emerge de forma mais clara, medicalizada, no século XIX, articulada às teorias biológicas da sexualidade e às formas de controle administrativo nos Estados Modernos (Foucault, 1982: 2; 1984). Em termos dumontianos a preocupação, descrita por Foucault, com a determinação de “um só sexo para cada um” (Foucault, 1982: 2) seria equivalente e caminharia *pari passu* com a expansão e o aprofundamento do Individualismo. A busca insistente de determinação do sexo fetal e a recorrente construção de gênero que ocorrem no universo observado estão inseridas em um contexto no qual as imagens técnicas em geral – em especial a fotografia, o cinema e a televisão – ao lado das tecnologias visuais médicas, vêm contribuindo de modo acentuado para a construção de uma cultura visual que se tornou hegemônica, ao longo do século XX, nas sociedades urbanas industrializadas. A imagem técnica encontra-se, como fruto de uma construção histórica, investida na atualidade do *status* de produtora de verdades incontestáveis. No exame de ultra-som, a imagem do feto é apresentada na tela do monitor freqüentemente destacada da gestante e de suas sensações corporais. Esta situação parece acentuar e reforçar a noção de que o feto, no universo pesquisado, desde muito cedo é constituído como um indivíduo destacado, subjetivado, medicalizado, sexuado e generificado.

---

<sup>373</sup> A existência de dois sexos biológicos tem sido problematizada por alguns estudiosos. Esta discussão foge ao escopo do presente trabalho. Cf. Laqueur (1992) sobre a construção histórica das diferenças sexuais; Herdt (1993) para um estudo histórico e antropológico sobre o assunto; e Findlay (1995) para uma revisão sobre este tema na literatura feminista.

## **PARTE III**

## **CONCLUSÕES**

## **“MEIO QUILO DE GENTE!”**

### **ILUSÕES DO ‘VISÍVEL’.**

A partir da pergunta inicial de como e por que uma tecnologia de imagem médica teria adquirido sentidos tão diversos de sua proposta original, penso ser possível neste ponto alinhar algumas respostas e, como não poderia deixar de ser, outras tantas perguntas.

A construção da ultra-sonografia obstétrica como objeto de consumo, apreciação e desejo é um fenômeno superdeterminado. Diversas histórias entrelaçadas possibilitam estabelecer a compreensão do problema, lançando luz sobre a questão por ângulos diferentes, dentro de uma outra história que engloba e modela aquelas que são ‘setorizadas’.

A ‘grande’ história seria a da modificação das formas de relações de poder, com a instauração final de um regime de monitoramento e vigilância dentro dos moldes do panóptico, uma estratégia sem estrategista que engendra um modo peculiar de os seres humanos lidarem com variados aspectos da vida, com ênfase especial no papel da visualidade neste *constructo*. O fenômeno pode ser compreendido em termos da biopolítica do corpo, pensando-se em uma construção social do mesmo calcada na visualidade, com a mediação da tecnologia.

Nesse panorama mais amplo e, de certo modo, inacessível à pesquisa empírica – posto que se trata de um esquema geral teórico que, mesmo capaz de produzir inteligibilidade para diversas questões de outro modo incompreensíveis, permanece intangível – tecem-se outras histórias mais passíveis de apreensão.

A primeira história a que me refiro aqui é a de como foram construídos, no Ocidente, o olhar e o observador modernos e, conseqüentemente, a cultura visual na qual nos encontramos imersos. A segunda diz respeito à construção social do corpo, com ênfase na visualização do seu interior e na gradual neutralização do horror pela sua visão, até chegarmos à busca ativa e ao prazer produzido em torno das imagens fetais. Uma terceira história consiste nas formas de representação do corpo e no desenvolvimento de tecnologias visuais, concomitante à valorização da ‘objetividade’ dessas representações. A quarta história é a de como a gravidez foi transformada em um assunto médico e o feto tornou-se objeto de atenção médica e social.

Nestas histórias e nos seus entrelaçamentos, focalizei a parte teórica desta tese, considerando que cada uma delas contém continuidades e rupturas. Sublinho aqui o fato de que não pretendo afirmar que sejam apenas **estas** as histórias envolvidas na produção do fenômeno a que me dispus a esclarecer. Existe mais uma, por exemplo, que não abordei especificamente e diz respeito à construção da Pessoa moderna, que se encontra entrançada nas outras histórias.

Conforme vimos, ao longo do século XIX, a visão é reconceitualizada como um fato do corpo, fisiológico, imbuída de um sentido de opacidade e temporalidade até então inexistentes na construção cultural da visão, o que representa uma descontinuidade em relação à noção vigente até aquele período. Dentro do paradigma em vigor até o século XIX, a visão era tomada como algo abstrato, incorpóreo, equivalente à razão desprendida do observador cartesiano. A invenção dos raios-X, em 1895, ao gerar um ‘corpo transparente’, produz uma nova ruptura tanto no sentido da visualidade e, especificamente, da possibilidade de visibilizar o interior do corpo sem abri-lo, como constrói socialmente um corpo diferente do que existia anteriormente.

Conjuntamente e entrelaçado nesse movimento, existe no Ocidente um processo de consolidação da ciência enquanto produtora de saberes, e de delegação social à medicina – como geradora de conhecimentos e normas acerca da vida humana – do controle dos mais variados aspectos e etapas da vida. Este novo corpo deve ser passível de escrutínio nos menores detalhes, no mesmo processo em que, na medicina, a visão adquire um novo *status* no tocante à produção de conhecimento sobre o corpo vivo e sobre a doença. É dentro desse movimento e dessa lógica de transformação que são engendradas as condições favoráveis à pesquisa e à invenção de diversas tecnologias de imagem médica. Com a ampliação do escrutínio, o corpo – como resultado de uma construção social – é também fragmentado infinitamente. Vale frisar ainda que tal processo não se dá de modo unidirecional, e sim dissolvido e entranhado em uma rede de relações entre os sujeitos, produtores ativos e incessantes de novas formas e significados desse escrutínio e dessa vigilância.

A longa história de busca de visualização do interior do corpo, a partir da instauração do paradigma anatômico, com Vesalius, quando o próprio corpo desloca os textos e é instituído como fonte direta de pesquisa e conhecimento – ou, se quisermos, como um novo tipo de texto em si – contém uma história de neutralização do horror de visualização das entranhas. A gradual modificação das sensibilidades no tocante à visão

direta do interior do corpo encontra-se estreitamente vinculada à mudança de significados existente nessa busca de visualização.

De um modo ou de outro, abrir corpos sempre esteve vinculado a uma procura de conhecimento. De uma situação, na Idade Média, em que esta prática estava imbuída da busca de sinais de santidade ou pecado – sinais espirituais, portanto – à abertura de corpos para autópsias em casos de envenenamento e, conseqüentemente, da investigação da *causa mortis* dentro do próprio corpo, existe um caminho que propicia o surgimento do modo de conhecimento anatômico do qual Vesalius torna-se o grande expoente.

A noção de que o conhecimento acerca do corpo pode ser encontrado no seu próprio interior é um dos fatores de atenuação do horror, no contexto do Renascimento entendido como um período em que a busca do saber começa a se desvincular da Igreja como produtora de verdades. Nesse movimento de secularização do conhecimento – referido freqüentemente como ‘revolução científica’ – a atividade investigativa transforma-se em uma atividade moral e socialmente valorizada.

Essa modificação e, principalmente, a valorização moral da busca de saber incidem nas sensibilidades e passam a sancionar – ou, ao menos, a tornar socialmente toleráveis – práticas anteriormente consideradas inaceitáveis. Entendendo tal transformação como inscrita no processo de mudança de formas de exercício de poder, do poder punitivo para o disciplinar – com o conhecimento do corpo morto visando propiciar saberes sobre o corpo vivo e, especialmente, produzindo novas formas de gerenciamento da vida – torna-se compreensível que gradualmente o interior do corpo deixe de provocar horror e passe a ser objeto de fascínio. Por este prisma, o processo de transformação do **olhar** médico, que desembocou na transformação em olhar anátomo-clínico, parece estar em continuidade com uma modificação gradual do significado cultural da abertura de corpos, não implicando necessariamente uma mudança qualitativa ou uma ruptura, conforme sustentado por Foucault. A ruptura, a meu ver, pode ser encontrada na construção social da doença que, ao invés de um ‘mandamento divino’, passa a ser compreendida como um fato inerente ao próprio corpo.

A visualização do interior do corpo como **espetáculo**, conforme discutido na primeira parte desta tese, tem uma história que remonta, no mínimo, ao século XVI. Nesse sentido, o ultra-som como ‘espetáculo’ encontra-se em continuidade com uma longa tradição na cultura visual e na construção social do corpo no Ocidente. Pode-se propor a existência de uma analogia entre a estetização e a estilização, propostas por Vesalius, nas

pranchas da *De humani corpori fabrica libri septem*, e a instituição gradual do fascínio pelas imagens fetais, no qual os profissionais desempenham um papel relevante, ‘roteirizando’, decodificando e subjetivando – em suma, estetizando – as imagens para os ‘espectadores’ presentes ao exame e, acima de tudo, gerando uma ‘socialização visual’.

