

ISSN 0104-5679



cadernos de campo

REVISTA DOS ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ANTROPOLOGIA SOCIAL DA USP

Ano 14 • 2005

13

Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico*

LILIAN KRAKOWSKI CHAZAN

Doutora em Saúde Coletiva pelo PPGSC/IMS/ UERJ e bolsista FAPERJ.

Artigo aceito para publicação em 18/09/05

resumo A autora discute questões surgidas no decorrer do trabalho de campo, parte da tese de doutorado, cuja temática consiste na construção do feto como Pessoa, mediada pela tecnologia de imagem. Foram observadas ultra-sonografias obstétricas em clínicas do Rio de Janeiro, RJ, e neste texto é problematizado o fato de buscar um olhar antropológico em ambiente médico, sendo ela própria médica. O pedido de que vestisse o jaleco em duas clínicas gerou questões acerca da identidade da observadora, como médica e como antropóloga. Discute-se como esta dupla inserção opera no decorrer da pesquisa, em relação aos atores deste universo e no olhar da observadora. A presença desta 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. A formação médica facilitou a entrada no campo e a aceitação da pesquisa por parte de seus sujeitos e por outro lado há uma tensão quando a pesquisadora busca estranhar uma situação duplamente familiar.

palavras-chave pesquisa qualitativa; etnografia; observação participante; identidade do pesquisador; subjetividades.

abstract The author discusses some issues that arose in the course of fieldwork, part of her doctorate thesis about the social construction of the foetus as a person through imaging technology. The research involved the observation of obstetrical ultrasound scans in private clinics in Rio de Janeiro-Brazil. The problem in point was the search for an anthropological view in a medical environment, the observer herself being a physician. The request that she wear a white coat caused questions to arise concerning the identity of the observer, as a doctor as well as an anthropologist. It is queried how this duality operates in the course of the research, with regard to the actors in this universe and in the view of the observer. Her presence appeared to be more perturbing to the doctors than to the mothers-to-be. The way in which the perturbation was expressed differed according to the gender of the doctor. The researcher's medical background facilitated the author's attendance at the examinations and the acceptance of the research by the subjects observed; on the other hand, there is a tension raised by the observer's attempt at reaching an anthropological view in a situation that is doubly familiar to her.

keywords qualitative research; ethnography; participant observation; researcher's identity; subjectivities.

* Este texto é uma segunda versão do trabalho apresentado na 24ª Reunião Brasileira de Antropologia, Olinda, PE, 2004, no FP 36: Antropologia, trabalho de campo e subjetividade: desafios contemporâneos.

Introdução

Neste texto são discutidos alguns aspectos das relações intersubjetivas surgidas no decorrer do trabalho de campo observando ultrasonografias (US) obstétricas em clínicas privadas – designadas por A, B e C – do Rio de Janeiro, RJ, parte da pesquisa desenvolvida para a tese de doutorado. O foco da investigação consistia na construção social do feto como Pessoa mediada pela tecnologia de ultra-som, produtora de imagens fetais.¹ Ao longo da realização da etnografia surgiram diversas questões envolvendo a identidade profissional da observadora. O principal ponto em discussão neste artigo consiste no fato de ser graduada em medicina e buscar um olhar antropológico 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’.² Por outro, a familiaridade com o ambiente médico vez por outra dificultava o distanciamento e o estranhamento necessários para uma etnografia. O fato de ser psiquiatra e psicanalista também emergiu como uma questão identitária no campo mas, pelo prisma do estranhamento antropológico, foi secundária à duplicidade principal de ser médica e estar realizando uma pesquisa antropológica naquele ambiente.³ Na clínica A,

durante todo o tempo usei trajés comuns. O pedido de que vestisse o jaleco nas clínicas B e C catalisou diversas questões acerca da subjetividade presente no trabalho de campo e da minha inserção identitária como médica e como antropóloga. Utilizo essa ocorrência como um ponto-chave para a discussão sobre como esta dupla inserção, de caráter dinâmico e bastante significativo, operou no decorrer da pesquisa, em relação aos atores deste universo e ao meu olhar.⁴ De um modo geral, a minha presença na sala de exames pareceu perturbar mais aos médicos do que as gestantes. O modo como a perturbação era expressa diferiu de acordo com o gênero do ultra-sonografista. Para situar em que contexto se desenvolveram as questões que abordo aqui, apresento de modo breve o desenho da pesquisa e características das clínicas etnografadas, retomando adiante a entrada no campo e o detalhamento do contexto.

Pouco depois de iniciada a observação na primeira clínica, percebi a necessidade de mudar o escopo do campo,⁵ por verificar que, se seguisse o projeto original, o número de variáveis em jogo tornaria a análise inviável no tempo de que dispunha.⁶ Durante o ano de 2003 observei

Monteiro 2001; Luna 2004; Menezes 2000, 2004). Dentre elas destaco especialmente a última, por dialogar de perto com o presente trabalho. Decorrente do fato de termos formação similar, essa autora enfrentou questões muito semelhantes às aqui abordadas. Rojo, em contraste, destaca o fato de “na maior parte do tempo não me [sentir] estudando meu próprio grupo” (Rojo 2001: 18).

1. A partir de fins da década de 1980, a US obstétrica tornou-se uma prática médica considerada indispensável no pré-natal. Na década de 1990, na América do Norte e Europa, produziu-se uma série de estudos antropológicos sobre as práticas e os significados da expansão do uso do US na gravidez. A revisão desta literatura é parte de minha dissertação de mestrado (Chazan 2000).
2. Aspas simples são minhas; uso aspas duplas para citações de autores ou falas dos informantes, estas em itálico.
3. Existe uma produção brasileira recente de etnografias em ambiente médico (Gonçalves 2001; Rojo 2001; Monteiro 2001; Luna 2004; Menezes 2000, 2004).
4. Por conseguinte, é impossível escapar, neste texto, de algum grau de confessionalidade.
5. A princípio, pretendia comparar a prática do US obstétrico em um hospital público, um universitário e uma clínica particular. Rojo (2001: 14) também discute a mudança de escopo ao entrar no campo e perceber a complexidade e dificuldade de se estabelecer uma abordagem comparativa em tempo exíguo.
6. Outros pontos relevantes para a mudança foram a constatação da existência de uma interatividade constitutiva dessa tecnologia de imagem e de um

exames, buscando compreender de que maneira profissionais, gestantes e acompanhantes lidavam com a US obstétrica, em termos de discursos e práticas. Meu foco de observação estava nas negociações ocorridas em torno das imagens fetais, motivo pelo qual optei por não realizar entrevistas com as gestantes.⁷ As conversas com elas e seus acompanhantes restringiam-se em geral à explicação sobre a pesquisa e ao pedido de autorização para observar. Entre um e outro exame ocorreram diversas interações com os profissionais – meus principais informantes – que constituem o núcleo das reflexões e da discussão que desenvolvo neste texto. Durante os exames tomava notas e mais tarde construía relatos das situações e dos diálogos ocorridos em cada dia. As clínicas A e B eram conveniadas com planos de saúde de preços variados que, em termos de renda, distribuíam a clientela. A clínica B costumava atender a um grupo claramente menos abastado do que as outras duas. A clínica C só realizava exames particulares, com preços a partir de R\$ 110,00, à época. A peculiaridade de sua clientela advinha de existir um vínculo com um centro de reprodução assistida, motivo de ali encontrar mais gestações consideradas de risco – do ponto de vista médico – e múltiplas do que nas outras duas. *Grosso modo*, estimei que a clínica

processo de construção de uma cultura visual específica dos atores do universo observado, temas que me pareceram merecedores de uma investigação mais aprofundada (Chazan 2005: 203-234). Daí decorreu o trabalho de campo ser 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 (ver abaixo, nota 9).

7. Outro motivo da opção envolve ter considerado que, por ser a psicanálise minha área original de atuação, se me aproximasse de modo mais individualizado com os sujeitos da pesquisa seria difícil me desvincular de referenciais familiares. As interações me interessavam mais do que apenas os discursos.

