



Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)

ISSN: 1984-6487

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

Rezende, Claudia Barcellos

Histórias de parto e a ultrassonografia como marco narrativo no Rio de Janeiro
Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), núm. 27, 2017, Setembro-Dezembro, pp. 7-24
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ)

DOI: 10.1590/1984-6487.sess.2017.27.02.a

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293355925001>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 27 - dic. / dez. / dec. 2017 - pp.7-24 / Rezende, C. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Histórias de parto e a ultrassonografia como marco narrativo no Rio de Janeiro

Claudia Barcellos Rezende

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

> cerezende@bghost.com.br

Copyright © 2017 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: Em minha pesquisa sobre narrativas de parto de mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, figuram muitos profissionais de saúde, bem como exames de ultrassonografia que se tornam pontos de inflexão da experiência de gravidez e parto. Neste artigo, busco entender o significado dado a estas menções no contexto das narrativas de experiências da medicalização da gravidez e parto destas mulheres. Entendo estas histórias como formas de expressão não apenas como um meio de expor a experiência, mas também como modos de estruturá-la. Proponho ver estas histórias como maneiras de articular biografias a significados culturais de pessoa, corpo, gênero e maternidade, dando, portanto, sentidos específicos às experiências de parto destas mulheres. Elas oferecem também uma compreensão da experiência do sistema médico, mostrando como as mulheres negociam sentidos de práticas e diagnósticos ao longo de suas gestações e partos.

Palavras-chave: parto; gestação; ultrassonografia; gênero; camadas médias

Historias de parto y el ultrasonido como marco narrativo en Rio de Janeiro

Resumen: En mi investigación sobre narrativas de parto de mujeres de segmentos medios en Río de Janeiro, figuran muchos profesionales de la salud, así como exámenes de ultrasonido que se convierten en puntos de inflexión de la experiencia de embarazo y parto. En este artículo, busco entender el significado dado a estas menciones en el contexto de las narrativas de las experiencias de la medicalización del embarazo y parto de estas mujeres. Entiendo estas historias como formas de expresión que no son sólo un medio de exponer la experiencia, sino también modos de estructurarla. Propongo ver estas historias como medios de articular biografías a significados culturales de persona, cuerpo, género y maternidad, dando, por lo tanto, sentidos específicos a las experiencias de parto de estas mujeres. También ofrecen una comprensión de la experiencia de este sistema médico, mostrando cómo las mujeres negocian sentidos de prácticas y diagnósticos a lo largo de sus gestaciones y partos.

Palabras clave: parto; embarazo; exámen de ultrasonido; género; segmentos medios

Birth stories and the ultrasound as a narrative turn in Rio de Janeiro

Abstract: In my research about birth narratives with middle class women in Rio de Janeiro, health professionals and ultrasound tests appear frequently, with the latter becoming significant references in their experiences of pregnancy and birth. In this article, I seek to understand the meaning of these recurrent mentions in these narratives, in the context of the medicalization of gestation and birth. These stories are understood as forms of expression which not only reveal experience, but also structure it. Thus, they may be seen as ways of articulating biographies to cultural concepts of the person, the body, gender and motherhood, giving particular sense to women's birth experiences. They offer as well insight into how they live and interact with the medical system, revealing how women negotiate the meanings of specific practices and diagnoses throughout their pregnancies and births.

Key words: birth; pregnancy; ultrasound; gênero; middle class

Histórias de parto e a ultrassonografia como marco narrativo no Rio de Janeiro

Na gestação de seu primeiro filho, Leticia contou que desde o sexto mês ele “tava enrolado”. “Toda ultra era aquela coisa: ‘E o cordão?’, e chegou um momento em que [o médico] falou ‘não vai desenrolar, porque agora ele já tá muito apertado, não tem mais espaço’”. Como sua irmã havia tido uma experiência semelhante e teve que usar fórceps no parto normal, ela ficou muito preocupada e temerosa e acatou a decisão do obstetra pela cesárea. Anos depois, já influenciada pelos debates em torno do parto humanizado, diz ter se arrependido por não haver tentado ao menos o parto normal do filho. Histórias como a de Leticia apareceram com frequência em minha pesquisa sobre narrativas de parto de mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro.¹ Nelas, obstetras ocupam um lugar central, mas figuram também de forma variada doulas, enfermeiros, maqueiros e médicos que realizam exames durante o pré-natal. Neste cenário, foi recorrente a referência aos exames de ultrassonografia enquanto ponto de inflexão da experiência de gravidez e parto, como no exemplo de Leticia. Neste artigo, busco entender o significado dado a estas menções no contexto das narrativas de experiências da medicalização da gravidez e parto destas mulheres.

O conceito de experiência na antropologia vem sendo utilizado nas últimas décadas para deslocar a ênfase sobre os aspectos culturais e sociais formais e institucionalizados para o modo como os indivíduos os vivenciam. Ao contrário da noção de comportamento, que implica a descrição feita por um observador externo, a experiência refere-se a um sujeito ativo que se envolve, molda e dá sentido à ação em si (Bruner, 1986). Rabelo et al. ressaltam, a partir da fenomenologia de Merleau-Ponty, que a experiência não indica sempre uma atitude reflexiva, mas tem também uma dimensão pré-objetiva, quando o mundo se apresenta para o sujeito como espaço de ação “antes de se apresentar como objeto de conhecimento” (1999: 12). Sempre enraizada no contexto social e cultural e por isso intersubjetiva, os autores enfatizam que a experiência é ancorada no corpo como modo de inserção no mundo. “O corpo é o *locus* em que se inscrevem as várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade)” (Rabelo et al. 1999: 12), podendo ser vivido de forma pré-objetiva ou tomado como objeto de reflexão.

