

**DIÁLOGOS SOBRE O BEBÊ**  
**ANÁLISE DE DISCURSO EM ULTRA-SONOGRAFIAS OBSTÉTRICAS**

Cláudia Alquati Bisol

Dissertação apresentada como exigência parcial  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
sob a orientação da  
Profa. Dra. Rita de Cássia Sobreira Lopes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento  
Maio, 1999

*À Fiona*

*All art is at once surface and symbol.  
Those who go beneath the surface do so at their peril.  
Those who read the symbol do so at their peril.*

*Oscar Wilde (1891)*

## AGRADECIMENTOS

Às gestantes e médicos que participaram da pesquisa; à professora Rita Lopes, que acompanhou pacientemente os vieses e progressos deste trabalho; ao André e aos meus pais, que me aguentaram.

## SUMÁRIO

Resumo .....	7
Abstract .....	8
<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1 – Apresentação .....	9
1.2 - O sujeito da psicanálise .....	10
1.3 - O sujeito da análise de discurso .....	21
1.4 - Gravidez .....	29
1.5 - Considerações metodológicas .....	37
1.6 - Questões de pesquisa.....	39
<b>II. METODOLOGIA .....</b>	<b>41</b>
2.1 – Delineamento.....	41
2.2 – Participantes .....	41
2.3 - Instrumento e Procedimentos .....	42
2.4 - Análise dos Dados.....	43
<b>III. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>47</b>
3.1 - Medicina Fetal: novos enunciados possíveis .....	48
3.2 - O saber sobre o feto.....	55
3.2.1 - Conhecimento médico.....	56
3.2.2 – Senso-comum .....	60
3.2.3 - Desejo inconsciente.....	65
3.3 - O falar sobre o feto.....	70
3.3.1 - Efeitos de sentido .....	70
3.3.2 - Silêncio.....	79
3.4 – Considerações finais .....	83
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>97</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra .....	41
Tabela 2. Agrupamento das seqüências discursivas conforme a situação médico x gestante .....	48
Tabela 3. Caracterização das formações discursivas .....	63

## RESUMO

Esta dissertação propõe um estudo sobre o funcionamento do discurso que se constrói em torno do feto, a partir dos diálogos que ocorrem nos exames de ultrasonografia obstétrica. Um total de 30 exames foram gravados e transcritos, realizados em uma clínica particular e em um serviço público de saúde; gestantes de idade, nível social e escolaridade diferentes participaram da pesquisa, pacientes de quatro médicos que colaboraram com o trabalho. A análise foi construída a partir do referencial teórico e metodológico proposto pela análise de discurso da escola francesa; a teoria psicanalítica foi utilizada para aprofundar as questões pertinentes ao conceito de sujeito, autorizada pelos pontos de tensão existentes entre psicanálise e análise de discurso.

O funcionamento do discurso sobre o feto, no corpus analisado, apontou para a existência de duas formações discursivas: o saber médico, formação dominante, e o senso-comum, visível especialmente quando o desejo e a fantasia dos pais se manifestam com maior intensidade. Foram identificados enunciados que remetem ao sujeito do desejo inconsciente, instigando uma discussão entre psicanálise e análise de discurso. O discurso médico apareceu caracterizado pelos conceitos de normalidade e anormalidade, atrelado a uma promessa por parte da ciência de ver, prever e controlar que seduz os pais e destinado a participar da construção e reconfiguração do imaginário dos pais à medida em que fala sobre o feto. O silêncio da gestante foi analisado enquanto legitimador da posição do médico e, ao mesmo tempo, produto de uma política do silenciamento que administra o sentido.

A análise de discurso foi contemplada pelas questões teóricas e metodológicas, na tentativa de compreender o funcionamento do discurso. À psicanálise reservaram-se as discussões teóricas e à psicologia do desenvolvimento foi proposta uma discussão de aspectos pertinentes à gestação na relação que se estabelece entre gestante, médico e tecnologia, dentro de uma abordagem discursiva.

## ABSTRACT

This dissertation proposes a study on the functioning of the discourse that is built around the fetus, based on the dialogues that take place in obstetric ultra-sound examinations. A total of 30 examinations were recorded and transcribed, realized in a private clinic and in a public health service; pregnant women of different age, social and school level participated in the research, patients of four medical doctors that collaborated with the study. The analysis was built according to the theoretical and methodological references of the French school of discourse analysis; psychoanalytical theory was used to deepen questions related to the concept of subject, authorized by the tension that exists between psychoanalysis and discourse analysis.

The functioning of the discourse on the fetus pointed to the existence of two discursive formations in the analyzed *corpus*: the medical knowledge (dominant formation), and the common sense, visible especially when the parents' fantasy and desire are shown more intensively. Utterances that point to the subject of the unconscious desire were identified, instigating a discussion between psychoanalysis and discourse analysis. The medical discourse appeared marked by the concepts of normality and abnormality, linked to a promise that science makes of seeing, foreseeing and controlling that seduces the parents, and destined to take part in the construction and reconfiguration of the parents' imaginary as it talks about the fetus. The silence of the pregnant woman was analyzed while reinforcing the doctor's position and, at the same time, as product of a politics of silencing that administers signification.

Discourse analysis was considered in its theoretical and methodological aspects, in the attempt of understanding the functioning of the discourse. Theoretical discussions were developed in psychoanalysis; to psychology of development it was proposed a discussion about gestation, regarding to the relationship among pregnant women, medical doctors and technology, in a discursive approach.

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

#### 1.1 – Apresentação

Esta dissertação tem por objetivo estudar o funcionamento do discurso que se constrói em torno do feto no momento em que são realizadas as ultra-sonografias obstétricas. Atualmente, este é um exame rotineiro em gestações normais ou de risco, exemplo de como o avanço tecnológico propõe dimensões novas à condição humana. A ultra-sonografia obstétrica é uma situação propícia para um estudo a partir de uma abordagem discursiva, pois o bebê é intensamente falado no diálogo que transcorre entre a gestante e o médico e, eventualmente, outros familiares presentes no exame.

As propostas teóricas e metodológicas da análise de discurso da escola francesa são utilizadas para a realização da análise dos diálogos transcritos. Pensar o funcionamento do discurso requer um conjunto amplo de conceitos articulados teoricamente. Para este estudo, optou-se por tentar organizar a discussão teórica em torno do conceito de sujeito, acreditando poder contemplar os pontos principais da teoria a partir deste eixo organizador. A análise de discurso oferece uma concepção de sujeito: um sujeito incompleto, cuja posição é transitória na identificação com formações discursivas heterogêneas, que representam as formações ideológicas no interior do discurso. Um sujeito em alienação, pois lhe escapa à consciência que o sentido do que diz é constituído por algo que o transcende. Na composição deste conceito de sujeito, a análise de discurso reconhece o atravessamento da teoria psicanalítica da subjetividade e, por este motivo, uma discussão teórica a partir da psicanálise se fez necessária.