A atendia mais a clientes de camadas média e média/alta, a B, média e média/baixa, e a C, média/alta e alta.⁸

1 O familiar e o exótico: sobre o olhar e o estranhamento

Ao longo do tempo em que permaneci no campo, as indagações foram mudando à medida que construía uma identidade como pesquisadora. Começando pelo problema que inicialmente me ocupou, o de buscar um olhar antropológico em ambiente médico sendo graduada em medicina, existem ainda outras particularidades que complexificam o problema do estranhamento necessário à análise do material. O fato de explicitar esses aspectos e delinear a minha posição no campo permite que implicitamente se estabeleça uma discussão sobre as relações de poder que aí têm lugar, conforme aponta Clifford (1986: 15). Por questões pessoais, as imagens radiográficas e uma noção, mesmo que incipiente, de ‘transparência’ do corpo humano, estiveram presentes em minha vida desde muito cedo, fazendo parte da construção do meu olhar em termos de cultura visual.⁹ Anos depois, cursei medicina, enveredando pela psiquiatria e, em seguida, pela psicanálise. Estas peculiaridades produziram dois níveis distintos de familiaridade com o universo etnografado: um primeiro, quase intrínseco, relacionado à construção cultural do corpo e do meu olhar, e um segundo, vinculado ao conhecimento posterior de medicina. As

8. A divisão não é rigorosa, pois não investiguei o perfil sócio-econômico das gestantes. Estabeleci essa classificação baseada na observação dos trajés e da linguagem das gestantes, além da localização das clínicas na cidade. A clínica A se situava na Zona Oeste, moradia de camadas médias em ascensão, a B na Zona Norte, área de grupos de menor poder aquisitivo, e a C encontrava-se na Zona Sul, área ‘nobre’.
9. Refiro-me especificamente ao fato de meu pai ser médico e radiologista.

pesquisas no decorrer da pós-graduação problematizaram aspectos relacionados à visualidade, ao uso de tecnologias visuais em medicina com a conseqüente 'transparência' do corpo, e à própria medicina. A proximidade com aspectos constitutivos do campo que me propunha a observar de um ponto de vista antropológico eram, conforme apontado por Latour, o grande desafio, em termos de "disciplinar o olhar, manter a distância" (Latour & Woolgar 1997: 27).¹⁰ Meu primeiro 'aliado' na possibilidade de manter alguma distância residia na quase total incapacidade – desde os tempos de graduanda do curso médico – em decodificar as imagens sobre as quais meus informantes trabalhavam e com as quais interagem cotidianamente. Segundo 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 (...) uma vivência dos dois domínios por um mesmo sujeito disposto a situá-los e apanhá-los (DaMatta 1978: 28; grifos originais).

O primeiro passo, portanto, ao abordar meu campo de pesquisa, consistia em transformar o que me era bastante familiar em 'exótico', de modo a poder torná-lo objeto de estudo e, em seguida, fazer o caminho de volta, transformando este exótico em familiar em outro nível, por meio de tradução para uma linguagem antropológica.¹¹ Ainda conforme DaMatta,

10. Sobre a tensão entre familiaridade e estranhamento pelos mesmos motivos, cf. Menezes (2000: 22).

11. Sobre o exótico e o familiar, ver também o texto clássico de Velho (1978).

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 concretos aos mais abstratos. Do ponto de vista prático, a 'iniciação' prévia na medicina, além de propiciar contatos pessoais entre os especialistas em imagem, facilitou a minha aceitação e a entrada no campo.¹² Pode-se compreender esta acolhida como os médicos me tomando por 'nativa', pois mesmo informando-os que me propunha a uma investigação antropológica, freqüentemente os profissionais empenhavam-se em me fornecer explicações de cunho especializado, 'de colega para colega'.¹³ Compreendi este comportamento como uma estratégia não proposital dos meus informantes visando neutralizar o desconforto provocado pela minha presença como observadora, em outras palavras, pela "violência irredutível

12. Considero aqui o estudo da medicina como um processo iniciático sem me estender nele. Cf. o clássico de Becker *et al.* (1997). A formação psicanalítica também pode ser considerada como outra 'iniciação', mas focalizo apenas a primeira por ser qualitativamente a mais significativa. As dificuldades iniciais de um pesquisador não-médico em ter acesso ao ambiente médico estão bem descritas por Rojo (2001: 21). Em contraste, Monteiro, socióloga, assinala a facilidade e a informalidade com que foi aceita na unidade do hospital onde observou cateterismos cardíacos, em Albany, NY (Monteiro, 2001: 45). O que parece ocorrer é que, dependendo do campo a ser etnografado, mesmo para o observador com formação médica esse acesso pode ser bastante dificultado, conforme descreve Menezes (2004: 20-21).

13. Menezes (2000: 10) relata o mesmo tipo de atitude 'didática' em seus informantes do CTI observado.

do trabalho etnográfico", conforme Rabinow (1977: 129), ou pela "intrusão" nos termos de Clifford (1983: 140) – inerente a este tipo de abordagem e parte essencial da produção dos fatos a serem observados. Em um plano mais abstrato, esta atitude 'didática' deles, conjugada à minha reação, resultou em uma espécie de aprendizado paralelo à minha revelia tendo como fruto uma modificação efetiva na minha [in]capacidade em decodificar as imagens ultra-sonográficas que eram exibidas na tela do monitor. Aos poucos, involuntariamente, as imagens tornaram-se mais familiares para mim e tal mudança passava a obscurecer a estranheza do fato de como diferentes manchas cinzentas eram 'subjetivadas' pelos atores. De início, a situação me preocupou, pois a incapacidade em compreender as imagens era a minha principal ferramenta para obter o distanciamento de que necessitava. À medida que prosseguiu o trabalho, contudo, percebi que o fato de conseguir, embora precariamente, entender sozinha o que estava sendo visibilizado¹⁴ na tela permitia-me acompanhar em 'tempo real' o que estava sendo decodificado pelo médico e passar a focar a atenção nas estratégias discursivas ou visuais do operador para, por exemplo, dar ou evitar fornecer más notícias à gestante.¹⁵ Em alguns momentos, contudo, notava estar demasiado interessada em questões médicas em si, e aí percebia a necessidade de disciplinar minha curiosidade. Ao afastar a medicina como foco de curiosidade, aproximava-me do meu objetivo. Duas atividades correlatas eram o principal

14. Utilizo 'visibilizar' e não 'visualizar' porque é um termo nativo e, a rigor, a tecnologia do US – assim como todas as tecnologias de imagem médica – 'torna visível' algo não acessível ao olhar.

15. Monteiro refere experiência semelhante: ao se familiarizar com as imagens de cateterismo sobre as quais seus sujeitos trabalhavam cotidianamente, tornou-se mais rápida nas anotações e passou a focar a atenção em outros aspectos das interações entre os atores (Monteiro 2001: 48).

modo de retomar a distância: o ato de tomar notas durante as observações e a posterior construção dos relatos.¹⁶ Essa última atividade, em especial, permitia-me resgatar o foco da observação. A oscilação entre duas identidades profissionais foi constante e tornou-se constitutiva do trabalho, como não poderia deixar de ser. Em várias ocasiões utilizei-me conscientemente da familiaridade com o discurso médico e de ter genuína curiosidade sobre temas da medicina como estratégia para estabelecer um contato menos formal e – porque não dizer – menos persecutório para os profissionais. Com freqüência percebia estar falando a 'língua dos nativos', utilizando um jargão que me era familiar, para perguntar e debater assuntos variados dentro do campo médico. Esse comportamento era bem recebido pelos meus informantes e reduzia eventuais inquietações sobre "o que *você tanto anota?*"¹⁷ no pequeno fichário utilizado para as notas de campo.¹⁸

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-se e entender os elementos que se apresentam, decodificando seus significados

16. Sobre a alternância entre aproximação e afastamento do objeto, cf. Menezes (2004: 23,24).

17. Nos exemplos do campo usei sublinhado sempre que a ênfase era do autor da fala. **Negritos** são ênfases minhas. Editei o mínimo possível o material visando preservar ao máximo a vivacidade e a espontaneidade das falas dos atores. Adiante, a descrição extensa e mais detalhada das clínicas visou contextualizar a observação e, também, mantê-la "abert[a] à interpretação acadêmica (e à reapropriação pelos nativos)" como apontaram Codere e Hymes nesse tipo de abordagem (Clifford 1998: 239).