¹ Estes dados resultam de pesquisa apoiada pelo Programa ProCiência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pelo CNPq, através de bolsa de produtividade.

Contudo, o modo de acesso à experiência do outro passa por sua expressão. Esta não é apenas um meio de expor a experiência, mas também uma forma de estruturá-la, como argumenta Bruner (1986), enquanto meios culturalmente e historicamente elaborados, performances, histórias e dramas são unidades estruturadas de significados que são acionadas em situações sociais concretas, de forma dinâmica e processual. Neste sentido, “cada narração é uma imposição arbitrária de sentido no fluxo da memória” (Bruner 1986: 07, minha tradução). Em cada performance de uma expressão revive-se e recria-se a experiência.

A narrativa é uma estrutura discursiva específica, cuja composição está estreitamente articulada à temporalidade (Arfuch, 2010). Apresenta-se como um meio de elaborar a experiência, criando uma relação entre o tempo da vivência em si e o tempo do relato. Possui certos elementos formais, tais como a localização da história no tempo e no espaço, seus participantes e um evento complicador, uma virada narrativa, que afeta o desenrolar da trama (Riessman, 1993). Neste sentido, não é um enquadramento imposto à experiência, mas um meio de dar-lhe significado. No caso de eventos de saúde e doença, as narrativas oferecem leituras possíveis para essas experiências, que podem provocar uma mudança na percepção corporal e uma ruptura biográfica que afetam a relação do sujeito com o mundo (Aureliano, 2012). Assim, “representam uma tomada de posição dos seus autores ante a situação geral em que se encontram a partir do advento da doença” (Rabelo et al., 1999: 20).

As narrativas do parto analisadas neste artigo, portanto, diferem do desenrolar deste evento quando vivenciado. São meios de articular biografias a significados culturais de pessoa, corpo, gênero e maternidade. No contexto social pesquisado, predomina a visão da biomedicina do corpo, que implica sua medicalização compreendida como uma associação de regimes de verdade, estratégias de intervenção e modos de subjetivação (Foucault, 1997; Rabinow & Rose, 2006). Desde meados do século passado, a gravidez e o parto vêm sendo tratados como eventos médicos, devendo ser monitorados por especialistas médicos, testes laboratoriais, exames de ultrassonografia e vivenciados em hospitais (Rohden, 2001; Tornquist, 2004). Mesmo os discursos de humanização do parto, que vêm se difundindo desde a década de 1990 e que criticam uma série de procedimentos médicos praticados, bem como a assimetria entre paciente e obstetra não recusam uma visão medicalizada da gravidez e do parto (Carneiro, 2015). Assim, as histórias oferecem também uma compreensão da experiência deste sistema médico, mostrando como as mulheres negociam sentidos de práticas e diagnósticos ao longo de suas gestações e partos.

As narrativas examinadas aqui foram obtidas através de entrevistas com mulheres entre 35 e 45 anos de idade, com partos nos últimos três anos, todas casa-

das, heterossexuais e brancas, residentes no Rio de Janeiro.² As entrevistadas têm formação universitária e profissões como economista, psicóloga, arquiteta, musicista, professora universitária. Destas, algumas tiverem partos normais, outras fizeram cesáreas, e todas fizeram seu pré-natal e parto com médicos particulares ou com plano de saúde. A maioria tinha dois filhos, que nasceram quando elas tinham mais de 30 anos.

Ressalto, por fim, que a rememoração realizada nestas histórias aconteceu em uma situação social específica: uma entrevista para uma pesquisadora – mulher, de geração intermediária aos dois grupos, com perfil social semelhante e experiência de parto, o que certamente marcou tais narrativas. Como todas assinaram um termo de consentimento esclarecido, tiveram uma breve apresentação dos objetivos da pesquisa, afetando o modo com que narraram suas experiências.

A ultrassonografia e seus sentidos

Ainda que a biomedicina configure um sistema de poder sobre os sujeitos, compartilho com outros autores (Chazan, 2007; Ivry, 2010; Mitchell & Georges, 1998) a visão de que significados locais atravessam a experiência da medicalização. Entendo a gravidez e o parto como eventos fisiológicos vividos e compreendidos por meio de categorias culturais, articuladas por sua vez a concepções de corpo, pessoa, gênero e maternidade. Assim, tanto gestantes quanto profissionais de saúde dão sentidos aos modos de intervenção no corpo propostos pela medicina através de enquadramentos culturalmente e socialmente específicos.

A etnografia comparativa de Ivry (2010) é um exemplo relevante, ao estudar experiências da gravidez no Japão e em Israel. Ivry discute como, em Israel, as mulheres buscam realizar todos os exames possíveis para assegurar a saúde do feto diante de preocupações com anomalias genéticas, evitando se conectar emocionalmente com ele até seu nascimento saudável. No Japão, por outro lado, a relação com o feto, já entendido como filho, estabelece-se desde cedo e a gestante cuida de sua saúde já como exercício da maternidade. Neste contexto, o laço emotivo é pouco afetado pela realização de exames. O modo como os obstetras agem e orientam pacientes é igualmente distinto nos dois lugares, ainda que em ambas as sociedades eles compartilhem a visão geral da biomedicina.

² Nesta pesquisa, para efeitos de comparação, entrevistei também um segundo conjunto de mulheres, com idades entre 61 e 69 anos e perfil social semelhante, que tiveram filhos em fins da década de 70 e inicio dos anos 80. Como as ultrassonografias não fizeram parte do acompanhamento pré-natal destas mulheres mais velhas, não analiso neste artigo suas narrativas.