Em outro sentido, entretanto, existe uma ruptura significativa referente a uma particularidade das tecnologias de imageamento, inaugurada com a invenção dos raios-X: a possibilidade de tornar público o interior dos corpos sem necessidade de abri-los. A mudança qualitativa evidencia-se, portanto, no tocante ao **modo** de acesso ao interior do corpo, que ocorre com a invenção de Röntgen: pela primeira vez, para ‘ver dentro’ não é mais necessário destruir os corpos nem introduzir dispositivos pelos orifícios naturais. Com o ultra-som, os abdomens anteriormente opacos das mulheres grávidas tornam-se ‘visíveis’ e ‘transparentes’, e a existência do feto pode ser testemunhada visualmente por todos, antes mesmo que a gestante se dê conta sensorialmente de sua presença.

A vinculação entre ciência e espetáculo não é exatamente uma novidade, assim como a transformação em objetos lúdicos de diversos artefatos inicialmente inventados com o propósito de pesquisa. Conforme vimos no Capítulo 1, a lista desses objetos é interminável, desde a *camera obscura*, estereoscópios, passando por fluoroscópios etc. O que existe de peculiar na questão da ultra-sonografia obstétrica é que – ao menos na proporção atingida pelo fenômeno, na atualidade – até então nenhum exame médico havia se constituído como objeto popular de desejo e consumo e, menos ainda, como um dispositivo de lazer.<sup>374</sup> Desconheço alguém que tenha sido convidado para assistir, como um programa em casa, a uma sessão de vídeo do cateterismo cardíaco de um parente ou amigo.

A transformação de aparatos científicos em produtos de consumo detém um papel relevante na divulgação e na popularização dos conhecimentos científicos. Do mesmo modo que os dispositivos óticos do século XIX desempenharam uma função significativa na constituição de um novo tipo de atenção visual, a transformação da ultra-sonografia obstétrica em produto de consumo contribui de maneira marcante para a construção de uma

---

<sup>374</sup> Para ser mais exata, existiu algo relativamente semelhante, embora em proporção infinitamente menor em termos de consumo, envolvendo exames radiográficos de tórax, quando da ocorrência de grandes campanhas de escaneamento torácico, nos anos 1940-50, nos Estados Unidos. Mulheres faziam-se radiografar e compunham estas radiografias com fotos autografadas e com dedicatórias para dar aos pretendentes. A similaridade entre este tipo de consumo e o ultra-som obstétrico inclui o sentido implícito de monitoramento e vigilância em torno do estado de saúde dos sujeitos.



socialização visual e médica da gravidez. Esse processo implica uma reconfiguração da construção social da própria gestação, mudança que acontece articulada a uma transformação mais geral na medicina.

Em meados do século XX, ocorre uma modificação no modelo médico no Ocidente, ao ser introduzido um novo paradigma que leva em conta a ‘totalidade’ do doente – em outros termos, seu ser ‘bio-psico-social’. Na obstetrícia, essa mudança corresponde a um processo de reforma da profissão vinculada aos movimentos em favor do parto natural que, em sua maioria ‘pilotados’ por médicos, conjugam-se às demandas do movimento da contracultura. Origina-se a partir daí uma proposta que se torna conhecida por ‘humanização’ do parto.

Nessa nova proposta, ao mesmo tempo em que existe, de fato, uma atenuação da intervenção dura do modelo obstétrico anterior, ampliam-se o monitoramento e a vigilância sobre a mulher, a gravidez e o parto, que passam a ser escrutinados, acompanhados, avaliados e, sobretudo, normatizados nos menores detalhes – abrangendo desde as relações familiares da gestante até seus processos bioquímicos intracelulares. Mais ainda, com a biologia molecular, a gravidez antes mesmo de acontecer já é objeto de avaliação e normatização, quando não – com a emergência das novas tecnologias reprodutivas – de consumo mesmo.

Seria contudo ingênuo supor que todo esse movimento corresponderia a uma gigantesca maquinação maquiavélica. A produção da ‘necessidade’ de monitoramento encontra-se vinculada à construção de uma ‘cultura do risco’, partilhada por todos, cujo objetivo final seria, acima de tudo, uma ‘medicina sem surpresas’. É, sobretudo, um conjunto de crenças e valores compartilhados e em constante circulação na cultura. Conjugada a melhorias efetivas para a vida e a saúde dos sujeitos concretos – proporcionadas pela mais variada gama de dispositivos tecnológicos e diagnósticos – é gerada também uma ilusão de controle e saber totais sobre os fenômenos da vida e, por conseguinte, também da morte.

A ampliação da vigilância, nesses moldes, encontra-se inscrita em um contexto mais amplo onde a visualidade impera e no qual a imagem técnica detém o *status* de produtora de verdades incontestáveis, um *constructo* que, conforme vimos, tem suas raízes firmemente plantadas no século XIX. Esta noção é consolidada, do ponto de vista cultural, com a valorização da ‘objetividade’ nas representações do corpo, em conjunto com a invenção de dispositivos tecnológicos que, a começar pela fotografia, aparentemente

‘eliminam’ a intermediação do artista ilustrador. A rigor, sabe-se que as coisas não se passaram exatamente assim, e que as primeiras imagens fotográficas do interior do corpo com propósitos médicos eram incompreensíveis, necessitando ou de um desenhista que destacasse determinadas estruturas, ou de alguém que fosse capaz de decodificar as imagens. Em suma, desde o nascedouro, a imagem técnica utilizada para fins médicos é objeto de debates no que se refere ao eixo subjetividade/objetividade. Contudo, ao longo do século XX, com a multiplicação de tecnologias de imagem, médicas e não-médicas, passa a prevalecer, na cultura ocidental urbana e industrializada, o que considero um mito: o da ‘objetividade’ da imagem técnica.

Esse mito se estabelece e passa a preponderar porque vem ao encontro da forma disciplinar de exercício de poder, cuja síntese seria o panóptico. Se a imagem técnica é ‘objetiva’, expressão **da** ‘verdade’, o escrutínio visual dos corpos por meio de tecnologias, buscado pelos atores sociais, é instituído como uma forma eficaz de controle, na medida em que traz a ‘verdade’ dos corpos e das doenças para a superfície, em imagens externalizadas tecnologicamente.

Estas foram algumas das hipóteses levantadas a partir da investigação teórica, com o intuito de tornar inteligível como havia se constituído o fenômeno da ultra-sonografia obstétrica como objeto de apreciação, consumo e desejo. A pesquisa empírica visou captar de que modo – e principalmente **se** – estas hipóteses correspondiam às práticas e aos discursos de sujeitos concretos.



O trabalho de campo evidenciou as diversas maneiras pelas quais os diferentes aspectos levantados na investigação teórica são construídos, em especial no tocante à ‘produção’ de novos seres por meio de uma tecnologia visual. Um dos pontos focalizados na etnografia consistiu no modo como os atores sociais engendravam todo o tempo esse tipo de cultura visual em torno da gravidez.

No universo observado, a interatividade presente no decorrer dos exames responde por boa parte da ampliação do monitoramento e do escrutínio. É na interação entre gestantes, profissionais e acompanhantes que os médicos ‘ensinam’ as gestantes a ver, nas sombras cinzentas esfumaçadas, os seus ‘bebês’ subjetivados, generificados, ativos e, sobretudo, ‘interativos’, com quem ‘conversam’, a quem dão ordens. Incidentalmente, o

próprio fato de as imagens serem esfumaçadas e indistintas propicia em grande parte que se veja nelas exatamente o que se desejaria ver, como nas nuvens. É, sobretudo, nessa interação que é produzida a pedra de toque de toda uma engrenagem no que tange ao presente estudo. A pedra de toque a que me refiro é o **prazer de ver** as imagens fetais. Ao ser produzido este prazer, é alavancado o consumo das imagens fetais: o feto é ‘apresentado’ à família através da exibição doméstica de vídeos, constroem-se verdades médicas e não-médicas acerca da gestação e do feto, e este se torna parte de um espetáculo.

O prazer de ver, considerado dentro de um quadro cultural de hegemonia da visualidade, é o elemento central que matiza e intermedia o monitoramento e a vigilância que marcam o novo modelo ecológico da obstetrícia desde o final da II Guerra Mundial. A consolidação do prazer de ver evidencia que existe um processo ocorrendo em uma via de mão dupla. As gestantes observadas, em sua grande maioria, submetem-se prazerosamente aos exames ultra-sonográficos ou buscam ativamente obter imagens fetais, um elemento essencial para a acentuação ou mesmo para a produção da gravidez como um assunto médico, no qual a tecnologia de imagem desempenha um papel importante dentro da lógica de monitoramento e vigilância.

Nesse novo modelo, as minúcias são essenciais para a composição de um quadro ‘integral’ de acompanhamento da gestação. O escrutínio ampliado é perceptível nos mais variados aspectos como, por exemplo, na mudança no modo de contagem do tempo gestacional em ‘meses’ para a contagem em ‘semanas’, na multiplicação de exames de bioquímica sanguínea que permitem a detecção cada vez mais precoce de anomalias fetais, e tem como epítome o ultra-som obstétrico.

No bojo dessa situação, é construída uma socialização visual que se transforma em uma linguagem comum para os atores do universo observado. A rigor, não é apenas no grupo etnografado que se encontra em curso a construção de uma nova cultura visual, envolvendo **também** a imagem técnica médica. Volto a sublinhar que esse processo encontra-se inscrito em outro, mais amplo, no qual a visualidade gradualmente é instituída e reforçada como uma forma privilegiada de produção de conhecimento. Contudo, o aspecto a que me refiro aqui é um tanto mais específico e diz respeito ao fato observado, durante a pesquisa, de que as crianças presentes aos exames, com idades a partir de cerca de quatro anos, tinham mais facilidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas do que os adultos leigos. Uma das tantas perguntas surgidas no decorrer da investigação, e que mereceria aprofundamento, é **como** essas crianças – socializadas visualmente com

computadores, videogames e TVs apresentando *Big Brother* – ‘vêem’. Seguramente estão sendo construídos não apenas novos códigos de visualidade de toda uma seqüência de gerações – um dos pontos interessantes a pesquisar – mas também novos sentidos atribuídos ao ato de olhar. Ainda nesta linha de investigação sobre construções do olhar, um aspecto a estudar seria como se passa o processo de aprendizado dos ultra-sonografistas de distinção entre os diferentes tons de cinza e o de sua decodificação.