18. Usava um fichário de tamanho mínimo, repondo folhas após cada dia de observação, porque a 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.

para o grupo em questão. Nesse sentido, estar familiarizada com a cultura médica e com o jargão corrente entre os profissionais foi facilitador para a elaboração da etnografia e poupou um tempo precioso de aprendizagem da 'língua nativa'. Foi como se eu 'pulsasse' uma etapa de iniciação na cultura do universo etnografado.¹⁹ Esta se deu, em um segundo momento, por meio do treinamento involuntário do meu olhar. De acordo com Becker e Geer, erros de interpretação sobre o teor do material fornecido pelos informantes estão calcados no fato de que "freqüentemente não entendemos o que não estamos entendendo e assim ficamos propensos a cometer erros ao interpretar o que nos é dito" (Becker e Geer 1978: 77).²⁰ Ter sido 'iniciada' na linguagem e na cultura próprias do universo que pretendia observar, muito antes de pensar na área médica em termos antropológicos, produziu um deslocamento da experiência de 'iniciação' no campo para a esfera mais estrita da etnografia, da qual inclusive o presente texto pode ser considerado um dos elementos, como assinalam Marcus & Fischer (1986: 21). Sentia-me segura de estar entendendo meus informantes por seu próprio ponto de vista, sendo este o lado positivo de ter uma formação médica buscando uma visão antropológica naquele ambiente. Por outro lado, era um fator problemático para a segunda 'iniciação', antropológica, por dificultar o estranhamento necessário à elaboração da etnografia. A construção dos primeiros relatórios de campo e, mais adiante, do texto etnográfico em si, produziram de fato um efeito de distanciamento da minha primeira 'iniciação' e o início da segunda.

19. Acerca da questão de aquisição de conhecimento técnico – "aquisição de competência nativa" – em etnografias médicas ou em ambientes tecnológicos, cf. a discussão de Monteiro (2001: 47).

20. A tradução dos textos citados é de minha autoria, salvo menção expressa.

2 Primeiros contatos e entrada no campo

O primeiro contato que obtive foi com dra. Lúcia,²¹ da clínica B, indicada por uma ginecologista-obstetra como uma competente especialista em US obstétrico. Dr. Henrique, da clínica A, foi recomendado nos mesmos termos, por um radiologista, meu conhecido de longa data. Em diferentes ocasiões, ambos me receberam para conversar após o expediente. Os dois encontros antecederam em cerca de um ano a entrada efetiva no campo. Dr. Henrique, diferentemente de sua colega, discorreu longamente sobre a especialidade, contou casos e teceu críticas a certos usos – e, no seu entendimento, abusos – da utilização de US na gravidez. Nas duas vezes iniciei a conversa perguntando pela 'rotina' em US na gestação. Em retrospecto, verifiquei que já nesses primeiros contatos surgiu uma diferença de atitude que emergiu como padrão ao longo da observação, vinculada à questão de relações de gênero no campo: os médicos sempre se mostraram muito mais prolixos do que suas colegas, tema ao qual retornarei. Para além desse aspecto, as longas explicações e 'palestras' informais apontaram para o fato de que meus informantes estavam mais acostumados a serem *eles* os decodificadores de imagens e enunciadores de 'verdades' do que objeto de uma observação que permitiria produzir um texto etnográfico *sobre* eles e sobre as verdades produzidas *por* eles.

Cerca de um ano depois desses primeiros contatos, iniciei a observação na clínica A, semanalmente, nela permanecendo por 3 meses. Nesse período acompanhei em especial dr. Henrique, o preferido pelas gestantes e referência principal desta clínica para os exames obstétricos, embora outros profissionais também os realizassem. Surgiu-me então uma

21. Nome fictício, como todos neste trabalho.

dúvida acerca do quanto certas práticas seriam peculiares ao dr. Henrique, por singularidades pessoais, daí decorrendo, entre outros motivos, ter resolvido mudar o escopo da etnografia, estendendo a observação para mais duas clínicas particulares. O contato com dr. Sílvio, dono da clínica C, ocorreu por intermédio de dr. Henrique, algum tempo após o início do trabalho de campo.²² Ao telefone, ele aceitou que eu observasse em sua clínica, pois dr. Henrique lhe teria dito que eu "só assistia e tomava notas";²³ fez ainda questão de me dizer que foi "o primeiro a fazer US no Rio de Janeiro" e pediu que levasse jaleco para observar os exames. Na primeira vez que fui à clínica, para preencher uma formalidade,²⁴ ele veio ao meu encontro em trajas de centro cirúrgico²⁵ e me reconheceu de reuniões que participara com alguns psicanalistas. Conversamos sobre a pesquisa e, sabedor de que eu observara a clínica A, 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 conotando 'aqui você vai ver como é que se faz de verdade, para valer'. Na despedida, indicou-me às atendentes, dizendo-lhes que eu freqüentaria a clínica. Muito receptivo, satisfeito em mostrar sua clínica e seu renome profissional, de modo análogo às explicações científicas acima mencionadas, este conjunto de atitudes denotou um outro modo de delimitação e reafirma-

22. Ver nota 6, acima. Como o contato com a clínica B já havia sido estabelecido, foi a obtenção de permissão para observar pelo dono da clínica C que emprestou à etnografia seu contorno definitivo.

23. A rigor, conhecia Dr. Sílvio há muitos anos, mas ele não se lembrava de mim, obviamente.

24. Nas 3 clínicas apresentei o projeto para ser assinado pelo responsável, sendo a seguir submetido ao comitê de ética do IMS/UERJ, vinculado ao CONEPE. Após essa aprovação iniciava as observações.

25. Nesta clínica eram realizados procedimentos tais como biópsia de vilos coriais e amniocentese, que requeriam ambiente asséptico.

ção de posição dentro das relações de poder no campo. A noção veiculada por ele, de que *ali* eu teria acesso à 'coisa certa', de um ponto de vista de protocolos científicos, sugeria uma tentativa de direcionar meu olhar para um campo no qual *ele* seria o detentor de conhecimentos e de uma posição privilegiada – como médico, dono da clínica e precursor da especialidade no Rio de Janeiro.

3 As clínicas

Alguns detalhes da decoração das três clínicas, assim como os espaços de circulação e das salas de exames eram significativamente diferentes e remetiam ao nível sócio-econômico da clientela atendida.²⁶ Os donos das clínicas B e C são os primeiros profissionais que se estabeleceram na área de US no Rio de Janeiro. O dono da clínica A investe pesadamente na aquisição de equipamentos de última geração em diversas tecnologias de imagem médica e representaria, por assim dizer, o 'futuro' em termos de diagnóstico por imagem no Rio de Janeiro. De certo modo, sua credibilidade repousa parcialmente neste aspecto, em contraste com a autoridade mais calcada no peso da 'tradição', das clínicas B e C. A preocupação em estarem atualizados, com a compra de equipamentos cada vez mais sofisticados, é comum aos três, que investem grandes somas neste sentido. A clínica B é uma filial modesta de uma grande clínica de US, em cuja matriz estão os equipamentos mais modernos.