Trago o estudo de Ivry para ilustrar os vários significados atribuídos à gravidez e aos seus cuidados, entre eles exames de ultrassom obstétrico que também foram tomados como objeto de pesquisa antropológica. Taylor (2000) analisou como nos Estados Unidos a ultrassonografia pode ser usada, no discurso antiaborto, para mostrar o feto como pessoa, enquanto a prática médica a recomenda justamente por revelar anomalias que permitem a interrupção da gestação. Para as mulheres entrevistadas em uma clínica de ultrassonografia, apesar da ansiedade em torno do diagnóstico de problemas fetais, o exame vinha positivamente associado ao consumo de produtos para o feto, já percebido como pessoa e consumidor. Esta percepção do feto contrasta com o estudo de Mitchell e Georges (1998) no Canadá e na Grécia. Ao contrário de concepções norte-americanas do feto como sujeito com emoções e consciência, as mulheres gregas acompanhadas em um hospital público viam na ultrassonografia apenas as características físicas do feto, atestando assim sua “realidade”. A ausência de uma atribuição de subjetividade e agência ao feto é articulada pelas autoras às concepções culturais de pessoa na Grécia, onde são as relações com os outros, em particular na família, que constituem os sujeitos.

No Brasil, há sentidos variados dados à tecnologia e aos saberes e práticas médicos. Se, por exemplo, procedimentos médicos no parto, como a episiotomia, são críticas nos discursos de humanização do parto abraçadas por muitas mulheres de segmentos médios (Carneiro, 2015; Hirsch, 201), para as mulheres de baixa renda pesquisadas por McCallum e Reis (2008), as ações médicas no parto hospitalar são valorizadas como modernas e seguras. As mulheres munduruku estudadas por Scopel-Dias (2015), ao mesmo tempo em que recorriam a formas de cuidados da gestação tradicionais, também se consultavam nos postos médicos próximos e desejavam realizar ultrassons.

Especificamente sobre a ultrassonografia obstétrica, a pesquisa etnográfica de Chazan (2007) é uma referência importante e é com ela que dialogo aqui. Exames de ultrassom passaram a fazer parte da rotina de cuidado pré-natal no Brasil a partir de fins da década de 1980.³ A autora estudou a realização de exames de ultrassonografia em três clínicas particulares especializadas que aceitam planos de saúde, observando as interações entre médicos, gestantes e seus acompanhantes. Sua análise apresenta um conjunto de questões significativas, como a importância da visualização na produção de verdades médicas, o exame de ultrassom como um espetáculo que dá prazer, o monitoramento da gestante e do feto em termos de normatização dos corpos, a criação de laços afetivos entre eles e a construção do

³ É importante enfatizar que o sistema público de saúde realiza um número bem inferior de ultrassonografias, a princípio uma por trimestre de gestação, mas com frequência menos (Costa et al. 2013).

gênero fetal como parte do processo de elaboração do feto como pessoa. Detenho-me em dois destes temas: o exame de imagem como produtor de verdades e o prazer obtido na visualização do feto.

Chazan (2007) discorre sobre o desenvolvimento histórico nas sociedades ocidentais, ao longo dos últimos séculos, da visão do corpo, em particular de sua interioridade, como parte constitutiva do conhecimento sobre seu funcionamento e ao mesmo tempo de sua disciplinarização. Esse processo alimentou as pesquisas em torno das tecnologias de imagem, que tem um significado relevante na “construção de uma cultura que se torna cada vez mais ‘visual’ e ‘pervasiva’” (2007: 34). Assim, mais do que outros exames, as imagens do ultrassom confirmam a gravidez, a idade do feto, bem como suas medidas, confundindo-se muitas vezes com o próprio. Ao mesmo tempo, os exames de imagens do corpo exigem do médico que os realiza um aprendizado de como vê-las, que é também uma interpretação do que se vê. Portanto, Chazan enfatiza como estas verdades médicas são produzidas “em um contexto de negociações intersubjetivas em torno das imagens” (2010: 112), apontando assim limites e possibilidades de questionamento desta autoridade.

Outro aspecto discutido por Chazan é a espetacularização do ultrassom obstétrico, que evidencia outra dimensão da imagem: produtora de entretenimento. Os exames são realizados com frequência na presença de familiares e do companheiro da gestante. Tornam-se assim um momento de prazer em ver o feto, cujas imagens são gravadas para que possam ser vistas outras vezes fora da clínica. Neste sentido, o nascimento social do feto vai sendo antecipado na medida em que suas características físicas e subjetivas, com destaque para o seu gênero, são “apresentadas” pelo ultrassom. Contudo, há também a produção de ansiedades diante da possibilidade de problemas ou anomalias fetais (Chazan, 2010: 124). Na medida em que há uma normatização do feto – peso, tamanho, medidas – e da gestante – quantidade de líquido amniótico, placenta, pressão etc., desvios destes parâmetros são considerados problemáticos e, como mostro a seguir, podem afetar a experiência da gestação e do parto.

A normatização da gravidez, para a qual a ultrassonografia obstétrica contribui, coloca em foco duas questões relacionadas. A primeira é o monitoramento constante de si a ser mantido pela gestante e por seu obstetra, como exemplo do regime disciplinar dos sujeitos discutido por Foucault (1997), no qual os corpos são tratados de forma a maximizar sua utilidade e eficiência ao mesmo tempo em que são individualizados. Neste contexto, a gravidez torna-se uma situação em que as mulheres devem exercer esta autorregulação de modo a minimizar riscos, o segundo aspecto que quero ressaltar. Considerando o risco enquanto uma categoria culturalmente definida, esta noção é central para o regime disciplinar voltado para a governabilidade dos sujeitos. Ser paciente de risco significa ser destacado

para um monitoramento especial, como argumenta Lupton (1999). A tecnologia de exames existentes, acrescenta a autora, torna-se um serviço importante para controlar riscos possíveis, responsabilizando as mulheres pela saúde de seus bebês e gerando ansiedade no processo.