Uma outra vertente a explorar, partindo do mesmo ponto mas seguindo um caminho diverso, seria o dos rearranjos nas noções de privacidade e intimidade, que articula as reconfigurações do olhar e as da construção social do corpo.

No caso particular do ultra-som, a questão do olhar apresenta certas peculiaridades no que concerne à tensão objetividade/subjetividade. Apesar de culturalmente ter-se solidificado a idéia da imagem técnica como ‘objetiva’ por excelência, as imagens fetais colocam em pauta diversos aspectos relativos ao interjogo entre subjetividade e objetividade do olhar. No universo observado, o problema esteve presente todo o tempo: sem o olhar treinado do especialista, ou seja, de sua subjetividade atuante na decodificação e na interpretação das imagens, dificilmente se compreende o que se vê. Por outro lado, é claro que o ponto de partida de todo o processo reside na existência **objetiva** de um embrião ou feto, além do que determinados parâmetros evidenciados pelo exame são mesmo codificados objetivamente pela aparelhagem, como é o caso da frequência cardíaca fetal, das medidas anatômicas, entre outras. A atividade discursiva em torno das imagens e parâmetros fetais, contudo, era francamente modelada pelos mais variados valores subjetivos dos atores presentes ao exame: tanto os profissionais quanto as gestantes e acompanhantes engajavam-se ativamente na produção das ‘verdades’ mais inusitadas acerca do feto, entrelaçadas com as avaliações e as normatizações objetivas fornecidas pelo aparelho, eventualmente em uma mesma frase deslizando de um pólo a outro.

Se, por um lado, passa a existir uma relativa ‘dessubjetivação’ da vivência da gravidez pela gestante, com a imagem fetal externalizada tornada pública e, conseqüentemente, sendo compartilhada com diversas pessoas, por outro lado as imagens da tela são incessantemente ‘subjetivadas’ pelos atores presentes ao exame. O feto é transformado em um ser ‘destacado’ da grávida, como se tivesse uma vida independente. Há uma ênfase e valorização acentuadas na avaliação dos parâmetros físicos, que se encontram inscritas no – e são modeladas pelo – fenômeno mais amplo da ‘cultura do corpo’, na qual o valor máximo consiste na ‘perfeição’ corporal, dentro de certas normas

culturalmente compartilhadas.

Quase como um contraponto ao fenômeno de psicologização do feto, pesquisado na década de 1980, no Rio de Janeiro, existe na atualidade o que designo de uma ‘fiscalização’ do feto, fundamentalmente dependente de sua visibilização mediada pela tecnologia de ultra-som. Possivelmente essa mudança na percepção acerca do feto vinculasse em parte à retração do que, nos anos 1980, foi descrito como ‘cultura da psicanálise’, largamente difundida nas camadas médias intelectualizadas da população. Da hegemonia da ‘cultura da psicanálise’, interiorizada, passou-se para a hegemonia de uma ‘cultura visual’, externalizada e virtual, e as percepções e sensibilidades contemporâneas acerca do feto parecem ser modeladas de acordo com tais codificações.

Durante a gestação, cada grávida se familiariza com as imagens de **seu** feto. Entretanto, verifica-se a veiculação pela mídia de imagens fetais com os mais variados propósitos, da venda de carros a seguro-saúde, anúncio de programas de TV etc., o que propicia uma certa familiaridade, generalizada, com as imagens fetais. O ponto a ser frisado é que, a rigor, essas imagens são todas muito parecidas entre si e os atores têm relativo conhecimento disto, os profissionais em especial. Mesmo assim, à medida que transcorre a gravidez, não apenas as gestantes, orientadas pelos profissionais, ‘aprendem a ver’ as imagens projetadas na tela do monitor do aparelho de ultra-som, como vêm nessas mesmas imagens os seus ‘bebês’ singulares, tecendo comentários como “*é a tua cara!*”, “*o nariz é igualzinho ao do pai*”, e outros no gênero.

Todos os atores presentes ao exame encontram-se firmemente empenhados na produção de uma nova cultura visual, mesmo que as motivações de uns e de outros – médicos, gestantes e acompanhantes – possam diferir radicalmente, conforme a etnografia evidenciou. A construção desse tipo de cultura tem como resultado final uma naturalização do escrutínio constante das gestações e dos fetos por meio do ultra-som, mediada por ‘sentimentos’ de grávidas que declaravam estar “*com saudades dele [ou dela], faz tempo que não vejo ele [ou ela]*”, o que intrinsecamente transformava a realização do exame em uma ‘necessidade’, do ponto de vista emocional.

Para os profissionais, no tocante ao desenvolvimento e ao apuro da capacidade de ‘ver’ e, sobretudo, de decodificar as imagens fetais, encontram-se em jogo várias questões. Estas envolvem desde o aperfeiçoamento da proficiência na investigação de vários aspectos diagnósticos possibilitados pelo exame, em conjunto com normatizações da gravidez e do desenvolvimento fetal, até sua credibilidade e renome no meio médico, juntamente com o

interesse na formação e na consolidação de uma clientela que lhes permita continuar atuando profissionalmente com sucesso em um mercado crescentemente competitivo.

Para as gestantes, a curiosidade sobre o feto é a motivação principal para que se empenhem em ‘aprender a ver’. Para os atores do universo observado, parece ter-se tornado impossível não ‘ver’ o que se passa dentro do útero, uma atividade que muitas vezes ultrapassa os ‘limites’ de cerca de quatro ou cinco ultra-sonografias – a média ‘necessária’ para o acompanhamento de uma gestação sem intercorrências.<sup>375</sup> O exemplo emblemático desta situação é o exame solicitado pelas gestantes – com o apoio dos obstetras, que redigem o pedido a ser apresentado por elas nas clínicas de ultra-som – única e exclusivamente para a determinação do sexo fetal.

Para os acompanhantes, que são os mais variados possíveis, as motivações também são bastante diversificadas, mas guardam um ponto em comum: a inclusão social do feto, antecipando sua ‘existência’ para todos como neto, irmãozinho ou irmãzinha, sobrinho, afilhado etc. A ultra-sonografia obstétrica parece ter-se transformado em uma ocasião chave dessa inclusão social, mesmo que ainda apenas virtual, por meio das imagens tecnológicas obtidas mediante ultra-som. Nessa perspectiva, o exame pode ser compreendido como uma atividade ritualística modelada por uma cultura eminentemente visual, medicalizada e tecnologizada.

Abordando então o fenômeno da popularização e do consumo de ultra-sonografias obstétricas pelo prisma da produção do prazer de ver e da construção de uma ‘socialização visual’ ou da elaboração de uma cultura visual, a produção da Pessoa fetal ou, em outros termos, a construção social do feto como Pessoa apresenta-se, acima de tudo, como um **corolário** do processo mais amplo de monitoramento, vigilância e medicalização da gravidez e – diferentemente do que pensava ao iniciar a investigação empírica – não como um **fim** em si.

O escrutínio visual torna públicas as diversas etapas do desenvolvimento fetal que anteriormente se passavam no interior do útero de modo inacessível ao olhar. Existem três momentos marcantes que podem ser destacados no *continuum* do processo de transformação do feto em Pessoa, sintetizados de modo bem-humorado nas expressões utilizadas – em geral pelos profissionais – para descrever ou fazer referências ao conceito no decorrer das ultra-sonografias.

---

<sup>375</sup> Um informante me revelou que algumas gestantes vão a mais de um obstetra para obterem deles pedidos

O primeiro momento é quando, no exame entre a 6<sup>a</sup> e a 8<sup>a</sup> semana gestacional, pode-se verificar visualmente a presença e a localização, no útero,<sup>376</sup> do embrião dentro do saco gestacional, eventualmente saudado de maneira festiva com: *“Dois centímetros de bebê!”*.

No exame de translucência nugal, entre a 11<sup>a</sup> e a 13<sup>a</sup> semana gestacional, deixa de ser o *“feijãozinho”* ou *“uma massinha branca ali no canto do saco gestacional”* do exame anterior, para ser descrito como *“seu bebezinho, com braços e pernas”*.

Finalmente, após a determinação – com segurança – do sexo fetal, a partir da 15<sup>a</sup> semana, transforma-se em *“ele”* ou *“ela”*, com seus respectivos nomes e, em torno da 20<sup>a</sup> semana, ao atingir a marca dos 500g, pode então ser designado pelo expressivo *“Meio quilo de gente!”*

Sintetizando, o feto é tornado ‘humano’ ao serem visibilizados ‘braços e pernas’, mesmo que incipientes, mas só se transforma em ‘gente’ quando pode receber um nome que passará a ser utilizado para designá-lo. A curiosidade pervasiva pela determinação do sexo fetal é significativa da importância deste aspecto no processo de singularização, subjetivação e inclusão social do feto. O instante da determinação do sexo cristaliza a transformação do feto em Pessoa. A situação que melhor sintetiza a vinculação de um aspecto a outro é a que foi descrita – com espanto – pelo médico que, ao revelar a uma gestante que seu feto era anencéfalo e que não iria sobreviver ao parto, esta imediatamente perguntou pelo sexo fetal. Para o médico, um feto anencéfalo era sobretudo um problema, ou um ‘caso médico’, enquanto a pergunta da gestante denotava seu interesse em saber **quem** era seu feto, mesmo que este fosse morrer logo após o nascimento. A determinação do sexo delimitaria e definiria **que Pessoa** iria morrer.