A clínica A, denominada 'A'-mulher, conforme o nome explicita destina-se exclusivamente à clientela feminina: realiza US ginecológico e obstétrico, mamografias e densitometrias ósseas, sendo uma das unidades de uma clínica de

26. Em termos do nível de especialização e proficiência dos profissionais, as três clínicas se equivalem e, do ponto de vista técnico, são igualmente bem conceituadas entre ginecologistas e obstetras.

imagem. Encontra-se em um grande *shopping*, na mesma área das lojas, e a fachada da clínica é facilmente confundida com as outras: envidraçada, com portas de vidro com o logotipo pintado. A sala de espera é ampla e na entrada há um aparelho para retirada de senhas, como em bancos, laboratórios de análises clínicas e certos supermercados. À esquerda de quem entra, existe uma bancada com três computadores e recepcionistas com crachás, uniformizadas. Atrás delas, em um grande nicho na parede, vê-se máquinas eletrônicas de cobrança de cartões de crédito. O chão é de granito polido e as cadeiras em série, fixadas ao chão, totalizam cerca de 30 lugares. Há uma TV de 20" permanentemente ligada e revistas de 'celebridades' em mesinhas de canto.²⁷ Duas das paredes desta sala são envidraçadas, permitindo que se observe o movimento dos corredores do *shopping* e vice-versa, como se os que aguardam atendimento estivessem dentro de uma vitrine. O conjunto todo evidencia os cuidados de um decorador, criando um ambiente asséptico e impessoal que tanto poderia ser uma recepção de banco como de companhia aérea: não há nenhuma indicação evidente de que se trate de uma clínica para exames.²⁸ Passando-se a porta de vidro que separa a sala de espera da área de exames, há dois corredores paralelos. No da esquerda estão a sala do aparelho de US 3D de última geração e as duas seguintes, com aparelhos mais antigos. Em frente às portas das salas há dois banheiros e uma fileira de 4 vestiários pequenos; no final deste corredor encontra-se a sala de laudos, bastante acanhada, se comparada com os outros espaços da clínica. A 'assepsia' da decoração está coerente com as idéias *high-tech* e de cientificidade que são valores centrais para os profissionais desta clínica. A distribui-

ção dos espaços suscita algumas questões relativas à privacidade oferecida para a troca de roupa das gestantes; a exigüidade e o relativo desconforto da sala de laudos remetem a um certo grau de desvalorização dos profissionais, tema que mais tarde surgiu na reclamação de uma das médicas, à guisa de 'cooptação' e de cumplicidade comigo.

A clínica B situa-se em um prédio comercial modesto na Zona Norte do Rio. A sala de espera é pequena, com uma TV de 10", sempre ligada, de cor e imagem instáveis. Na parede há quadrinhos reproduzindo aquarelas com paisagens de Paris. Na bancada da recepção há um computador e uma atendente. Atrás dela existem máquinas manuais para emissão de boletos de cartão de crédito, diversas pastas e, na parede, um cartaz: "*Vendemos fitas de VHS*".²⁹ Os bancos são em alvenaria, com encosto pregado na parede; em um canto há revistas de 'generalidades'.³⁰ Ao entrar na clínica, à direita, está a porta de acesso para um pequeno corredor que leva às salas de exames e à sala de laudos, que é ampla e tem diversas funções: nela, profissionais e atendentes fazem refeições, preparam os laudos, agendam exames, discutem casos com outros médicos pelo telefone, trocam de roupa e fofocam.³¹ A multiplicidade de funções dessa sala, permitindo uma razoável mistura de atividades, é coerente com o aspecto mais marcante desta clínica: a inexistência de qualquer tipo de isolamento acústico entre os diferentes compartimentos, provocando uma confusão de sons análoga à mistura de atividades da sala de laudos, apesar do cartaz na parede solicitando que se fale baixo. Esta situação se deve ao modo

29. Muitas gestantes trazem suas próprias fitas de vídeo para gravar US ao longo da gravidez. O consumo da imagem, um aspecto pregnante deste universo, é um tema complexo e foge ao escopo deste artigo.

30. *Veja, Isto é, Casa Cláudia*.

31. Por acaso, só havia mulheres nesta clínica durante o período em que realizei a observação.

como os espaços da área de exames foram distribuídos: parece ter sido um único recinto que foi subdividido *n* vezes, com divisórias de eucatex, às vezes de modo oblíquo; excetuando a sala de laudos, todos os outros espaços são exíguos, fechados com portas sanfonadas. Das duas portas de madeira – a da sala de laudos e a do corredor dos exames – uma está despençando. O consultório tem relativo conforto, mas é muito mais modesto do que a clínica A, correspondendo ao padrão sócio-econômico da clientela, bem abaixo do da primeira. A aparelhagem tem mais de 5 anos de fabricação, o que, traduzido em termos nativos, significa 'ultrapassados', ou quase. A inexistência de isolamento acústico produz uma situação de praticamente total falta de privacidade, a não ser que se sussurre todo o tempo. A ausência de um espaço bem delimitado para as gestantes trocarem de roupa aponta para a mesma questão. Estas características, associadas à decoração modesta da sala de espera e ao tempo destinado a cada exame, produzem a impressão de que ali há um atendimento 'de massa'.

A clínica C localiza-se em um prédio comercial de alto luxo, e só atende a clientes particulares; logo na entrada há uma placa indicando que a clínica de US está vinculada a uma de reprodução assistida. Entra-se por um longo corredor com grandes quadros com fotos coloridas de bebês gordinhos, 'fofos', trajados de flor e congêneres³² e desemboca-se em um balcão perpendicular ao corredor, com alguns computadores e atendentes. Para a direita e para a esquerda da recepção se enfileiram pequenos compartimentos separados por vidros, como 'mini-salas' de espera, cada uma com capacidade para 4 pessoas sentadas, com bancos de alvenaria estofados e revistas 'materno-

infantis'.³³ A parede oposta à entrada de cada 'casulo' é envidraçada, com uma vista absolutamente deslumbrante da paisagem à volta. O teto é rebaixado, as paredes são cor salmão até 80cm do chão e, daí até o teto, amarelo-claro. Há uma certa saturação visual no ambiente; possivelmente o intuito original era torná-lo 'alegre' e 'aconchegante'.³⁴ Para a direita, o corredor dos 'casulos' desemboca no das salas de US, uma de cada lado, ambas muito amplas e confortáveis e com aparelhagem de última geração. No final desse corredor encontram-se dois grandes toaletes e a pequena sala da administração. O ambiente geral evidencia os dois valores centrais que norteiam as atividades aí desenvolvidas: tratamento *vip* privativo, 'personalizado', 'aconchegante', e tecnologia de ponta – tanto a de imagem quanto a relativa às novas tecnologias reprodutivas.

O aspecto principal que saltava aos olhos na comparação da arquitetura das três clínicas consistia na distribuição de espaços que propiciavam o direito à privacidade, que teria como que um 'gradiente' decrescente cujo ponto máximo seria a clínica C, com suas salas de espera individuais e o ponto mínimo a clínica B, sem isolamento acústico algum. A clínica A, neste particular, ocuparia uma posição mediana. Este 'direito à privacidade' também era evidenciado pelo espaço destinado à troca de roupa das gestantes: na clínica C, nos dois grandes toaletes 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 já estava sendo esperada pelo profissional. Na clínica A havia os pequenos vestiários individuais no qual as gestantes deveriam permanecer até serem chamadas pela atendente; dirigiam-se então para as salas de exame, onde aguardavam a chegada

32. A fotógrafa (Anne Geddes) que criou este estilo de fotos registrou a marca que hoje movimenta fortunas, com sites na Internet e toda uma indústria de artigos para bebês, além de livros, *posters* etc.