A análise dos dados só é possível a partir deste conjunto de concepções teóricas. Por isso, esta dissertação inicia com uma discussão sobre a noção de sujeito proposta pela psicanálise e pela análise de discurso da escola francesa. Deste campo de saber são discutidos, ainda, os conceitos fundamentais que permitem o desenvolvimento do

trabalho de análise, tanto a nível teórico como metodológico. Logo a seguir, com o objetivo de situar o tema específico desta dissertação, encontra-se uma breve discussão sobre estudos que abordam aspectos psicológicos da gestação dentro do panorama atual proposto pela medicina fetal, principalmente em relação à ultra-sonografia obstétrica. Considerações metodológicas e as questões de pesquisa encerram a introdução desta dissertação.

## **1.2 - O sujeito da psicanálise**

O campo de saber que a psicanálise institui é o que trata, por excelência, do inconsciente. Criada por Freud, a psicanálise atravessa o século aumentando seus domínios, a lista de seus principais teóricos, adeptos e simpatizantes, e também aumentando as possibilidades de diálogo com outros campos de saber: exerce sobre eles sua influência, mas também não é impermeável a seus questionamentos.

Um saber que nunca foi um bloco monolítico. É possível observar, ao longo da obra de Freud, o trabalho constante de modificação e aprimoramento de conceitos, quando não seu total abandono. Com fins didáticos, sua obra é dividida por alguns estudiosos em três grandes fases. Um olhar panorâmico sobre elas, seguindo a proposta de Sandler, Dare e Holder (1972), é sempre útil para situar, rapidamente, a evolução dos principais conceitos. A primeira fase caracteriza-se pelo impacto que as experiências de Charcot tiveram em Freud: a idéia de que os distúrbios mentais poderiam ter origem psicológica e a noção de dissociação dos diferentes aspectos do funcionamento mental (aspectos conscientes e inconscientes), inclusive em indivíduos normais. Conceitos como conflito e defesa, resistência e transferência já são formulados neste período, e a importância do desenvolvimento sexual na etiologia das neuroses torna-se central para a psicanálise. A psicopatologia é relacionada a traumas psicológicos, em particular a experiências de sedução sexual na infância. Forças inconscientes são a causa dos sintomas: afetos ou emoções causados por experiências traumáticas reais, cuja lembrança seria inaceitável para os padrões normais de moralidade e conduta, devem ser tratados através da abreação ou catarse, sendo assim assimilado o conteúdo previamente rejeitado

pela consciência.

A segunda fase inicia em 1897 e estende-se a 1923, sendo considerada um período de desenvolvimento rápido e substancial, durante o qual Freud baseia-se intensamente em seu trabalho clínico e em sua auto-análise. A teoria da origem traumática da neurose é abandonada, sendo reconhecido o papel das fantasias na etiologia da neurose. A análise dos sonhos torna-se essencial, e Freud elabora o modelo topográfico do aparelho mental. A sexualidade infantil estabelece-se como uma das bases da teoria psicanalítica. Ao invés de enfatizar os eventos do mundo externo, Freud passa a prestar atenção nas forças internas do indivíduo. Os conceitos de narcisismo e de ego ideal são introduzidos, e são abordadas questões como a sublimação e a dicotomia entre princípio do prazer e princípio da realidade. No final desta fase, Freud preocupa-se com problemas relacionados com a agressão, o masoquismo e a melancolia. Em 1920, introduz a idéia de pulsão de morte.

A terceira fase inicia em 1923 e traz mudanças consideráveis. As publicações de “O Ego e o Id” (1923) e “Inibições, Sintomas e Angústia” (1926) formam a base para a teoria estrutural, que contrasta com o modelo topográfico da segunda fase. Inconsistências, principalmente quanto à utilização do termo “inconsciente”, devem ser trabalhadas. O sentimento inconsciente de culpa, atribuído a uma parte organizada da mente (superego), e as formulações sobre narcisismo, melancolia, paranóia e hipocondria causam dificuldades ao modelo topográfico. Freud introduz então a divisão tripartite do aparelho mental: id, ego e superego. A agressão ganha, nessa fase, lugar tão importante quanto a libido, e os mecanismos de defesa passam a ser estudados intensamente. Considera-se que esta fase termina com a morte de Freud em 1939. A quarta fase caracteriza-se pelos avanços da psicanálise. Bleichmar e Bleichmar (1989/1992) identificam três grandes linhas no desenvolvimento da teoria psicanalítica depois de Freud: Melanie Klein, Hartmann e Lacan. Especificamente sobre o desenvolvimento psíquico, as contribuições de Margaret Mahler e Donald Winnicott devem ser mencionadas.

A polêmica entre as várias concepções teóricas dentro do campo psicanalítico é grande e de conhecimento geral. Bleichmar e Bleichmar (1989/1992) têm, a este respeito, uma proposta de tom conciliador:

“A obra de Freud contém muitas mudanças teóricas, dada a heterogeneidade e vastidão dos temas que abordou. É tão freudiana a preocupação de Hartmann pelas funções egóicas como as de Klein a respeito dos objetos internalizados, ou de Lacan, sobre a função da palavra. Podem-se citar *O ego e o id* (1923), em apoio de Hartmann, *Luto e melancolia* (1917) para fundamentar Klein e várias passagens de *A interpretação dos sonhos* (1900), em favor de Lacan” (p. 30).

Conciliações à parte, a ruptura epistemológica proposta por Freud permanece o eixo central de qualquer produção em psicanálise. Trata-se do descentramento da noção de consciência, que se iniciou em 1900 com a publicação de *A interpretação dos sonhos* (Braunstein, 1980/1986). O questionamento radical da noção de consciência caracteriza, de forma geral, os desenvolvimentos teóricos do século XX. Compreender os processos de determinação da consciência passa a ser o objetivo teórico de muitas disciplinas. Em outras palavras, coloca-se o problema da conceitualização do sujeito em suas determinações. No momento em que a lógica cartesiana do “penso, logo existo” é questionada e a consciência deixa de ser considerada o centro da vida psíquica do sujeito, os dados fenomênicos devem ser transcendidos. A hipótese da existência do inconsciente inaugura, justamente, uma possibilidade teórica para se pensar os processos de determinação da consciência. Esta hipótese é assim justificada por Freud (1915/1973):

“[a hipótese da existência do inconsciente] É *necessária*<sup>1</sup>, porque os dados da consciência são altamente incompletos. Tanto nas pessoas sãs como nas enfermas surgem com freqüência atos psíquicos cuja explicação pressupõe outros dos quais a consciência não nos oferece testemunho algum. Atos deste gênero são não apenas os atos falhos e os sonhos dos indivíduos sãos, mas também todos aqueles que qualificamos de um sintoma psíquico ou de uma obsessão nos enfermos. Nossa experiência pessoal cotidiana nos mostra ocorrências cuja origem desconhecemos e conclusões intelectuais cuja elaboração ignoramos<sup>2</sup>” (p. 2061).