A determinação do sexo fetal reforça a atividade mais freqüentemente observada no campo: a construção de gênero, em conjunto com a subjetivação fetal.<sup>377</sup> Este aspecto foi evidenciado em pesquisas antropológicas no exterior e, no meio observado, passa-se de maneira similar àquela que encontrei relatada nessa literatura. O que, no grupo etnografado, difere acentuadamente do que é descrito nesta produção – e também do que

---

de ultra-sonografias, que lhes permitam marcar exames nas clínicas.

<sup>376</sup> Se o embrião estiver localizado na trompa de Falópio configura-se um problema: a gestação não seguirá adiante e a saúde da mulher encontra-se em risco emergencial.

<sup>377</sup> Sublinho que esta determinação apenas ‘reforça’ porque, a rigor, tanto a construção de gênero quanto a subjetivação generificada do feto pelos atores têm seu início no primeiro exame, muito antes da visualização da genitália formada do feto, conforme vimos no capítulo 9.

alguns informantes verificaram em estágios realizados por eles fora do país – é o aspecto marcante de **consumo de imagens fetais** e seus subprodutos: ‘fotos’, vídeos, DVDs. Outra vertente de consumo, sobre a qual não havia encontrado referência alguma na literatura, diz respeito à corrida gerada a partir da determinação do sexo fetal, voltada para bens de consumo ‘para o neném’, com características bastante peculiares. Trata-se de uma mescla insólita de construção de gênero com consumo de bens.

Essa construção de gênero é uma produção conjunta, envolvendo valores e crenças preexistentes de profissionais e clientes. A transformação do feto em ‘consumidor’, generificado por meio de cores e do tipo de brinquedos que passa a ganhar, é também um modo de inclusão social, tornando-o um ser ‘participante’ da rede econômica de trocas. O mesmo pode ser dito no tocante à sua transformação em ‘celebridade’, através de vídeos ou DVDs exibidos – como se fossem ‘documentários’ individualizados – para a família e os amigos em sessões domésticas.<sup>378</sup> O feto-Pessoa, generificado, consumidor, além de ‘paciente’, torna-se um ‘astro televisivo’ em um espetáculo literalmente ‘*pay-per-view*’.

A espetacularização da gravidez por meio da exacerbação do consumo de ultra-som *per se* obscurece um aspecto que, na origem, teria sido a *raison d’être* de sua invenção. A detecção *in utero* de anomalias fetais e a conduta a adotar quando isto ocorre ficam em segundo plano nos discursos e nas práticas do campo observado. Considerando-se, em acréscimo, a proibição legal do aborto no Brasil, o silêncio sobre o tema adquire um sentido que se encontra fortemente entrelaçado com a exacerbação do conceito que passou a ser difundido e popularizado no meio leigo – o do ultra-som obstétrico muito mais como espetáculo do que como meio diagnóstico. O ocultamento do assunto, em conjunto com a externalização da gravidez por meio das imagens fetais propiciam a construção de um discurso de conotação nitidamente natalista sobre o ‘reforço do vínculo’ materno com feto, por meio de uma antecipação de sua existência social, como se já se tratasse de um bebê nascido – evidenciando, entre outros aspectos, que o pressuposto subjacente é o de que a mulher não disporia de direito de escolha.

Em suma, no que diz respeito à questão do aborto e do direito de escolha, a constituição do ultra-som como ‘espetáculo’ em um contexto no qual o aborto é ilegal – seja qual for a motivação da mulher para desejar ou não levar a cabo sua gravidez –

---

<sup>378</sup> Um outro campo que me pareceu altamente interessante para o desenvolvimento de uma investigação etnográfica, na medida em que é um ponto de articulação de um sem-número de aspectos: relações familiares, consumo, espetacularização, construções do corpo, reconfigurações da noção de privacidade etc.



equivale à situação de um prestidigitador que entretém sua platéia chamando a atenção sobre suas atividades explícitas enquanto desenvolve outras, ocultas, em paralelo.

Reiterando, friso que não considero tratar-se de estratégias intencionais, e sim de um conjunto de fatores que, articulados, produzem um fenômeno superdeterminado. Mais ainda, atribuo o ‘sucesso’ da ultra-sonografia no meio observado exatamente ao fato de responder e, ao mesmo tempo, reproduzir e ampliar demandas sociais tão diversificadas quanto as que delineei nesta tese.

A antecipação da existência social do feto pode ser compreendida tomando-se como pano de fundo a acentuação da ideologia individualista, na qual o indivíduo é erigido como um valor moral. Como se o quanto antes os seres se tornassem ‘indivíduos’, mais investidos desta qualidade moral estariam. Em uma sociedade medicalizada, monitorada, na qual vigora a ‘cultura do risco’ e onde a visualidade consiste no modo privilegiado de obtenção de conhecimento, faz sentido o fato de a inclusão nela de novos sujeitos dar-se marcadamente por meio de uma tecnologia visual médica. Esta, além de propiciar e incitar ao consumo de procedimentos médicos, assim como de bens variados, permite que o processo de produção de novos seres seja transformado em espetáculo, o que por seu turno contribui para a ilusão de que, em se tornando as coisas visíveis, ‘tudo se sabe’ acerca da vida e que, conseqüentemente, em última instância passa-se a conhecer tudo sobre a morte.



Finalizo aqui com uma digressão acerca de uma questão que me sensibilizou em especial ao encerrar esta pesquisa e que remete à primeira epígrafe deste trabalho. Recentemente, tomei conhecimento de algumas conjecturas tecidas por um escultor,<sup>379</sup> ao analisar a evolução das esculturas de Michelangelo ao longo de sua vida, e que funcionam como um contraponto, ou mesmo uma antítese, ao que eu chamaria ‘ilusão do saber visível’, na qual nos encontramos culturalmente imersos na atualidade.

Segundo Edgard Duvivier, com o tempo, Michelangelo teria desenvolvido um conceito de ‘ponto zero’ da escultura, que consistiria no fato de, ao desbastar a pedra, o autor sempre deixar um excesso de um a dois centímetros do mármore. Inicialmente, a

---

<sup>379</sup> Edgard Duvivier (1916-2001), corroborado por informações e apontamentos gentilmente cedidos por seu filho, Edgard Mendes de Moraes Duvivier.

idéia poderia ter sido a de não ferir a superfície final de acabamento, ou de apresentar mais rapidamente aos ‘clientes’ o encaminhamento das encomendas que se acumulavam. Duvivier especulava entretanto que, com o decorrer do tempo, Michelangelo teria se ‘apropriado’ do aspecto ‘inacabado’ que assim se produzia, como que apaixonando-se pelo mármore, passando a cada vez mais incorporar conceitualmente o excesso da pedra bruta às suas esculturas. Como resultado, elas, de certo modo, teriam que ser parcialmente intuídas pelos que as viam, como se a escultura ‘mesmo’ estivesse oculta dentro do mármore. Se esta era ou não a intenção explícita do artista, nunca saberemos. Por outro lado, suas últimas esculturas corroboram cabalmente a existência da integração conceitual entre uma parte de mármore quase intacto e as superfícies esculpidas.

É no mínimo interessante pensar que em um período no qual foram construídas – em conjunto com a valorização moral da busca secular de conhecimento – as principais referências e codificações visuais que vigoram até nossos dias, Michelangelo, lidando com o corpo e seu conhecimento, com o visual e com o espaço, tenha adotado uma postura conotando possivelmente que nem tudo deveria ser exibido de maneira explícita ao olhar.

## **BIBLIOGRAFIA**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERS, Josef. **Interaction of Color. Unabridged text and selected plates.** Revised Edition. New Haven & London: Yale University Press, 1975. 81p.

ALLEN, N.J. The category of the person: a reading of Mauss's last essay. In: CARRITHERS, Michael *et al.* (Eds.). **The Category of the Person – Anthropology, Philosophy, History.** Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p.26-45.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 279p.

ARMSTRONG, David. The invention of infant mortality. **Sociology of Health & Illness: a Journal of Medical Sociology**, Washington, v.8, n.3, p.211-232, Sep. 1986.

ARNEY, William Ray. **Power and the Profession of Obstetrics.** Chicago & London: The University of Chicago Press, 1982. 290p.

BARROS, Manoel de. **Ensaio fotográficos.** Rio de Janeiro: Record, 2000. 66p.

BECKER, Howard S.; GEER, Blanche. Participant Observation and Interviewing: A comparison. In: MANIS, J.G.; MELTZER, B.N. (Eds.). **Symbolic Interaction: a Reader in Social Psychology.** Boston: Allyn & Bacon, 1978. p.76-83.

BEILLEVAIRE, Patrick; BENZA, Alban. Mauss dans la Tradition Durkheimienne: de l'Individu à la Personne. **Critique**, Paris, XL (445-446), p.532-541, 1984.

BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional.** 2003. 363f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ. 2003.

BROWNER, Carole; PRESS, Nancy. The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care. **Medical Anthropology Quarterly**, v.10, n.2, p.141-156, Jun.,1996.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam. In: LOURO, G.L. (Org.) **O corpo educado. Pedagogia da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p.151-172.