33. Como *Seu filho e você, Pais e filhos* e outras que tais.

34. Também aí percebe-se o 'dedo' de um decorador, embora de gosto – a meu ver – um tanto duvidoso.

do médico. Na clínica B existia um pequeno nicho sem porta dentro de uma das salas, no qual a gestante poderia se trocar, e tudo acontecia ao mesmo tempo, sendo comum a médica e eu entrarmos e a gestante estar ainda se despiando e colocando o avental, teoricamente descartável.³⁵ O mesmo 'gradiente' – C, A e B – ocorria no tocante ao grau de sofisticação da aparelhagem e ao tempo disponibilizado para cada exame. Nas clínicas A e C, as gestantes costumavam dirigir-se aos profissionais e a mim utilizando 'você'. Na clínica B, o termo em geral utilizado era 'senhora'.³⁶

4 Vestindo o jaleco

Ao chegar para o primeiro dia de observação, na clínica A, enquanto internamente me debatia em questões de como me inserir nos exames, Dr. Henrique me chama, dizendo: "Vamos?" Sigo-o ainda desconcertada, ele entra na sala de US, cumprimenta a gestante já deitada na maca: "Olá, como vai?", 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 em seguida volta toda a sua atenção para o exame, que é iniciado imediatamente. Preocupo-me com o fato de ser uma presença imposta pelo médico, mas ninguém parece se incomodar com esse 'pormenor'. Durante o período em que permaneci na clínica A, este foi o procedimento usual. Quando passei a tomar notas no meu mini-fichário, por vezes fui inquirida pela gestante ou acompanhante

sobre que tipo de estudo estava fazendo. De todo modo, por estar trajando roupas comuns e pela forma como o médico me apresentava, pareceu-me ser evidente para gestantes e outros presentes que eu não pertencia ao *staff* da clínica. As gestantes tinham um vínculo afetivo significativo com dr. Henrique,³⁷ o que possivelmente foi um dos fatores que tornaram minha presença 'aceitável' sem questionamentos. Os exames duravam cerca de 20 minutos, e com frequência havia longos intervalos entre um e outro, durante os quais interagia com os profissionais. Passado o período que havia determinado para esta clínica e tendo modificado o projeto original, resolvi prosseguir as observações alternando entre as clínicas B e C, visando uma perspectiva contrastante por conta de suas diferenças sócio-econômicas.

O primeiro contato com dr. Sílvio havia me alertado para a necessidade eventual do uso de jaleco e, por via das dúvidas, resolvi levar um guardado comigo no primeiro dia de observação da clínica B.³⁸ Sem que eu dissesse nada, foi-me solicitado que o vestisse para entrar na sala de exames. Dra. Lúcia convidou: "Vamos?", acompanhei-a, ela entrou na sala e não me apresentou à gestante. Percebi estar pouco à vontade para tomar notas, parte por não ter sido apresentada, o que tornava minha presença inexplicável para as grávidas, mas sobretudo por estar de jaleco. Em suma, senti-me uma intrusa, desconfortável em relação às gestantes, como se estivesse 'disfarçada', praticando algo ilícito. Contudo, nada me ocorreu parecido com uma solução para este mal-estar. Percebi

35. 'Teoricamente', porque havia ali apenas *um* avental pendurado, de material descartável.

36. Este detalhe remete à existência de diferenças entre as clínicas, no tocante às relações hierárquicas médico-paciente-observadora baseadas em fatores sócio-econômico-culturais, que ficaram evidentes ao longo da observação, um aspecto que foge ao escopo deste trabalho. Sobre o tema cf. Menezes (2000: 66).

37. Eram mais clientes *dele* do que da clínica, buscando-o também em outras clínicas onde trabalhava.

38. Menezes vivenciou duas situações distintas no tocante a este quesito (2000: 10; 2004: 19). Outros pesquisadores, oriundos da área de Ciências Sociais e desenvolvendo etnografias em ambiente médico, também fazem referências e problematizam a solicitação de vestir o jaleco. Cf. Cussins (1998: 69).

que ter de vestir o jaleco havia introduzido um elemento novo na observação, no tocante a como me situava no campo, mas naquele momento não ficou claro o porquê. O desconforto experimentado apontou para o questionamento sobre a explicitação da minha posição em campo, em termos éticos. Estando de jaleco, estava 'disfarçada' de médica, e a observação etnográfica ficava impregnada por uma inverdade – principalmente considerando a presença do etnógrafo como parte integrante da etnografia (Clifford 1983: 140). Os exames nesta clínica duravam entre 5 e 10 minutos e sucediam-se sem intervalo; nesta primeira tarde observei o dobro do número de exames que costumava observar em dias inteiros na clínica A. Era uma atividade exaustiva, sem tempo para pensar, e o mal-estar ficou como uma questão inconclusa, a ser elaborada. A solução só surgiu na semana seguinte quando, na clínica C, também trajando jaleco, fui apresentada pelo dr. Sílvio à gestante e acompanhante, dentro da sala de exames, nos seguintes termos: "Esta é a dra. Lilian, que trabalha conosco aqui na clínica." Obviamente não era o caso de desdizer o médico naquele momento, mas definitivamente a apresentação não correspondia à verdade. Meu desconforto tornou-se completo. O 'disfarce', antes vago, havia sido verbalizado. Ao elaborar o texto etnográfico, dei-me conta de que, entre outros fatores, esse foi um dos modos de o médico se colocar em uma posição hierárquica 'superior', por ser *ele* o dono da clínica. Ocorreu-me então adotar um procedimento diverso do que até então: apresentar-me às gestantes na sala de espera, explicar brevemente a pesquisa e pedir permissão para observar seu US. Solução simples e óbvia, mas de implementação delicada: tive medo que dr. Sílvio vetasse meu intento, por receio de que esta interferência fosse 'espantar' a clientela que, rica, não gostaria de ser 'objeto de estudo'. De fato, dr. Sílvio estranhou quando o consultei mas, embora relutan-

te, aceitou ao meu pedido. A partir de então, passei sempre a conversar brevemente com as gestantes, tanto da clínica C quanto da B sobre o que estava pesquisando e o que significava o tomar notas, penitenciando-me por não ter tomado esta atitude na clínica A. Um aspecto digno de nota é que, em geral, as gestantes se surpreendiam com o meu pedido de permissão para assistir ao exame. Apenas uma vez a gestante recusou, pedindo desculpas e alegando encontrar-se em um momento delicado. Exceto ela, nenhuma grávida pareceu considerar a minha presença como invasão de privacidade, provavelmente por o exame conter de modo intrínseco uma 'naturalidade' de expor suas entranhas. Essa naturalização evidenciava-se também na não-percepção, pelos médicos, da minha presença como possivelmente invasiva para as gestantes, fato que interpretei como reflexo de sua atividade cotidiana: devassar o interior dos corpos. Com meu reposicionamento diante das gestantes e acompanhantes, percebi estar muito mais à vontade para anotar 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 como pesquisadora. Essa decisão marcou um momento de tomada de posição como etnógrafa no campo – para meus sujeitos e para mim mesma.

5 Vicissitudes da presença da observadora

Na clínica A, desde o início percebi que os profissionais se sentiam mais desconfortáveis com minha presença, na sala de US e na de laudos – entre os exames –, do que as gestantes. Durante as sessões este desconforto era expresso de modo muito sutil, perceptível através de demasiadas explicações científicas supostamente fornecidas à gestante, mas evidentemente diri-

gidas a mim, pois observei que à medida que o tempo passou elas diminuíram, denotando que seu exagero estava vinculado à 'novidade' da presença de uma observadora.³⁹ Na sala de laudos, o desconforto se manifestava sempre sob a forma de brincadeiras, diretas ou indiretas. Pelo fato de haver longos intervalos entre os exames, meu convívio com os profissionais desta clínica foi mais prolongado do que nas outras duas. Estes mantinham entre si um relacionamento muito bem-humorado, sendo comum haver troças, piadas e gozações recíprocas, nas quais fui logo incluída.⁴⁰ Conjugando estes três aspectos – contato mais prolongado, explicações e brincadeiras – e, sobretudo, considerando a forma jocosa como um modo mais fácil de expressar constrangimento, fica claro porque há mais exemplos interpretados por mim como desconforto advindos desse grupo.