A introdução do conceito de inconsciente opera a desarticulação do sujeito da consciência. Este descentramento introduz a idéia de um sujeito efeito de estruturas que a

---

<sup>1</sup>Grifo do autor.

<sup>2</sup>Tradução minha.

ele escapam incessantemente, como o inconsciente, ou anteriores a ele, como a linguagem (Braunstein, 1980/1986). A consciência não é mais a origem do sentido, pois há uma outra instância que a transcende. Aquilo que conhecemos de nós mesmos, que falamos de nós mesmos, que pensamos, não coincide inteiramente com aquilo que somos, pois algo nos escapa e isto faz parte de nossa constituição.

Esta é uma ruptura importante: o conhecimento real que o sujeito consciente pode ter não abarca a totalidade das produções da psiquê. Em outras palavras, pode-se dizer que uma parte destas produções ocorrem independentemente do conhecimento consciente (Cahn, 1991a). Estes argumentos encontram sustentação na decomposição da personalidade psíquica feita por Freud (o estado consciente em três qualidades diferentes - consciente, pré-consciente e inconsciente - e o aparelho psíquico em três províncias - id, ego e superego). O sujeito freudiano, segundo Cahn (1991a), é estranho a ele mesmo, justamente porque é dividido pelo inconsciente.

Retornando a Freud (1932-1933/1973):

“(...) chamamos inconsciente a um processo psíquico cuja existência somos obrigados a supor, à medida que deduzimos seus efeitos, porém dele nada sabemos. Estamos então com ele na mesma relação que com um processo psíquico de outra pessoa, com a única diferença que é em nós mesmos que se desenvolve<sup>3</sup>” (p. 3140).

Existe uma distância, portanto, que separa o consciente do inconsciente, representada por Freud pela comparação: o consciente é para o inconsciente o que o processo psíquico de uma pessoa é para outra. É como se houvesse um outro dentro de nós mesmos, do qual nada sabemos e sobre o qual não exercemos controle. Porém isto não é tudo. A partir da concepção teórica da divisão do aparelho psíquico em ego, superego e id, Freud pôde trabalhar o conceito de ego supondo que representa, em todo indivíduo, uma organização coerente de seus processos psíquicos, sendo também a região que integra a consciência. Porém ele não demora muito para atribuir a qualidade de inconsciente também a processos do próprio ego. O ego, sede da consciência, também é dividido pelo inconsciente. Também é dissociável:

---

<sup>3</sup>Tradução minha.

“O objetivo desta investigação queremos que seja o *ego*, nosso próprio *ego*. Mas, por acaso é possível tal coisa? Se o *ego* é propriamente o sujeito, como pode passar a ser objeto? E o caso é que, evidentemente, pode. O *ego* pode tomar-se a si mesmo como objeto, pode tratar-se a si mesmo como a outros objetos, observar-se, criticar-se, etc. Em tudo isso, uma parte do *ego* enfrenta o resto. O *ego* é, pois, dissociável (...)”<sup>4</sup> (Freud, 1932-1933/1973. p. 3133).

Mas Freud, neste mesmo texto, vai mais longe ainda, ao chamar este ego de “pobre ego”, que vê-se obrigado a acomodar-se ou a submeter-se simultaneamente a seus três déspotas, ou seja, o mundo exterior, o superego e o id. Cahn (1991b) complementa dizendo que o sujeito de que trata a psicanálise habita uma morada incerta, ambígua, difícil de cercar, e cuja existência funda-se muito mais na existência dos outros sujeitos, conforme o sentido dos outros sujeitos, do que de si próprio. O sujeito freudiano, dividido pelo inconsciente, é estrangeiro a si próprio; naquilo que é capaz de reconhecer enquanto “eu”, é apenas superfície de um desconhecimento que o funda e o constitui; quando diz “eu”, não pode capturar neste “eu” tudo de si, porque o que diz “eu” é consciência apenas, frágil, incerta; diz “eu” na ilusão de que com isto tudo nomeia de si próprio.

Ao longo de sua obra, Freud não aborda a discussão sobre o sujeito diretamente, mas ela está presente e subjacente às questões tanto teóricas quanto técnicas que embasam a psicanálise (Cahn, 1991a; Ogden, 1996). A reflexão sobre o sujeito envolve uma dialética entre o problema das origens do sujeito psíquico e o problema do funcionamento psíquico que, para Cahn (1991a), situa as teorizações em psicanálise entre a metafísica da origem do homem, de seu destino, de sua finalidade e moral (enquanto teoria do sujeito inevitavelmente objeto de todas as controvérsias e de todas as modificações ou revisões possíveis da psicanálise freudiana) e a metapsicologia enquanto ciência do psiquismo humano (embora a metapsicologia esteja fundada sobre uma teoria implícita do sujeito). Mas enquanto para Freud está implícita uma teoria do sujeito, o mesmo não ocorre com o trabalho desenvolvido por Lacan. Numa época em que, dentro da própria psicanálise, corria-se o risco de minimizar a teorização freudiana do inconsciente enquanto fundamento epistemológico, Lacan propõe um retorno a Freud:

---

<sup>4</sup>Grifos do autor. Tradução minha.

“Retornar a Freud dentro de uma perspectiva inversa à da psicologia do ego consiste, desde logo, em *reinventar* o inconsciente, redescobrir o id e dar ao conjunto todo a sua preponderância. Para que essa operação possa efetuar-se, é preciso completar ou *reerguer* a doutrina vienense com o auxílio de uma teoria do sujeito que torne impossível qualquer recobrimento do inconsciente pela consciência: a lingüística servirá para esse reerguimento. Em Roma, Lacan já enunciara que o ego era um meio sujeito; dali por diante, iria aprofundar a dialética das divisões”<sup>5</sup> (Roudinesco, 1986/1988, p. 321).

O próprio estatuto que Freud concede à linguagem, ao longo de sua obra, permite que Lacan utilize-se da lingüística. A questão da linguagem em psicanálise é crucial e explícita em Freud, não apenas em relação ao papel do dizer no processo analítico, mas principalmente em relação à evidência do trabalho do inconsciente através da materialidade da língua, por exemplo, nos lapsos (Authier-Revuz, 1982). Realmente, não é difícil atestar a importância que assume a palavra desde o início da psicanálise. Um rápido olhar sobre *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1980) é suficiente para indicar o caminho escolhido por Freud para acercar-se das produções do inconsciente, sua técnica de interpretação, e a própria associação livre, base da técnica. Os exemplos fornecidos por Freud são claros: palavras remetem a outras palavras, uma palavra acumula um número grande de coisas significativas, palavras são reprimidas e depois lembradas. O processo de elaboração dos sonhos (a transformação pela qual passam as idéias oníricas, os processos de deslocamento e condensação) torna-se o modelo para a compreensão do processo de elaboração das demais formações do inconsciente.