CAMARGO Jr., Kenneth R. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.45-68, 1997.

\_\_\_\_\_ **Biomedicina, saber e ciência.** São Paulo: HUCITEC, 2003. 195p.

CAMPBELL, Colin. **The Romantic Ethic and the Spirit of Modern Consumerism.** Oxford UK & Cambridge USA: Blackwell, 1987.

\_\_\_\_\_ A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. **Religião e Sociedade**, v.18, n.1, 1997. p.5-22.

\_\_\_\_\_ **A ética romântica e o espírito do consumismo moderno.** Rio de Janeiro: Rocco, 2001. 400p.

CARLINO, Andrea. Tradition: an Archeology of Anatomical Knowledge and of Dissecting Practices. In: \_\_\_\_\_ **Books of the Body. Anatomical Ritual and Renaissance Learning.** Chicago and London: The University of Chicago Press, 1999. p.120-186.

CARTWRIGHT, Lisa. **Screening the Body. Tracing Medicine's Visual Culture.** London & Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995. 199p.

CHACEL, Pedro Pablo. De volta ao passado. **Jornal do Conselho Federal de Medicina.** Coluna "Fala Médico", n.148, p.10, março/abril 2004.

CHAZAN, Lilian K. **Fetos, máquinas e subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como Pessoa através da tecnologia de imagem.** 2000. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_ *Camera obscura*, estereoscópio, raios-X e outras máquinas: um estudo sobre tecnologias visuais na medicina e a construção da Pessoa contemporânea. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 4, 2001, Curitiba. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa ANTROPOLOGIA DA PESSOA: os processos de individualização na cultura contemporânea.

\_\_\_\_\_ Movimento, transparência e fragmentação: uma discussão acerca do papel das tecnologias visuais médicas na construção do corpo e da Pessoa contemporâneos. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 23, 2002a, Gramado. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa PESSOA E CORPORALIDADE.

\_\_\_\_\_ O corpo transparente: um panóptico invertido? Considerações sobre as tecnologias de imagem na reconfiguração da Pessoa contemporânea. In: REUNIÃO DA ANPOCS, 26, 2002b, Caxambu. Trabalho apresentado no GT-13 PESSOA E CORPO:

Novas tecnologias biológicas e novas configurações ideológicas.

\_\_\_\_\_ **Visão e totalidade: considerações sobre a Doutrina das cores de Goethe e a construção do observador moderno.** 2002c. 38f. Monografia. (Trabalho de conclusão do curso Antropologia Cognitiva) – Museu Nacional/UFRJ. Rio de Janeiro, 2002c.

\_\_\_\_\_ O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da Pessoa contemporânea. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.193-214, 2003.

CORRÊA, Marilena Cordeiro D.V. **A tecnologia a serviço de um sonho: um estudo sobre reprodução assistida.** 1997. 290f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_ **Novas tecnologias reprodutivas – limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. 264p.

COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1979. 282p.

COUTINHO, Arnaldo Pineschi A. Uma análise bioética da ‘casa de parto’. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, n.161, p.12, fev. 2004.

CRARY, Jonathan. Modernizing Vision. In: FOSTER, Hal (Ed). **Vision and Visuality. Discussions on Contemporary Culture n.2.** New York: The New Press, 1999a. p.29-49.

\_\_\_\_\_ **Techniques of the Observer – on Vision and Modernity in the Nineteenth Century.** London UK; Cambridge USA: MIT Press, 1999b. 171p.

\_\_\_\_\_ A visão que se desprende: Manet e o observador atento no fim do século XIX. In: CHARNEY, L.; SCHWARTZ, V. (Orgs.) **O cinema e a invenção da vida moderna.** São Paulo: Coseac & Naify, 2001. p.81-114.

CUSSINS, Charis M. Quit Sniveling, Cryo-Baby. We’ll Work Out Which One’s Your Mama! In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots.** New York & London: Routledge, 1998. p.40-66.

DA MATTA, Roberto. O Ofício de Etnólogo, ou como ter ‘*Anthropological Blues*’. In: NUNES, E. O. (Org.). **A Aventura Sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.25-35.

DASTON, Lorraine; GALISON, Peter. The Image of Objectivity. **Representations**, v.0, n.17, Special Issue: Seeing Science, Autumn 1992. p.81-128. Capturado na Internet

em 03/07/2003, em <http://www.jstor.org/journals/ ucal.html>.

DINIZ, Débora; RIBEIRO, Diaulas C. **Aborto por anomalia fetal**. Brasília: LetrasLivres, 2003. 149p.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 209p.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq, 1986. 290p.

\_\_\_\_\_ Formação e ensino na antropologia social: os dilemas da universalização romântica. In: OLIVEIRA, J.P. (Org.). **O ensino da antropologia no Brasil. Temas para uma discussão**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia/ABA, 1995.

DUDEN, Barbara. **Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn**. Cambridge, Massachussets & London, England: Harvard University Press, 1993. 126p.

DUMIT, Joseph. A Digital Image of the Category of the Person. In: DOWNEY, G. L.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies**. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1997. p.83-102.

DUMIT, Joseph; DAVIS-FLOYD, Robbie. Cyborg Babies: Children of the Third Millennium. In: \_\_\_\_ **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.1-18.

DUMONT, Louis. **Homo hierachicus: o sistema de castas e suas implicações**. São Paulo: EDUSP, 1992. 412p.

\_\_\_\_\_ O valor nos modernos e nos outros. In: \_\_\_\_ **O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p.237-278.

ELIAS, Norbert. **Uma história dos costumes**. In: \_\_\_\_ **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1994. v.1. 277p.

\_\_\_\_\_ **Formação do Estado e Civilização**. In: \_\_\_\_ **O processo civilizador**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1993. v.2. 307p.

FELLOUS, Michèle. **La première image: enquête sur l'échographie obstétricale**. Paris, France: Éditions Nathan, 1991. 154p.

FERRARI, Giovanna. Public Anatomy Lessons and the Carnival: The Anatomy Theatre of Bologna. **Past and Present**, v.0, n.117, nov. 1987. p.50-106. Capturado na Internet em 20/06/2003, em <http://www.jstor.org/journals/oup.html>.

FIGUEIRA, Sérvulo A. Introdução: psicologismo, psicanálise e ciências sociais na 'cultura da psicanálise'. In: \_\_\_\_ **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.7-13.

FINDLAY, Deborah. Discovering Sex: Medical Science, Feminism and Intersexuality. **Canadian Review of Sociology and Anthropology**, v.32, n.1, p.25-52, 1995.

FORTES, Meyer. On the Concept of the Person among the Tallensi. In: **La Notion de Personne en Afrique Noire**. Paris, CNRS, 1973. p.283-319.

FOUCAULT, Michel. **Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. 175p.

\_\_\_\_\_. **A vontade de saber**. In: \_\_\_\_ **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. v.1. 152p.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998a. 241p.

\_\_\_\_\_. A política de saúde no século XVIII. In: \_\_\_\_ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998b. p.193-207.

\_\_\_\_\_. Não ao sexo rei. In: \_\_\_\_ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998c. p.229-242.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1999. 262p.

FRANKLIN, Sarah. Deconstructing 'Desperateness': The Social Construction of Infertility in Popular Representations of New Reproductive Technologies. In: McNEIL, M.; VARCOE, I.; YEARLEY, S. (Eds.). **The New Reproductive Technologies**. New York: St. Martin's Press, 1990. p.200-229.

FRANKLIN, Sarah; RAGONÉ, Helena. Introduction. In: \_\_\_\_ **Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998. p.1-14.

GEERTZ, Clifford. 'From the native's point of view': on the nature of anthropological understanding. In: SHWEDER, Richard (Ed.). **A Culture Theory**. Cambridge: Cambridge



University Press, 1984. p.123-136.

\_\_\_\_\_ Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: \_\_\_\_ **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989a. p.13-41.

\_\_\_\_\_ Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa. In: \_\_\_\_ **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989b. p.278-321.

GEORGES, Eugenia. Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece. **Medical Anthropology Quarterly**, v.10, n.2, p.157-175. Jun. 1996.

GOETHE, J. W. **Doutrina das cores**. São Paulo: Nova Alexandria, 1993 [1810]. 175p.

GUSDORF, Georges. **Le savoir romantique de la nature**. Paris: Payot, 1985.

HARCOURT, Glenn. Andreas Vesalius and the Anatomy of Antique Sculpture. **Representations**, vol.0, Issue 17, Special Issue: The Cultural Display of the Body, Winter, 1987. p.28-61. Capturado na Internet em 03/07/2003, em <http://www.jstor.org/journals/ucal.html>.

HERIOT, M. Jean. Fetal Rights *versus* the Female Body: Contested Domains. **Medical Anthropology Quarterly**, v.10, n.2, p.176-194, Jun. 1996.

**Jornal do CREMERJ**. Rio de Janeiro. Editorial. n.158, p.2, novembro 2003.

\_\_\_\_\_ MP faz sindicância sobre casas de parto. n.158, p.3, nov. 2003.

KEMP, Martin. A Perfect and Faithful Record?: Mind and Body in Medical Photography before 1900. In: THOMAS, A. (Ed.). **Beauty of Another Order. Photography in Science**. New Haven & London: Yale University Press, 1998. p.120-149.

LA FONTAINE, J. S. Person and Individual: some Anthropological Reflections. In: CARRITHERS, Michael *et al.* (Eds.). **The Category of the Person – Anthropology, Philosophy, History**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p.123-140.