Estas questões formam o contexto mais amplo de análise da experiência da medicalização da gravidez e do parto tal como narradas pelas mulheres estudadas. De um modo geral, a gestação foi desejada e planejada por todas as entrevistadas e seus companheiros após alguns anos de casamento. Desponta nas narrativas como uma fase diferente, em que é preciso ter mais cuidados com o corpo e com a saúde. Com exceção de uma entrevistada que ficou de repouso até o sétimo mês, as demais mulheres não relataram problemas maiores em suas gestações. O parto, por sua vez, foi objeto de preparação e planejamento para muitas. A maioria destas mulheres buscou complementar a assistência médica com outras formas de cuidado, como a prática de exercícios de hidroginástica e/ou ioga, a participação em grupo de gestante e o acompanhamento de uma doula ou enfermeira obstétrica. Como em minhas pesquisas anteriores com gestantes (2012, 2015), a importância do planejamento da gravidez e do parto – os cuidados de saúde da gestante e do feto, a reorganização do espaço da casa, a preparação física para o parto, de seu acompanhamento e de seu registro – aponta tanto para uma maternidade valorizada como projeto como para o significado dado ao controle de si em uma situação entendida como imprevisível.

Como mencionado, todas tinham plano de saúde que cobria exames e a internação hospitalar e, em alguns casos, as consultas médicas, já que algumas fizeram seus partos com médicos que não aceitavam convênios. Todas as mulheres fizeram pré-natal, que incluía, em geral, uma rotina de consultas mensais com o médico obstetra e exames laboratoriais frequentes.⁴ Relataram também vários exames como parte de seu pré-natal, entre eles ultrassonografias. Ainda que tenham feito referência a discursos de humanização do parto, com muitas críticas a procedimentos médicos no momento do parto, ninguém questionou a realização de consultas e exames, incluindo ultrassons.

Das nove mulheres entrevistadas, apenas uma, Tatiana, não entrou em trabalho de parto em nenhuma de suas gestações, tendo duas cesáreas. Quatro mulheres fizeram uma primeira cesárea por medo do parto normal e depois se prepararam na segunda gestação para um parto vaginal. As demais tiveram seus partos por via vaginal, em alguns casos sem uso de anestesia e sem realização de episiotomia.

⁴ Como as entrevistas tiveram como foco os relatos sobre o parto, não tenho dados regulares para todas as mulheres sobre os detalhes de seus acompanhamentos pré-natais, como a frequência exata de consultas e exames realizados.

Adriana e Carla, cujos relatos discuto abaixo, são respectivamente exemplos de cada situação. Todos os bebês nasceram com saúde.

De um modo geral, as mulheres entrevistadas narraram suas gestações de forma mais breve, uma vez que o foco da pesquisa estava na história do parto. Detalharam o seu desenrolar – qual o dia da semana, a que horas começaram as contrações, com quem estavam, o que fizeram, a que horas foram para o hospital. No hospital, descreveram diálogos com médicos, enfermeiras, maqueiros; reclamaram de procedimentos; comentaram a participação dos maridos; falaram das sensações físicas e emocionais em torno do parto. Nas experiências da cesárea, os relatos foram mais curtos, detendo-se nos motivos que levaram a ela. Assim, na medida em que o planejamento minucioso na vida reprodutiva é a tônica de muitas narrativas, as referências às ultrassonografias trazem uma nota do inesperado às suas experiências, como mostro a seguir em três exemplos distintos.

Tatiana e as cesáreas

Tatiana tinha 37 anos quando a entrevistei. Sua primeira filha havia nascido quatro anos antes, de uma cesárea. Sua gravidez, planejada, transcorreu bem até ela realizar uma ultrassonografia, na trigésima segunda semana, que deu um resultado “errado”. “Foi um caos, que teve o risco de antecipar o parto pro mesmo dia e ela ainda tinha sei lá 1,5kg e eu lembro da delicadeza da médica falando ‘não, a gente deve ter que antecipar se confirmar’ [...], aí eu perguntei ‘antecipa pra quando?’, ela ‘talvez amanhã, talvez hoje’, e eu falei ‘hoje? Não tem nada pronto!’, e ela ‘não se preocupa, sua filha vai nascer tão pequena que não vai caber em nada. Então, você não tem que se preocupar com isso não, tem que se preocupar com a saúde e tal’”. A pedido de sua obstetra, ela refez o ultrassom e viu que havia sido um erro médico. No final da gestação, realizou um exame de rotina, quando de repente, “não, é hoje que ela vai nascer, porque a pressão já tinha aumentado, o líquido já tinha baixado, a placenta tava velha, então é hoje e acabou”.

Na sua segunda gravidez, também planejada, ela teve diabetes gestacional. Como estava controlada, Tatiana pediu ao seu obstetra que esperasse entrar em trabalho de parto – queria saber como era. “Na última ultrassonografia, a médica perguntou: “ah vem cá, mas quando é que é o prazo que vocês vão esperar?”, eu falei ‘ah, mais uma semana’, e ela falou ‘não, quero te ver no sábado, tô achando que não vai ser legal e tal’, aí quando chegou no sábado, [...] na hora em que ela colocou o ultrassom, ela ‘gente, já não tem quase líquido, não dá pra esperar até terça não’ [...]. Isso era sábado e aí marcou pro domingo, aí domingo ele nasceu”, também de cesárea.