“Freud ensina, efetivamente, que é só com as palavras que o sujeito pode dizer o que casualmente não quer, em absoluto, dizer. E isso que no discurso do sujeito fica dito sem que o sujeito o queira, abre - é evidente - o campo da relação do sujeito ao desejo. Os lapsos, os equívocos verbais, os esquecimentos de palavras são curtos-circuitos do discurso por onde se filtra o desejo inconsciente” (Masotta, 1987. p. 56)

É através de inúmeros exemplos de lapsos, atos falhos e esquecimentos que Freud nos introduz ao inconsciente. O que está em jogo é a relação instável da palavra a seu

---

<sup>5</sup> Grifos da autora.

referente. Segundo Masotta (1987), Freud introduz, desta maneira, a questão do significante, embora o conceito de “significante” não seja freudiano - pertence à lingüística contemporânea. O que existe em Freud é a constatação de que não há relação unívoca entre palavras e seus referentes e isto abre o caminho para se pensar a estrutura do sujeito e o inconsciente. É o que Masotta (1987) chama de “intuição fundamental do significante”, que aparece quando Freud apresenta seus livros: a *Interpretação dos Sonhos* (1900), *A Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1901) e o *Chiste* (1905),

Dito de outro modo: as produções psíquicas pertencem ao domínio do sentido. O sujeito pertence ao domínio do sentido. A relação entre o sujeito da psicanálise e a linguagem é da ordem do sentido. Sem a linguagem enquanto mediadora entre os homens, sem o “dar-sentido”, o que temos é o organismo vivo, porém biológico apenas: “(...) aquilo que possui realidade humana só pode concretamente existir pela mediação da linguagem (Gontijo, 1996. p. 39)”. É na linguagem, pois, e pela linguagem que o ser humano se torna social. Perceber que a linguagem pré-existe ao indivíduo não é difícil. Antes mesmo de nascer, o futuro ser humano já está envolvido pelo universo da linguagem. Na linguagem, os outros sujeitos o tornam existente antes mesmo do nascimento. Tornam existente este sujeito que, enquanto humano, constitui-se em referência ao outro. Justamente para que esta referência ao outro seja possível coloca-se a linguagem, o dar-sentido. Nas palavras de Miller (1984/1988):

“(...) a criança está, desde o início, em um banho de linguagem. Não devemos permitir que a idéia de aprendizado nos cegue diante do fato de que a estrutura da linguagem pré-existe à entrada do sujeito nessa estrutura; seja qual for o aprendizado, a criança não modifica essa estrutura, tem que se submeter a ela” (p. 20).

Szejer e Stewart (1997) também utilizam a expressão “banho de linguagem”. Os autores referem-se, com o termo, a “todas as palavras que pré-existem à vida humana e que concernem a ela de uma maneira ou de outra” (p. 44). Dentro deste banho de linguagem uma existência começa a inscrever sua história e a ocupar seu lugar dentro de uma família.

Porém vincular estes dois termos - origem do sujeito e linguagem - não significa que esta seja a única abordagem possível para a questão da constituição do sujeito. Na

obra de Melanie Klein, por exemplo, o sujeito “se constitui a partir de operações fantasmáticas e se apropriando de objetos, eles mesmos fantasmáticos” (Pontalis, 1967/1972. p. 161). Para M. Klein, o ego possui uma tendência a integrar-se, expressão do instinto de vida, porém durante os primeiros meses os estados de integração são efêmeros. A vida emocional primitiva caracteriza-se por inúmeros processos complexos e intensos, de natureza extrema e poderosa, onde há uma interação dos impulsos libidinais e agressivos, que correspondem à fusão dos instintos de vida e de morte (Klein, Heinmann, Isaacs, & Riviere, 1952/1989). Retomando Pontalis (1967/1972):

“Com ela [Klein], a dimensão da fantasia e a referência a um limite corporal tornam-se fundamentais: é no interior de um corpo povoado de fantasmas que os objetos são introjetados, e fora dele, estranhamento no corpo materno, sede heteróclita de objetos parciais temíveis ou desejados, é que são projetados” (p. 160).

Já Winnicott, embora influenciado por Melanie Klein, acaba desenvolvendo um pensamento original no qual enfatiza o papel de um meio ambiente facilitador e dos cuidados físicos maternos para o desenvolvimento psíquico do bebê, que aos poucos evolui de um estado de indiferenciação no qual ele não era capaz de separar o não-eu do eu. Os objetos não-eu e os fenômenos não-eu vão sendo gradualmente incluídos no esquema corporal do bebê, numa época de dependência absoluta em que a mãe realiza uma função de ego auxiliar, numa experiência de mutualidade que se deve à capacidade que a mãe tem de adaptar-se às necessidades do bebê (Winnicott, 1989/1994). Segundo Bleichmar e Bleichmar (1989/1992), Winnicott foi um dos primeiros autores a hierarquizar o papel da mãe no funcionamento mental da criança, considerando que ela intervém não apenas como tela para as projeções do bebê mas, também, como construtora ativa de seu espaço mental. Cramer & Palacio-Espasa (1993) explicam que os conceitos de handling e holding permitem a Winnicott considerar, simultaneamente, aquilo que é materializado e o que é fantasiado. O conceito de handling é pensado a partir do comportamento materno, enquanto instrumento, e o conceito de holding refere-se ao funcionamento psíquico da mãe, enquanto disposição básica.

Uma teoria do desenvolvimento psíquico a partir do vínculo diádico entre o bebê e a mãe é também desenvolvida por Margaret Mahler. Para Mahler, o psiquismo é

formado através de um processo contínuo e progressivo, cuja base é a maturação neurofisiológica. Uma pressão maturacional leva a criança a progredir, de uma simbiose inicial com a mãe, para etapas de separação e individuação (Bleichmar & Bleichmar, 1989/1992). O sentimento de identidade vai se construindo à medida em que a criança emerge gradualmente da membrana simbiótica comum dos primeiros dois anos de vida, e este desenvolvimento pode ser favorecido ou prejudicado pela atitude concreta que a mãe toma. O impacto da realidade, por um lado, e dos instintos, do outro, moldam o ego. (Mahler, 1979/1982; Bleichmar & Bleichmar, 1989/1992).

Estas digressões servem para situar num panorama amplo, dentro da psicanálise, as abordagens mais importantes referentes à constituição do sujeito. O atual estágio de conhecimento alcançado pela psicanálise não pode prescindir de contribuições como as de Klein, Winnicott e Mahler. Mas acho interessante, neste momento, voltar ao campo da linguagem. Cramer é um autor atual que desenvolve pesquisas sobre a interação mãe-bebê, com interesses clínicos. Em um texto de 1987, trabalha com um termo interessante: processo de atribuição de significado. Este processo não seria meramente uma rotulação verbal das ações e expressões do bebê, mas um tipo de interpretação altamente personalizada de seu comportamento, cujo papel é crucial no desdobramento da interação entre os pais e a criança. Através deste processo, um conjunto pessoal e cultural de valores é transmitido. O autor vai mais longe, dizendo que até mesmo durante a gravidez os pais atribuem significados à movimentação fetal, do tipo “forte” ou “fraco”, ou “preguiçoso”, por exemplo. Tais significados, segundo o autor, estabelecem gradativamente as bases para uma matriz semântica dentro da qual cada produção do bebê será integrada e investida de significado. De fato, este é um dos aspectos importantes desta dissertação de mestrado. Uma vez analisadas as ultra-sonografias obstétricas, percebe-se o “banho de linguagem” (Miller, 1984/1988; Szejer e Stewart, 1997) ou então o processo de atribuição de sentido (Cramer, 1987) a que está submetido o bebê à medida em que o médico o descreve, detalhadamente, à gestante, e à medida em que todos (médico, gestante, familiares presentes durante o exame) interpretam as características do feto, transformando-as em palavras. Interpretação realizada principalmente pelo médico, como poderá ser visto nos resultados e discussão desta dissertação.