LAQUEUR, Thomas. **Making Sex**. Cambridge, Massachussets & London, England: Harvard University Press, 1992. 313p.

LO BIANCO, Anna Carolina. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.94-115.

LUNA, Naara Lúcia de Albuquerque. **Provetas e clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas**. 2004. 400f. Tese (Doutorado em

Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ, 2004.

MARTIN, Emily. **The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction**. Boston, Massachusetts: Beacon Press, 1992. 276p.

MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu'. [1938] In: \_\_\_\_\_ **Sociologia e antropologia**. São Paulo: E.P.U./EDUSP, 1974. v.1. p.207-241.

MENEZES, Rachel A. Profissionais de saúde e a morte: emoções e forma de gestão. In: Reunião de Antropologia do Mercosul, 5, 2003, Florianópolis. Trabalho apresentado no GT Antropologia da emoção, Mimeo, 2003. 20p.

\_\_\_\_\_ **Em busca da “boa morte”: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos**. 2004. 255f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

MITCHELL, Lisa M. The Routinization of the Other: Ultrasound, Women and the Fetus. In: BASEN, G.; EICHLER, M.; LIPPMAN, A. (Eds.) **Misconceptions: The Social Construct of Choice and the New Reproductive and Genetic Technologies**. Ontario, Canada: Voyageur Publishing, 1994. v.2. p.146-160.

MITCHELL, Lisa M.; GEORGES, Eugenia. Baby's First Picture: The Cyborg Fetus of Ultrasound Imaging. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.105-124.

MOTT, Maria L. Mme. Durocher, modista e parteira. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.2, n.3, p.101-116, 1994.

NANDA, Serena. Hijras: an Alternative Sex and Gender Role in India. In: HERDT, G. (Ed.) **Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in Culture and History**. New York: Zone Books, 1993. p.373-417.

NICOLACI-DA-COSTA, Ana Maria. Mal-estar na família: descontinuidade e conflito entre sistemas simbólicos. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.) **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.148-168.

NOVAES, Simone; SALEM, Tania. Recontextualizando o embrião. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.3, n.1, p.65-88, 1995.

ORTEGA, Francisco. O corpo transparente: apontamentos para uma história cultural da visualização médica do corpo. Inédito. Mimeo, 2004.

**PALL MALL GAZETTE.** Occasional Notes. London, March 20, 1896. p.2.

PARK, Katherine. The Criminal and the Sainly Body: Autopsy and Dissection in Renaissance Italy. **Renaissance Quarterly**, v.47, Issue 1, Spring 1994. p.1-33. Capturado na Internet em 16/07/2003, em <http://www.jstor.org/journals/rqa.html>.

PEREIRA, Ondina P. *Homo photographicus*: Das imagens do mundo ao mundo das imagens. In: VEIGA, G.; DANTAS, J.M.; PEREIRA, O.P. **A margem – coletânea de textos na margem da filosofia**. Brasília: Thesaurus, 1999. p.107-126.

PETCHESKY, Rosalind P. Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. In: STANWORTH, M. (Ed.). **Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine**. Cambridge & Minneapolis: Polity Press and the University of Minnesota, 1987. p.57-80.

**PETIT LAROUSSE.** Paris: Librairie Larousse, 1967. 1800p.

PIONTELLI, Alessandra. Infant observation from before birth. **Int. Journal of Psycho-Analysis**, v.68, n.4, p.453-464, 1987.

\_\_\_\_\_ Pre-natal life and birth as reflected in the analysis of a 2-year-old psychotic girl. **The International Review of Psycho-Analysis**, v.15, n.1, p.73-82, 1988.

\_\_\_\_\_ A study on twins before and after birth. **Int. Rev. Psycho-Anal.** v.16, n.4, p. 413-426, 1989.

\_\_\_\_\_ **From Fetus to Child: an Observational and Psychoanalytic Study.** New York : Routledge, 1992. 260p.

\_\_\_\_\_ Kin recognition and early precursors of attachment as seen in the analysis of a young psychotic adopted boy. **Journal of Child Psychotherapy**, v.21, n.1, p.5-22, 1995.

PORTER, Roy. **The Greatest Benefit to Mankind: a Medical History of Humanity.** New York & London: W.W.Norton & Company, 1997. 800p.

PRICE, Frances V. The Management of Uncertainty in Obstetric Practice: Ultrasonography, *In Vitro* Fertilization and Embryo Transfer. In: McNEIL, M.; VARCOE, I.; YEARLEY, S. (Eds.). **The New Reproductive Technologies.** New York: St. Martin's

Press, 1990. 257p.

RAPP, Rayna. Real-Time Fetus: the Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction. In: DOWNEY, G. L.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborgs and Citadels: Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies**. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1997. p.33-48.

\_\_\_\_\_ Refusing Prenatal Diagnosis: The Uneven Meanings of Bioscience in a Multicultural World. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.143-167.

\_\_\_\_\_ **Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America**. New York & London: Routledge, 1999. 361p.

RESOLUÇÃO 1361/1992 DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Diário Oficial da União**. Seção I, de 14-12-92, p.17.186.

RIVAL, Laura. Androgynous parents and guest children: the Huaorani couvade. **J. Roy. anthrop. Inst.** v.4, n.4, p.619-642, Dec. 1998.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher**. 2000. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_ **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 224p.

\_\_\_\_\_ **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 246p.

RUSSO, Jane; PONCIANO, Edna. O sujeito da neurociência: da naturalização do homem ao re-encantamento da Natureza. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.345-373, 2002.

SÁ, Guilherme José da Silva e. Meus macacos são vocês: um antropólogo seguindo primatólogos em campo. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 24, 2004, Recife. Mimeo. Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa 36: Antropologia, trabalho de campo e subjetividade: desafios contemporâneos, 2004.

SALEM, Tania. A trajetória do ‘casal grávido’: de sua constituição à revisão de seu

projeto. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.35-61.

\_\_\_\_\_. **Sobre o “casal grávido”: incursão em um universo ético**. 1987. 288f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

\_\_\_\_\_. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. **Mana**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.75-94, 1997.

SAWDAY, Jonathan. **The Body Emblazoned. Dissection and the Human Body in Renaissance Culture**. London & New York: Routledge, 1996. 327p.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. A. Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, v.32, p.2-19, 1979.

SENNETT, Richard. **O declínio do homem público. As tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. 447p.

SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico. Corpo, subjetividade e tecnologias digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. 228p.

SIMMEL, G. **On individuality and social forms**. Chicago: University of Chicago Press, 1971.

SHORTER, Edward. **Women’s Bodies: A Social History of Women’s Encounter with Health, Ill-Health, and Medicine**. New Brunswick & London: Transaction Publishers, 1997. 398p.

SOUZA, Francisco Antonio de. **Novo Dicionario Latino-portuguez**. Paris: Librairie Aillaud, c.1935. 865p.

STABILE, Carol. Shooting the Mother. Fetal Photography and the Politics of Disappearance. In: TREICHLER, P.; CARTWRIGHT, L.; PENLEY, C. (Eds.). **The Visible Woman. Imaging Technologies, Gender, and Science**. New York & London: New York University Press, 1998. p.171-197.

STURKEN, Marita; CARTWRIGHT, Lisa. **Practices of Looking. An Introduction to Visual Culture**. New York: Oxford University Press, 2001. 385p.

TAYLOR, Charles. **As fontes do *self* – a construção da identidade moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1997. 670p.

TAYLOR, Janelle. Image of Contradiction: Obstetrical Ultrasound in American Culture. In: FRANKLIN, S.; RAGONÉ, H. (Eds.) **Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998. p.15-45.

TIERNEY, Thomas F. Anatomy and Governmentality: A Foucauldian Perspective on Death and Medicine in Modernity. **Theory & Event**, Baltimore, v.2, n.1, 1998. p.1-52. (Capturado na Internet em [http://muse.jhu.edu/journals/theory\\_and\\_event/v002/2.1tierney.html](http://muse.jhu.edu/journals/theory_and_event/v002/2.1tierney.html)).

TORNQUIST, Carmen Suzana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.483-492, 2002.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. (Org.). **A Aventura Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.36-46.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1999. 233p.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ANDRADE, Ricardo A. S. **L'héritage romantique allemand dans la pensée freudienne**. Tese de doutorado. Paris: Université de Paris VII, 1990.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.
- BERGER, John. **Modos de ver**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. 165p.
- BLANCHET, Alain; GOTMAN, Anne. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien**. Paris: Éd. Nathan Université, 1992. 125p.
- BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1998. 361p.
- CRARY, Jonathan. **Suspensions of Perception: Attention, Spectacle, and Modern Culture**. Cambridge, Massachusetts & London: The MIT Press, 2001. 397p.
- DEBORD, Guy. **A sociedade do espetáculo. Comentários sobre a sociedade do espetáculo**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997. 237p.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900**. São Paulo: EDUC/ Escuta, 1992. 253p.
- FOUCAULT, Michel. *Omnes et singulatim*: por uma crítica da 'razão política'. **Novos Estudos CEBRAP**, n.26, p.77-99, mar. 1990.
- \_\_\_\_\_. A governamentalidade. In: \_\_\_\_ **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998. p.277-293.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. Insider accounts: listening and asking questions. In: \_\_\_\_ **Ethnography. Principles in practice**. London & New York: Tavistock Publications, 1986. p.105-126.
- HARAWAY, Donna. A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century. In: \_\_\_\_ **Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature**. New York: Routledge, 1991. p.149-181.
- HARTOUNI, Valerie. Fetal Exposures. Abortion Politics and Optics of Allusion. In: TREICHLER, P.; CARTWRIGHT, L.; PENLEY, C. (Eds.). **The Visible Woman**.