As manifestações *diretas* de mal-estar pela 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!*”⁴¹ Nestes momentos entendia que estava sendo vista efetivamente como alguém de fora do grupo, embora fosse um tanto vago em qual categoria me inseriam, se psicanalista ou antropóloga – assim como qual das duas percepções provocava maior desconforto neles. Esta noção um tanto confusa sobre o que eu estava a fazer lá também surgia sob a forma de colaboração, como:

Logo que chego, dr. Henrique me cumprimenta 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!” Dra. Ana entra na sala e comenta: “*Puxa! Um exame (...), o pai deu um berro, eu até saí para ver (...)! Você tinha que estar aí! P'ro teu trabalho...*” (Clínica A).

Por vezes surgiram manifestações *indiretas* de inequívoco caráter persecutório:

Sentada em um canto, ocupada tomando notas, presencio uma conversa sobre um panetone que Henrique dera para Priscila e que ficara na prateleira de uma semana para a outra porque esta não o levava consigo. O médico diz, brincando, que vai pegar de volta e alguém ri: “*Panetone? Isso não é panetone coisa nenhuma! Isso é uma câmera escondida!*” [Risos gerais] Ele completa no mesmo tom gaiato: “*Mas isso é antiético! Tinha que ter aquele cartaz 'Sorria, você está sendo filmado!' Vou processar...*” Continuo anotando, agora o episódio. (Clínica A).

Outro comportamento que interpretei como desconforto com ‘toques persecutórios’ foram tentativas, em tom semi-jocoso, de ‘cooptação’, sugerindo que eu estava sendo percebida como uma espécie de ‘auditora’ externa:⁴²

Dra. Priscila comenta comigo que os ultra-sonografistas são 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 US... 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. Vê se você*

42. Menezes refere que um de seus informantes pensou a princípio que ela seria “*fiscal do [Anthony] Garotinho*” (Menezes 2000: 10), à época governador do Estado do Rio de Janeiro. Monteiro relata que seus sujeitos de pesquisa acharam inicialmente que ela estaria avaliando o desempenho dos *fellows* em cateterismo (Monteiro 2001: 46).

fala bem da gente, aí!” [Aponta para minhas anotações]. (Clínica A).

Na clínica A, acompanhava em especial dr. Henrique, embora observasse por vezes outras médicas. Percebi que elas eram mais silenciosas durante a realização dos exames, e me perguntei acerca da possibilidade de ele estar se exibindo para mim.⁴³ Ao longo do tempo, comparando as atitudes de médicos e médicas nas clínicas B e C, no tocante a este aspecto, consolidou-se a impressão de que, para além das peculiaridades pessoais, havia uma questão de gênero atravessando o campo: via de regra as profissionais mantinham atitudes aparentemente mais relaxadas, menos tensas e exibiam menos ‘conhecimentos científicos’ durante os exames do que seus colegas homens. Curiosamente – ou nem tanto – em conversas meus informantes, ao perguntar-lhes diretamente se durante as sessões minha presença os incomodava, à exceção de dra. Lúcia todas as médicas confessaram-se tensas 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 dr. Sílvio acrescentado: “*Eu até gosto!*”. No entanto, minha impressão era justo o contrário. Pelo prisma das relações de gênero, os médicos pareciam apelar para os conhecimentos científicos para demarcar a posição de poder. Além disso, na clínica C, durante os exames ocorria um tipo de conversa entre dr. Sílvio, gestante e acompanhantes em torno de questões ‘médicas’ que evidenciava uma preocupação marcante dele de que o exame se constituísse mais como procedimento científico do que como ‘evento social’ – um dos fantasmas temidos

43. A questão em foco consiste na exibição de conhecimentos médicos ‘para a colega’. Menezes comenta aspectos similares em suas duas etnografias (Menezes 2000: 10; 2004: 95).

e depreciados pelos profissionais da área. Na prática, contudo, não deixava de ser um evento social, apenas revestido do que denominei, para meu uso, de uma ‘medicalidade explícita’.⁴⁴

Na clínica A, as gestantes pareciam não atentar para a minha presença. Apenas algumas vezes percebi que me observavam de esguelha enquanto tomava notas, e só eventualmente perguntavam o que eu estava estudando. Um aspecto a ressaltar é que as imagens ultra-sonográficas parecem exercer um poder quase ‘hipnótico’, sendo difícil para todos – inclusive eu, nos primeiros tempos de observação – despregar os olhos da tela do monitor do aparelho ou da TV a ele conectada (existente nas clínicas A e C).⁴⁵ Nesse sentido é que pareceu-me que, para as gestantes, o fato de eu estar na sala tinha um caráter secundário. Por outro lado, contudo, na clínica A, em situações tensas, em especial diante de preocupação com possíveis patologias, dei-me conta um dia de que eu estar ali poderia representar um acréscimo de preocupação para as grávidas, relacionado ao fato de ser visivelmente mais velha que dr. Henrique e

44. Por ‘medicalidade explícita’ refiro-me a um tipo de explanação fornecido às gestantes em tom solene, professoral, durante os exames. Era um discurso rebuscado, com muitos termos científicos. Mesmo já familiarizada com os termos do campo, frequentemente me perdia nessas explicações. Pergunto-me se as gestantes e acompanhantes eram capazes de entender a fala do médico e se esta atitude dele os tranquilizava. A rigor, pareceu-me que essa atividade tinha um caráter de ‘exibição de conhecimentos’ para todos os presentes na sala, eu incluída, e era, sobretudo, um reassuramento para o próprio médico.

45. As imagens polarizavam o olhar de todos os presentes na sala de exame. No início do trabalho de campo por diversas vezes dei-me conta do quanto era difícil desviar a atenção do monitor, sendo necessário me disciplinar para não ser ‘cooptada’ pela cultura nativa, magnetizada pelas imagens, e conseguir focalizar a observação nos discursos, interações e negociações que ocorriam incessantemente.

39. Menezes passou pelo mesmo processo em sua primeira etnografia (Menezes 2000: 11).

40. Assim como apontado por Geertz em Bali, ali “ser caçoado [era] ser aceito” (Geertz 1989b: 282).

41. Menezes observou o mesmo tipo de comentários em sua etnografia do CTI (Menezes 2000: 11).

de ter sido apresentada por ele como “*dra. Lilian*”. Percebi que, para elas, a minha presença podia significar algo como uma 2ª opinião, ‘mais abalizada’ sobre o assunto do que a dele; neste caso eu estaria sendo percebida como médica e não como pesquisadora. Ao me dar conta disso, sempre que se evidenciava alguma ocorrência similar eu parava de tomar notas e dava a entender, implícita ou explicitamente, que minha observação não se vinculava a motivos ‘médicos’. Nas clínicas B e C, do momento em que passei a pedir autorização para assistir ao exame, ou seja, ao me posicionar como etnógrafa, tal não voltou a ocorrer. Ainda assim, em momentos difíceis,⁴⁶ em respeito à gestante, deixava para anotar depois, pois parecia-me uma atividade inadequada para situações de tanta angústia e dor.⁴⁷

Finalmente, o mini-fichário como um fator de interferência. Inicialmente tomava notas ao chegar em casa, mas diante da variedade e da quantidade de informações, assim como da rapidez com que as situações se sucediam, a partir do 3º dia de observação na clínica A optei por mudar o método. Senti que a única saída era tomar notas no ‘local da ação’, sob pena de empobrecer muito a etnografia. Com o tempo desenvolvi um tipo de registro quase estenográfico. Nas três clínicas, meu fichário minúsculo foi sempre uma fonte inesgotável de curiosidade, comentários e gozações por parte

de médicos, médicas e atendentes.⁴⁸ As reações variavam desde perguntas do tipo “*O que você tanto escreve aí? Vou querer ver...*” até a mais recorrente de todas: “*O que você vai fazer com essas anotações? Dá mesmo pra extrair alguma coisa daí?*”. Eu costumava responder que fazia relatos reconstituindo o que tinha visto e que esperava sinceramente poder ‘extrair alguma coisa daí’. De algum modo meus sujeitos de pesquisa captavam um problema central de qualquer etnografia: a transformação das notas em texto etnográfico. A perturbação provocada pela minha atividade de anotar pode ser compreendida como sendo resultado da explicitação do que eu estava fazendo ali. Estar quieta observando era uma coisa, anotar o que se passava era outra. As anotações por assim dizer ‘incorporavam’ a atividade etnográfica e a intrusão. Meus informantes mantinham uma atitude ambígua em relação a este último aspecto em particular, pois apesar do evidente incômodo provocado pela minha atividade de registro, diversas vezes fui inquirida por eles por que não filmava ou usava gravador. Possivelmente o uso de um dispositivo de registro mecânico, para eles, habituados à tecnologia, seria mais familiar, mais ‘neutro’, ‘objetivo’ e menos incômodo. Para mim, contudo, o sentido de invasão contido no uso de um dispositivo mecânico era exatamente o oposto.