Quando engravidou pela primeira vez, Tatiana esperava ter um parto normal.⁵ Mais jovem, tinha muito medo de hospital e de ficar “paralítica” por conta de problemas na anestesia. Acabou tendo que fazer uma cesárea, sem ter entrado em trabalho parto, o que ocorreu novamente em sua segunda gestação. Em ambas foi acompanhada pelo mesmo obstetra, aquele que inicialmente ela acreditava praticar mais parto vaginal do que fazia de fato. Se, por um lado, desejou na segunda gravidez experimentar o rompimento da bolsa e as contrações para o parto, ter feito duas cesáreas não foi motivo de questionamentos para ela, pois achava que houve razões importantes nos dois casos. No primeiro, explicou, sua filha nasceu no limite do saudável e, no segundo, ela esperou “trinta e nove semanas e cinco dias” tendo diabetes gestacional, o que foi questionado por seu sogro, que é médico.

Talvez por não ter entrado em trabalho de parto, os exames de ultrassonografia tiveram um papel definidor na narrativa dos seus partos. Por um lado, ela confere autoridade à médica que realizou os exames. Foi ela quem indicou, nas duas gestações, que “estava na hora do bebê nascer”, por conta do pouco líquido, da pressão, da qualidade da placenta. Ainda que em última instância seu obstetra tenha sido responsável por terminar a gravidez e fazer a cesárea, a decisão de intervir veio a partir do resultado do exame de ultrassonografia.

Por outro lado, Tatiana também relata a experiência de um exame “errado”, no qual o médico fez um diagnóstico equivocado sobre a diminuição do líquido amniótico. No primeiro momento, para ela e seu marido, o efeito deste ultrassom foi “o caos”, pois acreditaram que teria de ser feito um parto prematuro. Por orientação de seu obstetra, refez o exame em outra clínica e constatou que a médica anterior havia se enganado – não havia visto outro bolsão cheio de líquido.

Como em outras narrativas, Tatiana trouxe para sua história os diálogos com os médicos que fizeram seus ultrassons, dando tons e emoções às interações. Conseguiu na última gravidez não saber o sexo do bebê até seu nascimento, tendo sempre que negociar com a médica que fazia o exame para que não falasse nada para o casal. No caso do diagnóstico ‘errado’, falou ironicamente na ‘delicadeza’ da médica ao dizer que o bebê teria que nascer mesmo pesando apenas um quilo e meio – não caberia em roupa nenhuma, por isso não importava que seu enxoval não estivesse pronto. O diálogo transmite o susto de saber que tinha algum problema de saúde fetal indicando urgência no parto. Mesmo nos exames seguintes, há um tom imperativo nas falas dos médicos que os realizam, atenuado pelo fato de ela ter rido ao contar estes episódios. Talvez por ter médicos na família, Ta-

⁵ Nas narrativas das mulheres pesquisadas, o termo “parto normal” indica parto vaginal. “Parto natural”, termo menos utilizado, significava parto vaginal sem anestesia e episiotomia.

tiana tenha narrado estas experiências com ambivalência – ora, questionando os diagnósticos apontados, ora constatando sua força em determinar a interrupção de suas gestações.

Carla e as dúvidas sobre o resultado

Carla era amiga de Tatiana e, como ela, tinha 37 anos e dois filhos da mesma idade. Sua primeira gravidez foi planejada e muito tranquila – trabalhava menos, pôde fazer exercícios e se cuidar. O único momento que ela destacou foi a realização da ultrassonografia, quando soube que esperava uma menina e não um menino, como acreditara desde o início. “O médico do ultrassom: ‘menina com certeza!’, ‘mas isso não muda?’, porque às vezes muda, né [...] aí ele ‘só mais tarde, se ela quiser’”. Carla teve um parto normal, “maravilhoso”, como ela descreveu. Na segunda gestação, ela enjoou um pouco até o fim do terceiro mês, fez uma viagem “super legal” com o marido e a filha, até que na volta “fiz um ultrassom, e aí deu que ele tinha um problema de dilatação da pelve renal. E aí foi tipo uuuhh, anticlímax total, o melhor momento da gravidez e aí veio essa notícia. Que que é isso? Aí o médico fala assim... ‘isso não é um defeito congênito, isso é uma observação que eu tenho que registrar’, e foi isso que me fez ficar totalmente transformada. Eu liguei pro meu obstetra, ele tava viajando, liguei pro pediatra, ele foi muito... Pedro foi super calmo, mas falou assim: ‘vamos continuar a investigar’, então assim não me acalmou, né? Então a segunda metade da gestação do Felipe foi toda... foi tensa”.

Carla não sabia o que isto significava – era um problema renal? Leu sobre o assunto na internet, conversou com médicos e tirou uma licença do trabalho por conta de toda a tensão. Nas semanas seguintes o tamanho da pelve renal diminuiu, ela relaxou um pouco, mas no final da gestação voltou a aumentar. Nas últimas ultras, os médicos ficaram tensos ao realizar o exame. Mas Carla comenta que Felipe era muito grande. “Então, a minha hipótese é que ela fugia do parâmetro científico do tamanho médio de uma pelve renal. Talvez fosse dilatada, fosse grande, isso quem falou pra mim foi uma amiga minha, médica: ‘Carla, ele é um bebê grande, ele tá fora da média, relaxa!’ [...]. Enfim foi difícil, foi uma gestação difícil, mas foi assim... e aí chegou o parto, foi incrível, foi maravilhoso. As coisas compensam...”

Carla teve seus dois filhos de parto normal, realizados por seu ginecologista obstetra de adolescência. Suas narrativas do parto foram extremamente detalhadas e emocionalmente carregadas. Ambas as experiências foram descritas como “maravilhosas”, tanto por terem acontecido como ela desejava – em termos das posições escolhidas, do uso da anestesia quando ela já estava cansada, da partici-

pação do marido que a segurava no momento de fazer força – como pela sintonia com a equipe médica. Neste sentido, nas narrativas, o espaço dado às gestações foi bem menor, mas nas duas os exames de ultrassonografia foram os acontecimentos destacados como momentos especiais.