**Imaging Technologies, Gender, and Science.** New York & London: New York University Press, 1998. p.198-216.

HUNT, Lynn. (Ed.) **A invenção da pornografia. Obscenidade e as origens da modernidade, 1500-1800.** São Paulo: Hedra, 1999. 372p.

KULICH, Dan. **Travesti. Sex, Gender and Culture among Brazilian Transgendered Prostitutes.** Chicago & London: The University of Chicago Press, 1998. 269p.

KULICH, Dan; WILSON, Margaret. **Taboo. Sex, Identity and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork.** London & New York: Routledge, 1995. 283p.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss[1947]. In: MAUSS, M. **Sociologie et anthropologie.** Paris: PUF, 1950. p.IX-LII.

\_\_\_\_\_ Introdução: a obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia.** São Paulo: E.P.U/EDUSP, 1974. v.1. p.1-37.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152p.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico ocidental.** Coleção Os Pensadores. v. XLIII. São Paulo: Abril Cultural, 1976. 434p.

\_\_\_\_\_ **Um diário no sentido estrito do termo.** Rio de Janeiro: Record, 1997. 336p.

MARTIN, Emily. The Fetus as Intruder: Mother's Bodies and Medical Metaphors. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots.** New York: Routledge, 1998. p.125-142.

PETCHESKY, Rosalind P. Introduction. In: PETCHESKY, R.P.; JUDD, K. (Eds.) **Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures.** London & New York: Zed Books Ltd., 1998a. p.1-30.

\_\_\_\_\_ Cross-Country Comparisons and Political Visions. In: PETCHESKY, R. P.; JUDD, K. (Eds.) **Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures.** London & New York: Zed Books Ltd., 1998b. p.295-323.

PINTO, Paulo Gabriel H.R. **Saber ver: recursos visuais e formação médica.** 1997. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.



PORTO, Marco Antônio T. **Um espectro na máquina – abordagem cultural da tecnologia médica**. 1995. 163f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1995.

ROPA, Daniela; DUARTE, Luiz Fernando D. Considerações teóricas sobre a questão do ‘atendimento psicológico’ às classes trabalhadora”. In: FIGUEIRA, S. (Org.). **Cultura da psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.178-201.

RUSSO, Jane A. Indivíduo e transcendência: algumas reflexões sobre as modernas ‘religiões do eu’. **DOXA – Revista Paulista de Psicologia**, São Paulo, v.3, n.3, p.9-33, 1997.

SANJEK, Roger. (Ed). **Fieldnotes. The Makings of Anthropology**. Ithaca & London: Cornell University Press, 1990. 429p.

SCHMIDT, Matthew; MOORE, Lisa Jean. Constructing a ‘Good Catch’, Picking a Winner: The Development of Technosemen and the Deconstruction of the Monolithic Male. In: DAVIS-FLOYD, R.; DUMIT, J. (Eds.). **Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots**. New York & London: Routledge, 1998. p.21-39.

SHORTER, Edward. **The Making of the Modern Family**. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1977. 368p.

STAFFORD, Barbara Maria. **Body Criticism. Imaging the Unseen in Enlightenment Art and Medicine**. Cambridge, Massachussets & London: The MIT Press, 1997a. 587p.

\_\_\_\_\_. **Good Looking. Essays on the Virtue of Images**. Cambridge, Massachussets & London: The MIT Press, 1997b. 259p.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

	<b>Período pré-profissional</b> ⇒ até fim do século XIX	<b>Período profissional</b> ⇒ 1890-1945	<b>Período de monitoramento</b> ⇒ pós II Guerra Mundial
<b>Metáfora e lógica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nascimento como mistério</li> <li>▪ Ordem aristotélica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corpo como máquina</li> <li>▪ Racionalidade científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Corpo como sistema aberto de comunicação</li> <li>▪ Ordem ecológica/teoria dos sistemas</li> </ul>
<b>Conceitualização da gravidez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Normal/anormal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potencialmente patológico</li> <li>▪ Categorias dicotômicas ainda aplicáveis, mas limites esmaecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gravidez como processo</li> <li>▪ Parto bidimensional: dimensões psicológica e fisiológica</li> </ul>
<b>Divisão de trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relação simbiótica entre parteira e atendente obstétrico</li> <li>▪ Parteiras atendem partos normais</li> <li>▪ Cirurgiões-barbeiros atendem partos anormais</li> <li>▪ Parteiras controlam os limites e a duração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limites e duração controlados pelo especialista em obstetrícia</li> <li>▪ Parteiras atendem nascimentos normais na Inglaterra</li> <li>▪ Debates nos EUA sobre divisão apropriada do trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Equipes obstétricas onipresentes, bem integradas, hierarquizadas de modo contínuo</li> <li>▪ Pais são membros da equipe</li> </ul>
<b>Relação atendente/paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parteira “cuida” do parto</li> <li>▪ Parteira solicita intervenção obstétrica em casos difíceis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obstetra especialista domina</li> <li>▪ Especialista dirige o parto</li> <li>▪ Paciente é o veículo do material obstétrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colegiado</li> <li>▪ Paciente é responsável pelos aspectos psicológicos do parto</li> <li>▪ Atendente obstétrico é responsável pelos aspectos fisiológicos do parto</li> </ul>
<b>Organização profissional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Localizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Produção centralizada de conhecimento</li> <li>▪ Cuidados localizados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Largamente dispersa, penetrante geograficamente, cuidados regionalizados localizados em centros médicos</li> <li>▪ Sistema flexível das alternativas obstétricas</li> </ul>
<b>Quem controla o parto?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ninguém</li> <li>▪ Parto é assistido e é “desgovernado”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obstetras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A estrutura de monitoramento</li> <li>▪ Sem agente no controle</li> </ul>
<b>Tecnologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alívio moderado para partos normais</li> <li>▪ Intervenções destrutivas em partos anormais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tecnologia de controle tirânico (por exemplo, fórceps, anestesia, intervenções cirúrgicas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tecnologia de monitoramento e vigilância</li> </ul>

(Arney, 1982: 6-7).

## ANEXO 2

### A POLÊMICA DAS CASAS DE PARTO NO RIO DE JANEIRO

Na atualidade, no Brasil, vem ocorrendo uma polêmica que reedita de modo exemplar os debates analisados por Arney no período dos anos 1960-70 nos EUA. O Rio de Janeiro, desde fins de 2003, vem sendo palco de um grande embate entre tendências divergentes no tocante ao parto. A celeuma constituiu-se em torno da construção e da colocação em funcionamento de ‘Casas de Parto’, geridas por enfermeiras e parteiras, sem a presença de médicos, destinadas a partos cuja gestação tenha sido acompanhada e definida como de ‘baixo risco’. A proposta, apoiada pelo Ministério da Saúde e atendendo a recomendações da OMS, inclui a possibilidade de pronta remoção em ambulância para hospital, em caso de complicações. De um lado, alinham-se feministas, ativistas do movimentos de humanização do parto e médicos envolvidos com a perspectiva da Medicina Integral. Do outro lado, posicionam-se – com uma retórica por vezes furibunda – o Conselho Regional de Medicina do rio de Janeiro (CREMERJ) e o Conselho Federal de Medicina. Os títulos de matérias nos jornais institucionais acerca do tema, assim como o conteúdo e as imagens das capas, são dignos de reparo.

No Jornal do CREMERJ, de novembro de 2003, a capa exhibe parte de um ventre grávido tendo sobre ele uma sonda de ultra-som. Em destaque, o título: “Casas de parto: desrespeito à gestante e ao ato médico”. O editorial – refletindo portanto a posição oficial da entidade – tem como título “Retrocesso na assistência materno-infantil”. Nele, o aspecto enfatizado é sobretudo o ‘risco’ do parto para qualquer gestante:

Qualquer médico e também enfermeira obstetriz sabe que **a evolução de um parto é imprevisível** e, conforme consenso da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, **só podemos afirmar que uma gestante é de baixo risco 24 a 48 horas após o nascimento de uma criança saudável**, pesando entre 2500 e 4000g, fruto de uma gestação com duração de 38 a 40 semanas, que não tenha apresentado nenhuma intercorrência durante o pré-natal e cujo trabalho de parto teve início espontâneo e curso eutócico. **Portanto, não existe gestante sem risco!** (Jornal do CREMERJ, Editorial, n. 158: 2, novembro 2003) (Grifos acrescentados).

Três números depois, surge no mesmo jornal, em fevereiro de 2004,<sup>380</sup> uma matéria

---

<sup>380</sup> A Casa de Parto David Capistrano Filho, com a abertura prevista para dezembro de 2003, foi inaugurada em Realengo, RJ, em março de 2004. O CREMERJ acionou o Ministério Público para que fosse realizada uma sindicância no sentido de impedir a criação de casas de parto. Não obtendo sucesso, entrou com uma

na coluna de Bioética, condenando a instituição das casas de parto como transgressoras de princípios fundamentais da bioética, alegando que o ‘respeito pela autonomia’ não estaria sendo observado, na medida em que as Casas de Parto destinam-se a populações de baixa renda e essas pessoas não teriam plenas condições de exercer o direito de escolha, em função da sua ‘falta de informação’. Outro princípio supostamente transgredido seria o da ‘proteção de pessoas com autonomia diminuída’, no caso, o feto. O artigo, assinado por um pediatra, coordenador da Comissão de Bioética do CREMERJ, encerra-se com:

Esse modelo, sem a assistência médica presente, fere todos os princípios bioéticos e tenta minimizar o ato do nascimento a algo **que não mereça cuidado**. Esquece-se de todos os trabalhos científicos que mostram a maior incidência de problemas neurológicos e respiratórios nos recém-nascidos sem assistência pediátrica ao nascer, bem como de distocia e complicações clínicas na evolução do trabalho de parto sem a assistência do obstetra (Arnaldo Pineschi A. Coutinho, *Jornal do CREMERJ*, n. 161: 12, fevereiro 2004) (Grifo acrescentado).