A psicanálise lacaniana permite pensar este falar em torno do bebê: simbolismos socioculturais e lingüísticos impondendo-se com suas estruturas, como ordens já constituídas. São ordens de símbolos interdependentes, ligados por leis precisas, que modelarão a criança na sua entrada na ordem simbólica (através da conflitiva edípica). O simbólico é o fundamento da estrutura do sujeito, pois é no momento em que a criança se instala no registro simbólico da linguagem e da família que ela ascende à condição de sujeito em sua individualidade dentro do grupo familiar e da sociedade. A ordem simbólica instaura relações mediatas entre os seres. Isto permitirá a cada um referenciar-se enquanto sujeito distinto, porém também introduzirá uma distância entre sua verdade, imediatamente vivenciada, e o discurso que promove sobre si. A linguagem presta-se, desta forma, a engodos, e percebe-se a prontidão pela qual o inconsciente pode surgir, pois não há equivalência entre a essência do sujeito e a manifestação dela no discurso do sujeito consciente (Lemaire, 1977/1989).

A perspectiva é estruturalista: a consciência é a aparência. O que está oculto, a estrutura de base que constitui o sujeito é o inconsciente, que se estrutura como a linguagem. Os princípios estruturalistas, presentes na França através de Saussure (na lingüística) e de Lévi-Strauss (na antropologia), embasam a construção teórica lacaniana: a) por detrás da aparência há uma lógica interna; b) a pesquisa teórica é o meio de acesso às estruturas de base (é preciso, para isso, abandonar a experiência imediata); c) a lingüística estrutural fornece os modos de estudo para o método estruturalista (Lemaire, 1977/1989).

A teoria do estágio do espelho desenvolvida por Lacan e o modo como situa o complexo de Édipo em novos termos permite compreender as vicissitudes características do processo de constituição do sujeito. O estágio do espelho constitui o momento de identificação primordial da criança com a imagem do próprio corpo. Este momento promove a estruturação do “Eu”:

“Esse desenvolvimento é vivido como uma dialética temporal que decisivamente projeta na história a formação do indivíduo: o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação - e que, para o sujeito, apanhado na armadilha da identificação espacial, maquina os fantasmas que se sucedem, de uma imagem retalhada do corpo à uma forma que

chamaremos ortopédica de sua totalidade - e à armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que vai marcar com a sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental” (Lacan, 1939/1985. p. 18)

Ao ver-se no espelho (entre os 6 e 18 meses), a criança, primeiro, confunde sua própria imagem com o outro, num segundo momento percebe que o outro do espelho não é real, mas sim uma imagem e, por fim, se reconhece na imagem e recupera a dispersão do próprio corpo (suas sensações interoceptivas são de fragmentação) numa imagem unificada. Porém o espelho é, para Lacan, uma metáfora - o espelho implica em todo reconhecimento do outro (Leite, 1994). O estágio do espelho é, portanto, estruturante, porque permite a constituição da instância do “Eu” antes ainda de sua determinação social. Este “Eu” constitui o ego ideal, ou seja, uma imagem prévia antecipatória daquilo que não sou, mas quero ser.

O fenômeno edípico também é visto por Lacan como estruturante. Marca uma transformação no ser humano, que passa da relação dual, imediata, especular, à uma relação mediata própria do registro simbólico. A ordenação do mundo se faz possível pela ascensão ao símbolo - na resolução do Édipo a possibilidade de um Nome, de um lugar na constelação familiar, de um significante originário de si, de uma subjetividade. (Dör, 1985/1990; Miller, 1984/1988; Hornstein, 1983/1989).

Na teoria lacaniana, para que haja *um* sujeito, são necessários *três* registros. Uma citação de Braunstein (1980/1986) resume brevemente os conceitos lacanianos sobre os registros do real, simbólico e imaginário na constituição do sujeito, e permite perceber claramente o papel do espelho e do Édipo, tal como foi exposto enquanto estruturantes:

“(..) Eu<sup>6</sup> como o resultado de uma alienação do sujeito na imagem e na palavra de outro que está consagrado ao desconhecimento *do* sujeito *no* sujeito. E esta representação *imaginária* que é o Eu tem também uma existência *real* que é o corpo do sujeito, este que está do lado de cá do espelho, e uma existência *simbólica*, pois a linguagem oferece o nome próprio e o prenome, o ‘eu’ gramatical, o ‘eu’ do enunciado, para que o sujeito apareça representado na cadeia discursiva<sup>7</sup>” (p. 184).

<sup>6</sup>No original, “Yo”. Encontra-se, na literatura, traduzido por “Eu” e também por “Ego”.

<sup>7</sup>Grifos do autor. Tradução minha.

Guirado (1995) observa que, em Lacan, sujeito, linguagem e inconsciente são termos que exigem-se mutuamente, sempre que se tenta teorizar sobre o sujeito. São também termos que exigem, para sua compreensão, as noções de simbólico, real e imaginário, rapidamente introduzidas acima. Mas creio que estas considerações sobre a psicanálise e a teoria lacaniana, embora rápidas, sejam suficientes para situar alguns conceitos essenciais quanto à constituição do sujeito. O campo teórico estabelecido pela análise de discurso levará a algumas coincidências teóricas interessantes quanto à relação do sujeito com a linguagem, e sua própria constituição enquanto sujeito, marcada pela alteridade, pela exterioridade, pela ilusão de ser dono de seu próprio dizer. Aliás, o objetivo deste passeio teórico pelas bases que fundamentam a psicanálise é, justamente, permitir um olhar sobre a própria análise de discurso, pois existe uma zona de tensão entre estes dois campos de saber: a análise de discurso admite um atravessamento, em seus domínios, da teoria psicanalítica da subjetividade. Cobia, pois, poder olhar - mesmo que em termos gerais - para os principais conceitos que a psicanálise propõe sobre a constituição de um sujeito que, assim como o sujeito da análise de discurso, sofre um descentramento essencial do eixo da consciência.