Na primeira gravidez, o exame em questão apontou o sexo do bebê, frustrando a intuição de Carla. Desde o início achava que era um menino, que se chamaria Felipe. Seu médico acupunturista também havia dito que sua energia indicava uma gravidez de menino. Então, quando fez o ultrassom e o médico afirmou ser uma menina, ainda questionou se era certo ou se poderia haver alguma mudança. Relembrou o tom jocoso do médico, que disse “só mais tarde”, quando sua filha fosse adulta, poderia mudar de sexo/gênero. Na medida em que a construção do sexo fetal pela ultrassonografia contribui para sua constituição enquanto pessoa (Chazan, 2007), Carla teve que passar pelo “luto” do João para poder dar “boas-vindas” para Cora.

Na segunda gestação, o efeito do exame realizado foi distinto – trouxe tensão sobre a saúde do bebê até o momento do parto. Até então tinha sido uma boa gravidez, perturbada apenas com enjoos nos primeiros meses. Carla não questionou a medida da pelve renal em si, mas o que uma medida distinta do padrão realmente significava. Também não teve de início explicações sobre as consequências desta alteração nem do pediatra, nem do obstetra. Ao final, chegou por conta própria, em função de pesquisa na internet e conversa com amigos, a uma conclusão que lhe pareceu satisfatória, questionando a normatização do feto em termos de suas medidas ideais. Ademais, sua filha nasceu saudável e não apresentou nenhum problema renal em qualquer momento. Assim como Tatiana, há aqui uma ambivalência no modo de perceber o exame de ultrassom – ao mesmo tempo em que questiona o significado do resultado, sua autoridade é reconhecida, pois o diagnóstico gerou muita tensão e estresse.

Adriana e o susto com a ultra

Adriana teve sua primeira filha com 31 anos, seis anos antes da nossa conversa. Foi uma gestação planejada e tranquila, que ela esperava terminar com um parto normal. Mas foi percebendo que seu obstetra, que era seu médico desde nova, parecia “tradicional” – fazia cortes e parto deitado – e começou a achar que não teria o parto escolhido. Chegou a discutir com ele, mas viu que não adiantava e resolveu não mudar aos sete meses de gravidez. Além disso, o médico dizia que tentaria parto normal.

Com 37 semanas, foi fazer uma ultrassonografia em uma clínica bastante conhecida na zona sul do Rio de Janeiro e o médico, a quem ela se referia pelo

nome, a apavorou. “Primeiro, ele falou, ele fez uma cara horrível, eu cheguei a perguntar, quando eu fui pra outra sala, a sala dos batimentos, se a minha filha tava viva, porque a cara dele era tão ruim que eu fiquei com essa questão. ‘Não, tá’. Depois, ele se desculpou muito, disse que não era bem o que ele pensava, e no fim das contas, ele falou pra mim: ‘você tem quatro dias para tirar sua filha com segurança’, e aí eu, marinheira de primeira viagem, sem muito estudo, sem muito aprofundamento, pô tenho quatro dias pra tirar minha filha com segurança, ou ela pode começar a entrar em sofrimento. Aí eu fui pro meu médico... ele ficou uma hora dizendo pra mim dos benefícios mesmo assim de a gente esperar mais dois dias, porque ia fazer a virada da 37^a pra 38^a e que isso era super importante, mas o que ia definir era um exame de toque, sabe-se Deus lá como um exame de toque define isso. E aí fez um exame de toque e ele falou pra mim: ‘é, realmente, vamos ter que fazer’, e aí eu marquei pro dia seguinte e a minha filha foi sendo assim arrancada de mim, e a cesariana foi um processo que eu odiei profundamente!”. A experiência da cesárea foi tão difícil que ela demorou para desejar engravidar do segundo filho. Mas quando aconteceu, ela buscou um médico afinado com uma visão humanizada do parto e ele nasceu de parto normal, uma experiência que ela descreveu como “maravilhosa”.

Adriana narrou suas experiências de parto, definindo o primeiro como traumático em contraste com a maravilha do segundo. Não foi apenas o fato de ter tido a primeira filha por meio de uma cesárea, que na época não era sua opção mas, como “marinheira de primeira viagem”, também não problematizou. Mais complicado foi o modo como seu obstetra e sua equipe procederam, realizando muitos procedimentos com o bebê, que ela depois classificou como “violência obstétrica” desnecessária, uma vez que sua filha havia nascido bem e com saúde. Teve que esperar alguns anos para superar a experiência que ela “odiou profundamente”. Quando resolveu engravidar de novo, ela e seu marido buscaram médicos adeptos da humanização do parto e ficaram muito satisfeitos com o obstetra escolhido. Nesta segunda gestação, ela teve um parto vaginal, uma experiência “tão maravilhosa” que ela gostaria de engravidar mais uma vez, para repetir um parto como o que teve.

Em seu relato, Adriana logo distinguiu um dos últimos exames de ultrassom como o momento de virada em sua primeira gestação, que havia sido tranquila até então. Foi a única que se referiu ao médico que fazia a ultrassonografia pelo nome, sugerindo uma relação mais pessoalizada e talvez mais simétrica (McCallum, 2007), mais do que com seu primeiro obstetra, que não foi nomeado. Esta foi uma interação mais detalhada que outras, chamando a atenção para a expressão e o comportamento do médico, que saiu da sala e voltou, desculpando-se pelo erro inicial que sugeria um problema grave. Ela não mencionou qual o diagnóstico do

exame feito então, mas também não questionou se estava certo ou não. Apesar de falar das dúvidas do médico ao avaliar seu exame, não pôs em questão sua autoridade nem seu conhecimento.