Organizei os relatórios de observação no computador de maneira modular, divididos entre as observações das sessões ultra-sonográficas, uma a uma, e uma parte relativa às conversas, impressões e o que eu observava de um modo geral – o diário de campo. Assim, adotei a prática de, na observação seguinte, trazer para quem eu observara a cópia do relato de um dos exames. Selecionava algum no qual houvesse mais registro de conversas e poucos comentários meus sobre as práticas do

48. Menezes (2000: 11) foi alvo do mesmo tipo de reações.

46. Refiro-me à descoberta – esperada ou inesperada – de patologias fetais durante o exame.

47. Menezes descreve o mesmo tipo de experiência (2004: 19-20). Aparentemente, nestas situações, surge para o pesquisador uma sensação de desconforto por estar presente ali nesta condição, concretizada pelo ato de anotar. Parar de tomar notas teria o significado de, diante de questões literalmente de vida ou morte, colocar temporariamente em segundo plano uma questão comparativamente ‘menor’ – a sua própria pesquisa. É impossível avaliar o quanto a formação médica – minha e de Menezes – modela essa escala de valores.

profissional, visando evitar aumentar o sentimento persecutório daquele. Todos eles ficavam muito satisfeitos com esse procedimento e muitos se surpreendiam: “*Nossa! Como você vê tanta coisa acontecendo!*”, ou então: “*A gente fica só ali procurando imagens, nem repara nisso tudo que você viu.*” A reação dos profissionais ao meu texto de certo modo me apontou de que ele estaria na linha da “ficção verdadeira” (*true fiction*), delineada por Clifford e Marcus (1986: 6). Um dia, dr. Sílvio pediu-me o relato de certo exame que fora particularmente difícil, pois pretendia discutir a situação com a equipe; nessa ocasião fiquei satisfeita em poder retribuir a acolhida que estava recebendo. O pedido do médico – a quem eu já havia fornecido o relato de uma sessão – validou que parte da “dificílima transformação” (Pratt 1986: 32) do trabalho de campo – mediado pelas notas – em etnografia formal encontrava-se em curso. Percebi então que estava sendo vista como alguém que trazia um outro olhar de alguma ‘utilidade’ para os profissionais, fornecendo subsídios a eles para uma reflexão sobre sua própria prática.⁴⁹

6 Subjetividade e relações de poder na observação etnográfica

As relações de poder estabelecidas no campo tinham um caráter dinâmico e cambiante. Dependendo do momento e da situação, mudava o ator ‘detentor’ do poder, havendo áreas, por assim dizer, de concentração deste. O profissional que realizava o exame era quem o concentrava na maior parte do tempo, parte por estar investido do poder médico, mas principalmente por ser quem tinha o olhar treinado para

decodificar e traduzir as imagens do monitor. Contudo, não apenas muitas vezes as gestantes ‘aprendiam’ a ver, decodificando sozinhas o que estava sendo exibido na tela como, a partir do momento em que certas estruturas do feto eram identificadas e explicadas pelos médicos, preenchendo de significado as sensações maternas, as grávidas eram ‘empoderadas’ e se sentiam de alguma forma ‘mais donas’ de seus fetos. Além desse aspecto, com frequência as gestantes ou acompanhantes solicitavam que fosse exibida 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: as razões de mercado aí se impunham.

Diferentemente do relatado na literatura antropológica sobre o tema, na qual comumente as gestantes declaravam sentir-se devassadas e submetidas pelo poder médico, no grupo etnografado estas relações fluíam de modo harmônico. É possível que neste universo o poder médico tenha sido de tal modo ‘naturalizado’ no tocante à gestação, que os profissionais de US, ‘permitindo’ às gestantes ‘ver’ seus fetos e, desse modo, ‘se apropriarem’ deles, passaram a ser vistos como ‘aliados’ das mulheres, mais do que seus próprios obstetras. Conforme uma gestante citada orgulhosamente por dr. Henrique, “*meu médico é você, que me mostra o neném... o obstetra só mede, me pesa e mais nada...*”. O contexto mais amplo da medicalização da gravidez e o conseqüente devassamento do corpo feminino⁵⁰ podem explicar, em alguma medida, o espanto e a pronta anuência das gestantes diante da minha solicitação 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 estivesse na clínica. O fato de me apresentar como médica, realizando

49. ‘Ter utilidade’ é um atributo bastante valorizado no campo médico em geral e meus informantes não escapavam à regra. Atividades ‘apenas’ reflexivas e analíticas eram bem menos respeitadas e, eventualmente, sutilmente depreciadas por eles.

50. Para aprofundamento deste tema, cf. Rohden (2001).

uma pesquisa antropológica, e de ser mulher com idade para ser mãe da maioria delas possivelmente contribuía para essa aquiescência imediata. Porém, o aspecto que de fato me pareceu inusitado foi menos a pronta aceitação do que o *espanto* manifestado por boa parte das grávidas quando eu fazia tal pedido. Refletindo *a posteriori* sobre o período no qual não pedi autorização alguma às gestantes, emerge um sentimento de desconforto vinculado 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 pacientes, mesmo que não tenham manifestado nenhum mal-estar.

Conforme vimos, considerado pelo prisma da possibilidade de decodificação das imagens, o profissional era quem concentrava o poder durante os exames. Contudo, tal situação parecia sofrer um abalo quando eu me encontrava na sala, pois, analogamente aos ultra-sonografistas, de modo implícito dispunha-me a *também* decodificar algo que ali se passava, ‘ver’ nos gestos, imagens, interações e falas algo que não era visível de imediato. Isto pode explicar em parte o desconforto deles com minha presença. Como já mencionei, as médicas confessaram abertamente sentirem-se tensas, embora na prática me parecessem mais à vontade do que os médicos. Estes desdobravam-se em explicações às gestantes que mais sugeriam ser exibições de conhecimentos e reafirmação de posição hierárquica do que esclarecimentos de fato para elas. O exemplo mais evidente desta atitude foi observado na clínica C quando o médico, mediante a ‘medicalidade explícita’, reafirmava claramente quem detinha o conhecimento e, portanto, o poder. O aspecto certamente incômodo e possivelmente persecutório da minha presença pode ser atribuído a um velado desafio à posição hierárquica do especialista: em vez de estar presente na sala apenas *um* profissional detentor de conhecimentos esotéricos, havia uma

observadora, com conhecimentos outros, fora da área médica, além do mais anotando coisas em um misterioso fichário, sabia-se lá para quê. As médicas – possivelmente pelo fato de serem mulheres diante de uma observadora mulher –, mesmo se confessando incomodadas, eram menos levadas à demonstração de competência científica, de ‘disputa’ hierárquica e de gênero do que os médicos que, de certa maneira, pareciam sutilmente instigados a mostrar “*who’s the boss*” na situação.