### **1.3 - O sujeito da análise de discurso**

Barthes, Althusser, Lévi-Strauss, Lacan e Foucault formam o quinteto que, segundo Roudinesco (1986/1988), rompe com os ideais da fenomenologia. O estruturalismo cresce e frutifica através destes (e outros) nomes que pensam a lingüística, o materialismo histórico, a antropologia, a psicanálise e a filosofia na França. São idéias centrais: o sujeito é abordável através da linguagem, porque não é ao indivíduo biológico que se referem, mas a um sujeito que se constitui em referência ao outro; o sujeito é uma criatura engendrada pela ação da estrutura na qual está inserido, que existe antes dele, e que já lhe determinou um lugar (Braunstein, 1980/1986). Nesse contexto surge a Análise de Discurso, enquanto campo de saber constituído por três regiões do conhecimento: o materialismo histórico, enquanto teoria das formações sociais e de suas transformações, compreendida aí a teoria das ideologias; a lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação, e a teoria do discurso, enquanto teoria da

determinação histórica dos processos semânticos. Uma teoria da subjetividade, de natureza psicanalítica, complementa o quadro, atravessando a articulação destas três regiões (Pêcheux & Fuchs, 1975/1993).

O sujeito da análise de discurso não é o indivíduo concreto, com seus determinantes físicos e biológicos. Também não é o sujeito psicológico enquanto consciência, com suas funções e características. Como o próprio nome diz, é de uma análise de discurso que se trata, e não de uma análise de sujeitos. O sujeito aparece, disperso e heterogêneo, não como fonte do sentido, dono de um saber, criador absoluto de sua fala, mas enquanto posição incompleta, transitória, assumida na identificação com uma formação discursiva que é por sua vez heterogênea também, e que está em relação com as formações ideológicas. Estas relações situam os sujeitos em posições sociais, determinadas por condições históricas, que permitem que eles digam algumas coisas e não digam outras, de todo o universo do que pode ser dito. O sujeito da análise de discurso vive, com relação a si mesmo, um tipo de alienação, uma vez que se imagina dono absoluto de suas próprias palavras. Vive no desconhecimento de que, quando enuncia um discurso, algo que lhe escapa à consciência constitui o sentido do que diz, e que isto já estava lá, antes dele, e assume um papel determinante em seu dizer.

Ao considerar que o discurso se realiza no sujeito mas não tem origem nele (Orlandi e Guimarães, 1988b), compreende-se porque não é a fala de um sujeito enquanto indivíduo que será tomada como objeto de análise. Nesta dissertação, isto significa que não é a gestante enquanto indivíduo portador de um nome, sujeito psicológico, ou o médico, que constituem objeto de análise, mas sim o conjunto do que é dito por gestantes, médicos e familiares ao longo dos exames de ultra-sonografia obstétrica, e os sentidos produzidos a partir da identificação - ideológica - com as formações discursivas. Compreende-se, desta forma, porque a análise de discurso oferece um arcabouço teórico e uma metodologia interessantes para se pensar a relação entre sujeito e o lugar histórico e social que ele ocupa. A relação com o lugar social e histórico evidencia a relação com a ideologia (uma relação que se dá a nível inconsciente, e não como comumente a palavra ideologia é entendida<sup>8</sup>). Este lugar está definido. O sujeito o

---

<sup>8</sup>Uma crítica muito comum à análise de discurso é feita com base na questão da ideologia. Esta discussão teria se esgotado com as turbulências que sofreu o marxismo: seria já ultrapassado falar em ideologia, palavra-chave das décadas de 60 e 70. O problema é que o termo “ideologia” acaba sendo entendido por

encontra lá, pronto, ao nascer, e nele submerge através da linguagem, através, primeiramente, do que é falado sobre ele e, depois, do que ele poderá falar de si, para si, e para os outros.

“O sujeito da linguagem fala, não de qualquer lugar, mas de uma posição já definida social, histórica e ideologicamente, ou que se define no jogo discursivo, no embate de forças, mas sempre de um lugar ao mesmo tempo determinado pela/determinador da história desse sujeito, lugar este que o impede de ser a origem absoluta de seu discurso” (Lagazzi, 1988. p. 98).

Exemplificando: parto da idéia de que o diálogo que acontece entre a gestante e o médico ao longo da ultra-sonografia obstétrica caracteriza uma situação discursiva na qual gestante e médico falam, cada um, a partir de uma posição definida social e historicamente, e a partir das possibilidades de fazerem-se sujeito na identificação com as formações discursivas. Em resumo, um lugar ideológico. Esta situação discursiva delinea um lugar, na linguagem e no imaginário, para o bebê que vai nascer - um lugar que é, portanto, necessariamente social e histórico, necessariamente ideológico.

Com o risco de ser redundante: percebe-se claramente que este lugar do qual o sujeito fala e no qual é falado é caracterizado, pela análise de discurso, como um lugar ideológico. É necessário, portanto, definir o que a análise de discurso entende por ideologia: “A ideologia, por sua vez, é interpretação de sentido em certa direção, direção determinada pela relação da linguagem com a história em seus mecanismos imaginários” (Orlandi, 1996b. p.31). Para a análise de discurso, portanto, não há uma relação direta entre as coisas e a linguagem, mas um sentido a ser dado. Este sentido não é dado a partir do nada, mas a partir de uma injunção à interpretação, que faz com que “x” (objeto simbólico) seja interpretado como “y” (“x” quer dizer “y”). Ao mesmo tempo, há um trabalho de simulação: aparentemente, o sentido de “x” está dado, e é somente reconhecido. Tem-se a impressão de que o sentido é natural, ao invés de ser historicamente produzido. Ao interpretar, o sujeito toma como suas as palavras de uma voz anônima, produzida antes dele, no que a análise de discurso chama de memória discursiva, ou interdiscurso. Abre-se uma cadeia onde os sentidos se referem, sempre, a outros sentidos, e daí tiram sua identidade (Orlandi, 1996b).

---

um de seus sentidos mais restritos, ou seja, enquanto sistema de idéias dogmáticamente organizado como um instrumento de luta política.

Dar sentido, ainda segundo Orlandi (1996b), é construir sítios de significação, ou seja, delimitar domínios. Esta forma de conceber a ideologia difere da concepção geralmente utilizada pelas ciências humanas e sociais, que tendem a considerar a ideologia como ocultação, ou seja, perguntam-se “o que ele quis dizer?”, na tentativa de descobrir os verdadeiros sentidos do discurso, que estariam escondidos, ocultos. Para a análise de discurso, a ideologia não é um conteúdo a ser descoberto, mas o mecanismo de produção de conteúdos.

“O processo ideológico não se liga à falta, mas ao excesso. A ideologia representa a saturação, o efeito de completude que, por sua vez, produz o efeito de ‘evidência’, sustentando-se sobre o já dito, os sentidos institucionalizados, admitidos por todos como ‘naturais’. Pela ideologia há transposição de certas formas materiais em outras, isto é, há simulação. Assim, na ideologia não há ocultação de sentidos (conteúdos) mas apagamentos do processo de sua constituição” (Orlandi, 1996b. p. 66).