Por outro lado, a experiência do exame a assustou, não só pelo pavor inicial de o bebê poder ter morrido, mas também pela notícia de que tinha poucos dias para que sua filha nascesse em segurança. Mesmo que seu obstetra tenha a princípio sugerido esperar mais uns dias, o parto ocorreu logo após. Ainda que em sua narrativa tenha apresentado o discurso crítico dos movimentos de humanização do parto, questionando o modo como seu obstetra e sua equipe procederam, afirmou que na época não tinha esses conhecimentos. Entretanto, em momento algum o exame de ultrassom que deflagrou o processo da cesárea foi problematizado.

Considerações finais

Nas narrativas das mulheres mais velhas que entrevistei, exames de ultrassom mal figuravam. Algumas mulheres os fizeram nas suas últimas gestações, de forma mais episódica. A lembrança nestes casos é de como a ultrassonografia mostrava o sexo do bebê. Não houve nenhuma experiência de exame que tivesse apontado algum problema de saúde fetal. De um modo geral, nas entrevistas feitas, as gestações desejadas, mas nem sempre planejadas, foram descritas como transcorrendo sem sustos. Terminavam a narrativa com o início do trabalho de parto, percebido a partir de sinais como cólicas e contrações ou o rompimento da bolsa. Ainda que nem todos os partos tenham evoluído sem dificuldades, o foco das histórias estava no desconhecimento das mulheres em relação aos procedimentos médicos e hospitalares.

Faço esta breve referência às narrativas das mulheres mais velhas para apontar, em primeiro lugar, o caráter socialmente específico das experiências contadas pelas mais jovens. Assim, são mulheres casadas com carreiras profissionais estabelecidas, que planejaram suas gestações em um momento de vida – em geral após os 30 anos – que julgavam ser o adequado. A maternidade, para elas, aparece como escolha e não um destino “naturalizado” (Almeida, 1987; Scavone, 2001), que integra também um projeto de conjugalidade no qual os papéis familiares de gênero são mais simétricos e compartilhados (Salem, 2007). Pertencem a uma geração em que o modo de acompanhar a gestação inclui vários exames de ultrassonografia para monitorar o desenvolvimento do feto, sua saúde e a da própria gestante. Além disso, são pessoas com condições financeiras para pagar planos de saúde, o que lhes permite a realização de um maior número de ultrassons do que na saúde pública. São também mulheres com escolaridade alta e acesso a infor-

mações de livros e da internet, quando não com familiares e amigos médicos, que contribuem para o planejamento do parto e respondem a questionamentos acerca de diagnósticos e procedimentos médicos.

Neste contexto, destaco o modo ambivalente como os exames de ultrassom apareceram nos relatos analisados. Por um lado, a autoridade do diagnóstico por imagem é reconhecida por todas, seja pelo poder de interromper uma gestação, seja pela tensão e estresse causados quando há indicação de problemas fetais. Por outro lado, os três exemplos sugerem que estes exames podem conter “erro” de interpretação, como no caso de Adriana, quando o próprio médico reconhece uma primeira leitura equivocada das imagens. Aqui, há duas questões importantes que matizam esta autoridade médica. Primeiro, o exame está sempre sujeito ao profissional que o realiza, apontando para a variação de interpretações de acordo com o observador. Ganha destaque nestes episódios a dimensão subjetiva do profissional que, apesar de deter o saber médico, é antes de tudo uma pessoa interpretando imagens. Segundo, na medida em que as imagens exigem interpretação, têm sua suposta objetividade problematizada. Elas não têm um sentido unívoco, ficando em aberto o quanto de fato constituem “verdades”.

Além disso, os questionamentos ocorrem em um ambiente social no qual a medicina e seus parâmetros estão em constante reavaliação. Os discursos de humanização do parto disseminados a partir da década de 1990 promovem um debate crítico sobre práticas médicas, distinguindo as que seriam perpetuadas pelo hábito daquelas “baseadas em evidências” (Carneiro, 2015). De modo mais amplo, há na modernidade, nos termos de Giddens (1990), uma constante revisão do conhecimento científico em geral e, em particular, do saber médico que produz reflexividade e incerteza (Daniel, 1999). Assim, como Chazan (2007) discutiu, se as ultrassonografias são, por conta de seu caráter visual, consideradas produtoras de “verdades” médicas, as histórias analisadas aqui mostram que não são incontestes nem sólidas, lembrando, como afirma a autora, o caráter interacional e intersubjetivo que subjaz no exame.

A presença constante das ultrassonografias nas narrativas estudadas indica também seu potencial disruptivo nas experiências relatadas. Ressalto que as entrevistadas fizeram muitos outros exames em suas gestações, incluindo ultrassons, que não aparecem em seus depoimentos. Aqueles mencionados foram singularizados por causarem uma reviravolta – seja por conta do sexo não esperado do bebê, seja pelo susto, o temor e a tensão em torno da saúde fetal. Acredito que estas reações emotivas não se explicam apenas pela preocupação com o bebê, mas também por um modo mais amplo de vivenciar a gestação e o parto, apontando uma configuração subjetiva específica (Ortner, 2007).

Em pesquisa anterior sobre a experiência da primeira gravidez (Rezende, 2012),

analisiei como as frequentes referências ao sentimento de ansiedade sugeriam uma relação com um futuro desconhecido e imprevisível – o parto e o pós-parto – entendido como angustiante para as mulheres que valorizavam a autonomia e o controle de si. Daí o modo de lidar com a gestação e o parto enquanto objetos de muita programação e detalhamento, como tentativas de controlar o que não é ainda conhecido. Nas histórias discutidas aqui que falam de gestações e partos já ocorridos, ainda aparece uma dimensão acentuada de planejamento, contrastando bastante com as histórias das mulheres mais velhas, em que muitas foram surpreendidas por uma gravidez antes da hora e por projetos de partos vagamente delineados.