Na clínica A, o fato de não usar jaleco, assim como os termos utilizados pelo médico para me apresentar ao entrarmos na sala de exames, de algum modo indicavam que eu não fazia intrinsecamente parte daquele universo – embora atualmente eu não esteja muito certa disso. Em geral não me sentia desconfortável ao tomar notas durante os exames, deixando o registro para depois apenas em poucas situações: morte ou patologias fetais. O ato de tomar notas sempre teve para mim o significado de uma intrusão, embora muitas vezes as gestantes não parecessem sequer tomar conhecimento da minha presença, em especial a partir do momento em que surgiam as imagens fetais na tela do monitor. A solicitação de que vestisse o jaleco provocou-me um leve sentimento de estranheza, sem contornos muito bem definidos, mas foi a surpresa experimentada na clínica C – quando fui apresentada como médica do *staff* – o elemento-chave para dar-me conta da necessidade de reafirmação, agora para gestantes e acompanhantes, de qual era a minha inserção naquele universo. Assim fazendo, também construí para mim um *self* como pesquisadora. Fui notando que dispunha de várias identidades e, sobretudo, 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 pou-

cos fui ficando à vontade para transitar entre as várias identidades no campo, o que 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. Em algumas ocasiões, fui requisitada informalmente para consultas sobre questões pessoais e dramas familiares dos profissionais. Embora relutante de início, à medida que o trabalho prosseguia fiquei gradualmente mais à vontade e foi possível deixar os câmbios de identidade fluírem. Tenho certeza que essa flexibilidade permitiu que meus informantes adquirissem confiança e me fornecessem um material precioso de pesquisa. Como ocorre nas relações que se aprofundam ao longo do tempo, a interação com os profissionais foi multifacetada, e ao mesmo tempo em que percebi neles sentimentos persecutórios, em outras revelou-se uma confiança – evidenciada parte pelo teor de certas revelações, parte pela surpresa e a leve decepção manifestadas sempre que eu reiterava que os *todos* os nomes, inclusive das clínicas, seriam mantidos em sigilo – que me surpreendeu.

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 obter uma visão dinâmica do universo pesquisado. Embora tenha buscado todo o tempo manter um ponto de vista antropológico, seria ingênuo supor que a formação prévia, especialmente em medicina, não tenha interferido e desempenhado algum papel. Meu intuito neste artigo foi delinear de que modo esta formação esteve presente no decorrer do trabalho de campo e na elaboração do texto etnográfico. Mesmo correndo o risco de ter sido demasiado confessional, espero ter

podido aqui avançar na discussão de alguns dos aspectos metodológicos que me ocuparam ao longo da etnografia. Consolo-me de antemão apoiando-me em Geertz (1989a), quando este declara ironicamente que

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 (39).

Referências bibliográficas

- BECKER, Howard S. & GEER, Blanche. 1978. “Participant Observation and Interviewing: A comparison.” In MANIS, J.G. & MELTZER, B.N. (Eds.). *Symbolic Interaction: a Reader in Social Psychology*. Boston: Allyn & Bacon, p. 76-83.
- BECKER, Howard S., et al. 1997. *Boys in White. Student Culture in Medical School*. New Brunswick (USA) & London (UK): Transaction Publishers.
- CHAZAN, Lilian K. 2000. *Fetos, máquinas e subjetividade: um estudo sobre a construção social do feto como Pessoa através da tecnologia de imagem*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, datilo.
- _____. 2005. “Meio quilo de gente!” *Produção do prazer de ver e construção da Pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia. Um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ. (2 v.)
- CLIFFORD, James. 1983. “Power and dialogue in Ethnography: Marcel Griaule’s Initiation”. In STOCKING JR. (Ed.) *Observers observed: essays on ethnographic fieldwork*. Madison: The University of Wisconsin Press, pp. 121-156.
- _____. 1986. “Introduction: Partial Truths”. In CLIFFORD, J. & MARCUS, G. (Eds.) *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press, pp. 1-26.
- _____. 1998. “Trabalho de campo, reciprocidade e elaboração de textos etnográficos: o caso de Maurice Leenhardt”. In *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, pp. 227-251.

- CUSSINS, Charis. 1998. "Producing Reproduction: Techniques of Normalization and Naturalization in Infertility Clinics". In FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. (Eds.) *Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, pp. 66-101.
- DAMATTA, Roberto. 1978. "O Ofício de Etnólogo, ou como ter 'Anthropological Blues'". In NUNES, E. O. (Org.). *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., pp. 25-35.
- GEERTZ, Clifford. 1984. "From the native's point of view: on the nature of anthropological understanding". In SHWEDER, R. (Ed.) *A Culture Theory*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 123-136.
- _____. 1989a. "Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura.". In GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, pp. 13-41.
- _____. 1989b. "Um jogo absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa.". In GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, pp. 278-321.
- GONÇALVES, Isabela L. 2001. *Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ.
- LATOURETTE, Bruno & WOOLGAR, Steve. 1997. *Vida de laboratório. A produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- LUNA, Naara L. A. 2004. *Provetas e clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 2004.
- MARCUS, George E. & FISCHER, Michael M.J. 1986. *Anthropology as Cultural Critique. An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- MENEZES, Rachel A. 2000. *Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ.
- _____. 2004. *Em busca da "boa morte": uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ.
- MONTEIRO, Rosana H. 2001. *Videografias do coração. Um estudo etnográfico do cateterismo cardíaco*. Tese de Doutorado em Política Científica e Tecnológica. Campinas, Instituto de Geociências/Unicamp.
- PRATT, Mary L. 1986. "Fieldwork in Common Places". In CLIFFORD, J. & MARCUS, G. (Eds.) *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press, pp. 27-50.
- RABINOW, Paul. 1977. *Reflections on fieldwork in Morocco*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.
- ROHDEN, Fabíola. 2001. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- ROJO, Luiz Fernando. 2001. *Os diversos tons do branco. Relações de amizade entre estudantes de medicina*. Rio de Janeiro: Litteris Ed.
- VELHO, Gilberto. 1978. "Observando o familiar". In NUNES, E.O. (Org.). *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., pp. 36-46.

Os caminhos da memória*

MARIA ANGELA GEMAQUE ÁLVARO

Mestranda pelo PPGCS/CFCH/UFGA e tecnóloga em Análise Sócio-econômica do IBGE.

Artigo aceito para publicação em 19/09/05

resumo Este trabalho analisa a maneira de construção da memória de dois grupos familiares considerados tradicionais na cidade de Belém do Pará, em virtude de uma trajetória histórica excepcional que é tornada pública. O fio condutor dessa discussão é a memória social, com atenção especial à forma como ela é tratada nos estudos teóricos de Maurice Halbwachs. Utilizando depoimentos orais e a versão escrita da memória familiar, é feita uma reflexão de como as trajetórias individuais, o percurso do grupo e as articulações entre passado e presente interferem na estruturação das lembranças.

palavras-chave memória, família, indivíduo, sociedade, tempo social.

abstract This paper analyses memory construction in two families considered to be traditional in the context of their hometown, the city of Belém do Pará, these groups being so judged in virtue of an exceptional historic trajectory. The central conducting element in such a discussion is social memory, with emphasis on the way it is considered in the studies by Maurice Halbwachs. Based on the study of oral and written narratives, a reflection is made on the ways individual and group trajectories as well as the links between past and present interact to form memory structure.

keywords memory, family, individual, society, social time.

* Estas reflexões se integram ao projeto de pesquisa intitulado "Memória emblemática: o que os tradicionais nos contam sobre seu passado?", que estou desenvolvendo dentro do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, no nível de mestrado, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará. O material etnográfico foi coletado em 1990, consistindo em entrevistas com descendentes dessas duas famílias, assim como em livros publicados por cada uma delas, e pode ser encarado como um documento revelador da memória familiar num momento específico. O termo tradicional deve ser enten-

dido aqui como um adjetivo que é aplicado a famílias cujos nomes e trajetórias estão associados à história da cidade, na medida em que membros situados em gerações distintas exerceram continuamente o poder político e econômico, e/ou tiveram amplo destaque social. São famílias que têm uma visibilidade pública e a possibilidade de cruzarem a história familiar com uma dada versão da história local voltada para o feito (ou para a construção) de personagens. Para as famílias enfocadas neste estudo, trata-se de um adjetivo que é tanto assumido internamente, quanto reconhecido pelos de fora do grupo.