A ideologia é, portanto, um conceito abstrato em análise de discurso, analisável através das formações discursivas e não diretamente. As formações discursivas, ao participarem do jogo do dar sentido, ao direcionarem o trabalho contínuo da interpretação, estão representando as formações ideológicas no interior do discurso. O discurso tem origem numa formação discursiva na qual o sujeito se inscreve (Pêcheux e Fuchs, 1975/1993). De acordo com a formação discursiva na qual estão inseridas, as palavras mudam de sentido, ou seja, elas significam diferentemente. A formação discursiva torna-se, deste modo, o lugar da constituição do sentido e da identificação do sujeito. (Orlandi & Guimarães, 1989; Orlandi, 1996b).

A perspectiva foucaultiana introduz o conceito de um sujeito que não pode ser reduzido nem a uma entidade lingüística nem a uma subjetividade psicológica (respectivamente, sujeito gramatical e sujeito da enunciação). Trata-se da posição-sujeito, lugar determinado de inscrição em uma determinada formação discursiva. O sujeito do enunciado não é idêntico ao sujeito da enunciação<sup>9</sup>. O sujeito do enunciado é uma função que pode ser preenchida por indivíduos até certo ponto indiferentes (Courtine,

---

<sup>9</sup> Nível da enunciação: um sujeito enunciador em uma situação de enunciação dada (o “eu”, o “aqui”); nível do enunciado: espaço vertical, estratificado e desnivelado dos discursos - interdiscurso (Courtine, 1983).

1981). O lugar do sujeito, portanto, está preenchido pelo sujeito do saber de uma formação discursiva específica, denominado “forma-sujeito”:

“Em toda formulação |e|, o *sujeito enunciador* reencontra o *sujeito do saber* através da relação que se estabelece entre ambos. *Essa relação entre o sujeito enunciador de |e| e o sujeito do saber da FD produz-se pela identificação que o primeiro estabelece com o segundo* e que passa a ser designada por *posição de sujeito*. O que equivale a dizer que diferentes sujeitos, ao se relacionarem com o sujeito do saber de uma mesma FD, podem estabelecer diferentes *posições de sujeito*, de tal forma que se produzam diferentes *efeitos-sujeitos* no discurso de cada um. A descrição das diferentes *posições de sujeito*, geradas no interior de uma FD, e os *efeitos-sujeitos* que aí são produzidos permitem a descrição do *sujeito de saber* da FD, sujeito esse que é designado por Pêcheux de *forma-sujeito*<sup>10</sup>” (Indursky, 1997. p. 37-8).

Para a análise de discurso, é na formação discursiva que se encontra o lugar da constituição do sentido. Portanto, “o sentido não existe em si, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas” (Orlandi & Guimarães, 1988b. p. 58). Uma vez que a formação discursiva é o lugar da identificação do sujeito, este lugar é marcado, conseqüentemente, não apenas pela exterioridade, mas também pela dispersão:

“O discurso, assim concebido, não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece, e que diz: é, ao contrário, um conjunto em que se podem determinar a dispersão do sujeito e sua descontinuidade consigo mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos” (Foucault, 1969/1972. p. 70).

A abordagem psicanalítica à questão do sujeito permite que se compreenda que o homem percebe-se enquanto dono de seu dizer (dono de seus próprios pensamentos, não fossem os sonhos, chistes, atos falhos e sintomas a incomodar!). O homem pensa-se centro, a partir do qual se organiza o sentido, consciência a partir do qual se definem conceitos, objetos e fala. Constrói obras que materializam a palavra escrita, e se pensa autor, individualidade que se expressa e dá forma e sentido à própria produção. Fischer

---

<sup>10</sup> Grifos da autora.

(1996) faz um resumo interessante de como esta unidade, autoria, consciência imaginária é abordada pela psicanálise, pela teoria marxista e pela análise de discurso:

“Certamente esta descentração do sujeito, implícita na teoria marxista, pertence à mesma episteme dentro da qual se desenvolveu a psicanálise: o discurso do sujeito, para Freud, estaria sempre marcado pelo seu avesso, no caso, o inconsciente. Dividido, quebrado, descentrado, o sujeito se definiria por um inevitável embate com o outro que o habita. E, permanentemente, viveria a busca ilusória de tornar-se *um*<sup>11</sup>. A linguagem seria a manifestação dessa busca, lugar em que o homem imagina constituir e expor sua unidade” (p. 110).

Segundo Authier-Revuz (1990), esta é uma concepção do discurso atravessado pelo inconsciente, articulada à uma concepção do sujeito não como entidade homogênea exterior à linguagem, mas como resultado de uma estrutura complexa, efeito da linguagem. Porém esta ilusão de unidade deve ser não apenas mantida, mas recriada a cada ato de fala. Isto ocorre através de um processo de esquecimento caracterizado, pela análise de discurso, como sendo dos tipos 1 e 2. Através do esquecimento no. 1, que é inconsciente, o que apaga-se para o sujeito é o processo pelo qual uma seqüência discursiva concreta é produzida, ou reconhecida como tendo sentido: o sujeito não percebe que toda seqüência discursiva só tem sentido porque está inscrita em uma formação discursiva, e por isso ele pensa ser a fonte do sentido. O esquecimento no. 2 é parcial, e pré-consciente ou consciente, podendo portanto ser penetrado pelo sujeito na medida em que este efetua um retorno ao próprio discurso, para corrigir-se, aprofundar seu pensamento, antecipar seu efeito. É uma zona que possibilita uma seleção por parte do falante, através da qual ele vai delimitando o que diz. Dá, ao sujeito, a ilusão de realidade do pensamento, na qual o discurso se apresenta como reflexo do conhecimento do sujeito sobre a realidade (Pêcheux & Fuchs, 1975/1993; Orlandi & Guimarães, 1988a).

“Esta oposição entre os dois tipos de esquecimento tem relação com a oposição já mencionada entre a situação empírica concreta na qual se encontra o sujeito, marcada pelo caráter da identificação imaginária onde o outro é um outro eu (‘outro’ com *o* minúsculo), e o processo de interpelação-assujeitamento do

---

<sup>11</sup> Grifo da autora.

sujeito, que se refere ao que J. Lacan designa metaforicamente pelo “Outro” com *O* maiúsculo (...)” (Pêcheux & Fuchs, 1975/1993. p.177).

O termo *heterogeneidade* é aqui fundamental. Ele é introduzido na análise de discurso, principalmente, no que Pêcheux (1983/1993) denomina a terceira época (AD-3). Segundo ele, a questão da heterogeneidade enunciativa permite “tematizar as formas lingüístico-discursivas do *discurso-outro*”<sup>12</sup>. Este conceito é subdividido:

“- discurso de um outro, colocado em cena pelo sujeito, ou discurso do sujeito se colocando em cena como um outro (cf. as diferentes formas da ‘heterogeneidade mostrada’);

- mas também e sobretudo a insistência de um ‘além’ interdiscursivo que vem, aquém de todo autocontrole funcional do ‘ego-eu’, enunciador estratégico que coloca em cena ‘sua’ seqüência, *estruturar* esta encenação (nos pontos de identidade nos quais o ‘ego-eu’ se instala) ao mesmo tempo em que a desestabiliza (nos pontos de deriva em que o sujeito passa no outro, onde o controle estratégico de seu discurso lhe escapa)” (Pêcheux, 1983/1993. p. 316).