Neste sentido, eventos imprevisíveis, como exames de ultrassonografia com diagnósticos problemáticos, produzem um impacto significativo em narrativas que, de outro modo, recontam histórias bem-sucedidas de planejamento reprodutivo. Revelam também o peso da medicalização da gestação e parto, pois não são episódios familiares ou profissionais inesperados os responsáveis por sustos e estresses. Se as ‘verdades’ médicas não aparecem como dadas, permanece, contudo, o poder do saber médico que normatiza em muito o que é considerado saudável para a mulher e para o feto. Assim, as experiências destes exames pontuam, como viradas narrativas, momentos marcantes vividos pelas mulheres narradoras que, como sujeitos das histórias, chegam a um bom desfecho – seja por terem tido filhos com saúde, no caso de Tatiana e Carla, seja por buscarem uma alternativa de parto que se realiza bem, como foi para Adriana.

Recebido: 04/07/2017
Aceito para publicação: 13/11/2017

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. 1987. *Maternidade: um Destino Inevitável?* Rio de Janeiro: Editora Campus.
- ARFUCH, Leonor. 2010. *O espaço biográfico: dilemas da subjetividade contemporânea*. Rio de Janeiro: Ed. Uerj.
- AURELIANO, Waleska de Araújo. 2012. “As pessoas que as doenças têm: entre o biológico e o biográfico”. In: GONÇALVES, Marco Antonio; MARQUES, Roberto & CARDOSO, Vânia Zikán (orgs.). *Etnobiografia: subjetivação e etnografia*. Rio de Janeiro: 7 Letras. p. 239-260.
- BRUNER, Edward. 1986. “Experience and its Expressions”. In: TURNER, Victor W. & BRUNER, Edward M. (orgs.). *The Anthropology of Experience*. Chicago: University of Chicago Press. p. 3-30.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. 2015. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CHAZAN, Lilian K. 2007. “*Meio quilo de gente*”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. 2013. “Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde”. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15 (2), p. 516-522. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15635>>. [doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>. Acesso em: 30 jun. 2017.
- DANIEL, Ann. 1999. “Trust and Medical Authority”. In: PETERSEN, Alan & WADDELL, Charles (orgs.). *Health Matters: a Sociology of Illness, Prevention and Care*. Buckingham: Open University Press. p. 208-222.
- DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. 2015. *A Cosmopolítica da Gestação, do Parto e do Pós-Parto: Práticas de Autoatenção e Processo de Medicinalização entre os Índios Munduruku*. Brasília: Paralelo 15.
- FOUCAULT, Michel. 1997. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes.
- GIDDENS, Anthony. 1990. *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- IVRY, Tsipy. 2010. *Embodying Culture: Pregnancy in Japan and Israel*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- LUPTON, Deborah. 1999. “Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment”. In: LUPTON, Deborah (org.). *Risk and Social Cultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 59-85
- MCCALLUM, Cecilia. 2007. “Sem Nome: pessoa como processo na dinâmica racial e de gênero brasileira”. In: PINA CABRAL, João de & VIEGAS, Susana de Matos (orgs.). *Nomes: gênero, etnicidade e família*. Lisboa: Almedina. p. 265-289.
- MCCALLUM, Cecilia & REIS, Ana Paula dos. 2008. “‘Users’ and providers’ perspectives on technological procedures for ‘normal’ childbirth in a public maternity hospital”.

- tal in Salvador, Brazil". *Salud Pública de Mexico*. N° 50 (1), p. 40-48, Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342008000100010>. [Acesso em 19.06.2017].
- MITCHELL, Lisa M. & GEORGES, Eugenia. 1998. "Baby's first picture: the cyborg fetus of ultrasound imaging". In: DAVIS-FLOYD, Robbie & DUMIT, Joseph (orgs.). *Cyborg babies: from tecnho-sex to techno-tots*. Londres: Routledge. p.105-124.
- ORTNER, Sherry B. 2007. *Anthropology and social theory: culture, power, and the acting subject*. Durham, N.C.: Duke University Press.
- RABELO, Miriam et al. 1999. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- RABINOW, Paul & ROSE, Nikolas. 2006. "Biopower Today". *BioSocieties*. N° 1, p. 195-217. Disponível em [doi:10.1017/S1745855206040014](http://dx.doi.org/10.1017/S1745855206040014). [Acesso em 22.05.2017].
- REZENDE, Claudia Barcellos. 2012. "Em torno da ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez". *Interseções*. N° 14 (2), p. 438-544. Disponível em <http://www.e-ublicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/8557/6442>. [Acesso em 12 de junho de 2017].
- REZENDE, Claudia Barcellos. 2015. "O parto em contexto: Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro". *Civitas*. N° 15 (2), p. 214-228. Disponível em <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.18947> [Acesso em. 12 de junho de 2017].
- RIESSMAN, Catherine Kohler. 1993. *Narrative Analisys*. Londres: Sage Publications.
- ROHDEN, Fabiola. 2001. *Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- SALEM, Tania. 2007. *O Casal Grávido: Disposições e Dilemas da Parceria Igualitária*. Rio de Janeiro: Ed. FGV.
- SCAVONE, Lucila. 2001. "Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero". *Interface*. N° 5 (8), p. 47-60. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000100004>. [Acesso em 20.06.2017].
- TAYLOR, Janelle S. 2000. "Of Sonograms and Baby Prams: Prenatal Diagnosis, Pregnancy, and Consumption". *Feminist Studies*. N° 20 (2), p. 391-418. Disponível em <http://www.academicroom.com/article/sonograms-and-baby-prams-prenatal-diagnosis-pregnancy-and-consumption> [Acesso em 14.11.2017]
- TORNQUIST, Carmem Susana. 2004. *Parto e Poder: o Movimento pela Humanização do Parto no Brasil*. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.