Segundo o Boletim do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, que apóia o projeto das casas de parto, a experiência em outros estados brasileiros tem sido positiva, exemplificando com a taxa de 2,6% de remoção de gestantes para o hospital, na Casa de Parto de Sapopemba, município de São Paulo.<sup>381</sup> De acordo com o Boletim, “O atendimento é baseado em princípios de Integralidade como o acolhimento, a escuta e o direito à escolha” (Boletim do Lappis, [http://www.lappis.org.br/boletim\\_2\\_150604.htm](http://www.lappis.org.br/boletim_2_150604.htm)).

No *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, no número de março/abril 2004, na coluna “Fala médico”, em texto intitulado “De volta ao passado”, o argumento do autor, ginecologista, obstetra e conselheiro do CFM pelo Distrito Federal é:

Não resta a menor dúvida de que o nascimento é um ato biológico: ocorre em decorrência de leis da natureza. Como ninguém ignora que a vida acontece e as crianças emergem no mundo, independente da ação de profissionais de saúde. Todos sabem, também, que os filhotes dos animais não-humanos vêm à luz com mais facilidade do que as crianças. Como também se sabe que, antes dos médicos cuidarem das parturientes, a situação sanitária delas e de seus filhos era bem pior (...) situações anômalas, devidamente tratadas, (...) [diminuíram] sensivelmente estes riscos. (...) As trocas materno-fetais podem ocorrer de maneira incorreta surgindo, inesperadamente, o sofrimento fetal (...) é inevitável que a

---

ação na Justiça para impedir a inauguração desta casa de parto em particular (*Jornal do CREMERJ*, n.158: 3). Nesse período, publicou também matéria paga em jornais de grande circulação no Rio de Janeiro, como *O Globo* e *JB*, com o título “Alerta à população”, cujo tom, escusado é dizer, era totalmente alarmante.

<sup>381</sup> Segundo o *Jornal do CREMERJ*, esta é a Casa de Parto com maior experiência no Brasil (*Jornal do CREMERJ*, n.158: 3).

atenção ao parto tenha supervisão médica, já que a distocia pode surgir de inopino e só o médico está preparado para agir nesta circunstância (...). (Pedro Pablo Chacel, *Jornal do CFM*, n. 148: 10, março/abril 2004).

Este autor apresenta o resultado de uma visita realizada a “uma Casa de Parto na cidade de São Paulo”, com baixíssimo índice de transferências – 16 em 816 partos – e elogia as condições modernas, revelando que a mortalidade materna e perinatal foi zero em pouco mais de dois anos de atividade. Contudo, brandindo estatísticas de complicações no parto por sofrimento fetal ou desproporção céfalo-pélvica, chega à conclusão de que o número de transferências “deveria estar em torno de 50”. Conclui de modo algo incoerente que:

Fica claro que a admissão na “Casa de Parto” por nós visitada era extremamente rigorosa, só admitindo pacientes de baixíssimo risco. Note-se que o número de partos assistidos situou-se em cerca de dois ao dia, tornando a assistência prestada obrigatoriamente de alto custo. Estas “Casas de parto”, de custo elevado, não passam de projetos-vitrine, com a finalidade de instalar serviços de baixa resolubilidade [sic] em localidades pobres, onde a morbi-mortalidade é alta, conseqüente à ausência de recursos: atenção de baixa qualidade para pessoas pobres (Pedro Pablo Chacel, *Jornal do CFM*, n. 148: 10, março/abril 2004).

As três matérias apresentam uma argumentação comum calcada na ‘dignidade patológica’ do parto, e na primazia dos médicos no atendimento ao parto. Em sendo veiculadas em jornais de órgãos corporativos, é difícil crer que

Não se trata de luta corporativa, como alguns tentam minimizar a questão, e sim de real preocupação com a qualidade da assistência prestada às mulheres de área carente de nossa cidade, pois qualquer médico e também enfermeira-obstetritz sabe que a evolução de um parto é imprevisível (*Jornal do CREMERJ*, Editorial, n. 158: 2, novembro 2003),

conforme se encontra em destaque na matéria. Outro ponto em comum nos três artigos consiste na equação cuidados médicos = modernidade, contraposta às parteiras e às enfermeiras = passado. A modernidade encontrar-se-ia na medicalização, e a “suposta ‘humanização’ que tal proposta insere [sic]” é vista como “lastimável, pois não achamos que a assistência prestada pelos médicos seja desumana e, se problemas houver, sempre estivemos e estaremos prontos para resolvê-los” (*Jornal do CREMERJ*, Editorial, n. 158: 2, novembro 2003).

No site do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, a partir do final de outubro de 2004, um *link* anunciava: “Resolução do CREMERJ orienta médico quanto à Casa de Parto 26/10/2004 00:00”. A resolução de 20/10/2004<sup>382</sup> diz o seguinte:

---

<sup>382</sup> Capturado no site <http://www.cremerj.com.br/noticias.php?codigonoticia=60>, em 25/11/2004.

O Corpo de Conselheiros do CREMERJ aprovou no dia 20 de outubro de 2004 a Resolução 201/04 que orienta o médico quanto aos procedimentos que deve ter em relação às Casas de Parto.

Leia abaixo a íntegra da Resolução.

Resolução CREMERJ N. 201/04

Estabelece e orienta quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação ao estabelecimento denominado Centro de Parto Normal (Casas de Parto).

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 15 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente, e asseguram a estes atendimento médico;

CONSIDERANDO o artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, que dispõe que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico responsável, habilitado para o exercício da medicina;

CONSIDERANDO a Portaria nº 31, de 15 de fevereiro de 1993, do Ministério da Saúde, que determina que o atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém-nascido pelo neonatologista ou pediatra;

CONSIDERANDO que os Centros de Parto Normal (Casas de Parto) são locais vinculados ao programa de saúde da família, como fazem certo a Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999, do Ministério da Saúde e a Resolução nº 971, de 25 de março de 2003, da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1641/2002, de 12 de julho de 2002 veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1627/01, de 23 de outubro de 2001 e a Resolução CREMERJ nº 121/98, de 25 de março de 1998, que disciplinam o Ato Médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CREMERJ nº 81, de 16 de dezembro de 1994 determina em seu art. 1º que todos os estabelecimentos de prestação direta ou indireta de serviços médicos estão obrigados a manter registro no CREMERJ, com a indicação de um Responsável Técnico;

CONSIDERANDO a Resolução CREMERJ nº 123, de 25 de março de 1998, que estabelece os critérios mínimos que as unidades de saúde devem obedecer para a prestação de serviços de assistência perinatal;

CONSIDERANDO a Resolução CREMERJ nº 160, de 25 de outubro de 2000, que dispõe sobre a responsabilidade do diretor técnico em relação aos integrantes da equipe multidisciplinar, na assistência materno-infantil;

CONSIDERANDO que cerca de ¼ dos partos ocorrem em adolescentes, segundo dados epidemiológicos do Estado do Rio de Janeiro, e que estes estão sujeitos a maiores complicações;

CONSIDERANDO que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é um

evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos;

CONSIDERANDO que para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, os partos, mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais e;

CONSIDERANDO, finalmente, o deliberado em 85ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em vinte de outubro de 2004.

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico exercer qualquer função nos locais denominados Centros de Parto Normal (Casas de Parto) por não serem os mesmos dotados de infra-estrutura indispensável ao adequado atendimento ao neonato e à gestante, nos termos da Resolução CREMERJ nº 123/98.

Art. 2º O médico lotado em Unidade de Saúde notificará por escrito ao Diretor Técnico e, também, à Comissão de Ética Médica ou ao CREMERJ diretamente, o recebimento de pacientes oriundos dos estabelecimentos citados no artigo 1º desta Resolução, no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 3º Os Diretores Técnicos das Unidades de Saúde enviarão ao CREMERJ, no prazo de 10 (dez) dias, toda e qualquer documentação referente ao recebimento dos pacientes (guia de internação, prontuário, atestados, laudos e outros) provenientes dos referidos Centros de Parto Normal (Casas de Parto).

Art. 4º O médico que transportar paciente oriundo dos locais citados no artigo 1º notificará a ocorrência, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias, ao CREMERJ, ao Diretor Técnico da Empresa de Transporte e à Comissão de Ética Médica, caso a empresa esteja ligada a uma Unidade de Saúde.

Art. 5º O médico, na função de perito, ao atuar em casos de qualquer avaliação médico-legal de paciente oriundo dos locais citados no artigo 1º, notificará ao CREMERJ os eventos e as circunstâncias relativas ao tipo de atendimento realizado pelo não-médico, relacionando-o com o dano ou lesão provocados ou com o eventual mecanismo de óbito.

Art. 6º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 20 de outubro de 2004.

No momento do fechamento desta tese, a disputa continua, e seria um campo muito interessante a ser pesquisado.



# 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](#)