Pêcheux, em relação à primeira subdivisão, dirige-se ao trabalho de Authier-Revuz (1982;1990) sobre a heterogeneidade mostrada. Na segunda subdivisão, poderia ser feita uma relação com a heterogeneidade constitutiva? Estaria nesta a presença do *Outro*, assim como na primeira a presença do *outro*? Se assim for, poderíamos também relacionar com os tipos de esquecimento, sendo o no.1 relacionado à presença do *Outro* e o no. 2, à do *outro*? Não creio ser este o momento adequado para desenvolver estas especulações, porém elas ficam registradas e remetidas a uma frase: “Nesta afirmação de que, constitutivamente, no sujeito e no seu discurso está o Outro, reencontram-se as concepções do discurso, da ideologia, e do inconsciente (...)” (Authier-Revuz, 1990. p. 29). E, antes de avançar, mais importante do que este tipo de especulação talvez seja a relação que a autora estabelece entre a heterogeneidade mostrada e a constitutiva, ao afirmar que há uma espécie de negociação entre ambas, através da qual a heterogeneidade mostrada manifesta, sob a forma da denegação, um desconhecimento protetor da heterogeneidade constitutiva. Abre-se lugar para o heterogêneo e seu reconhecimento, porém para melhor negar sua onipresença.

---

<sup>12</sup> Grifo do autor.

Existem dois tipos de heterogeneidade mostrada, a marcada e a não marcada. Por heterogeneidade mostrada marcada, a autora define as que mostram o lugar do outro no discurso de forma unívoca (ex.: discurso direto, aspas, itálicos, incisos de glosas). Por heterogeneidade mostrada não marcada entende-se o lugar onde o outro se faz presente sem uma marcação unívoca, como no discurso indireto livre, na ironia, no pastiche e na imitação. Já a heterogeneidade constitutiva é um conceito construído a partir de dois enfoques não-lingüísticos em relação à palavra e ao discurso: o dialogismo de Bakhtin, que toma o discurso como produto de interdiscursos, e a psicanálise, principalmente em sua leitura lacaniana, ao colocar como objeto o inconsciente. A psicanálise contribui com a dupla concepção de uma fala fundamentalmente heterogênea e de um sujeito dividido, onde não há centro para o sujeito fora da ilusão e do fantasmagórico. O eu é a instância do sujeito responsável pela manutenção desta ilusão necessária. Uma citação que remete a um texto de Bathkin, por sua vez, resume sua posição segundo a qual as palavras são, sempre, as palavras dos outros:

“Somente o Adão mítico, abordando com sua primeira fala um mundo ainda não posto em questão<sup>13</sup>, estaria em condições de ser ele próprio o produtor de um discurso isento do já dito na fala de outro. Nenhuma palavra é ‘neutra’, mas inevitavelmente ‘carregada’, ‘ocupada’, ‘habitada’, ‘atravessada’ pelos discursos nos quais ‘viveu sua existência socialmente sustentada’<sup>14</sup>” (Authier-Revuz, 1990. p. 27).

Esta digressão pelos principais conceitos da análise de discurso segundo a proposta da escola francesa visa propor os subsídios a partir dos quais uma abordagem discursiva à relação que se estabelece entre gestante, médico e tecnologia poderá ser articulada. Nesta dissertação, esta relação é analisada a partir dos diálogos que ocorrem em ultra-sonografias obstétricas, no dizer da gestante, do médico, dos familiares que eventualmente estão presentes, e nos silêncios. Uma abordagem que privilegia um sujeito descentrado, vítima de uma ilusão de autoria de seu próprio discurso e em sua essência alienado por um processo de assujeitamento - única forma na qual se faz sujeito. Determinado, portanto, a partir de uma exterioridade, e desta forma coincidente, teoricamente, com o sujeito tal como é proposto pela psicanálise. Que sejam

---

<sup>13</sup> Bathkin,(conforme citado em Authier-Revuz, 1990. p. 27.)

<sup>14</sup> Grifos do autor.

exterioridades de ordens diversas – a ideologia e o inconsciente. Uma articulação entre ambas é proposta na análise e discussão dos resultados. Mas antes disso, é necessário ainda que algumas considerações sejam feitas sobre a gestação e sobre as pesquisas já realizadas que de alguma forma envolvem ultra-sonografias obstétricas.

#### **1.4 - Gravidez**

Entre as estátuas que habitam a praça central da cidade de Caxias do Sul, uma pode chamar a atenção pela data recente - 1996 - e pela figura de uma mulher que beija, docemente, seu pequeno bebê. Uma tradicional placa de bronze a batiza e contextualiza:

*Luiza Eberle (Gigia Bandera)*

*Símbolo da intrépida participação da mulher na geração e no progresso desta cidade, fonte inspiradora da industrialização do nordeste do Estado.*

*Centenário da “Eberle S.A.” 1896-1996*

“Geração” e “progresso” são as duas palavras utilizadas para caracterizar a participação da mulher no desenvolvimento da região. Região de características marcantes no sul do Brasil, seja por sua indústria próspera, seja pelas peculiaridades da cultura dos imigrantes italianos. Porém algo importante não é imediata ou facilmente perceptível: a estátua e a frase se unem e definem um sentido, socialmente reconhecido, para a participação da mulher nesta história de progresso: gerar o filho que desenvolverá a indústria local. É através desta sua capacidade procriadora que a mulher participa do progresso e inspira a industrialização da cidade.

Mas o monumento torna-se ainda mais interessante quando alguns dados da história são descobertos. Na construção do monumento, um dado histórico não é lembrado, e esta omissão colabora com a construção e manutenção do discurso da mulher-mãe. É no Arquivo Histórico Municipal que um resgate se faz possível, através

de um livro publicado em comemoração ao cinquentenário da Metalúrgica Abramo Eberle Ltda., onde lê-se:

“Aqui chegando montou pequena funilaria que, passados tempos ficou a cargo exclusivo de sua esposa, operosa e diligente, conhecida na colônia pela designação de seu ofício como ‘Gigia Bandera’, isto é, Luiza funileira em dialeto vêneto” (Franco & Franco, 1946. p. s/n).

Os registros históricos são claros: a administração da funilaria coube a Luiza, e é ao lado da mãe que Abramo inicia seu ofício de funileiro, passando também ele a ser chamado de Abramo Bander.

A praça central de Caxias do Sul abriga esta estátua e estes dizeres. Mais do que uma homenagem, o monumento de pedra marca um discurso no qual os papéis estão definidos (mesmo que para isso seja necessário ‘esquecer’ ou ‘não dizer’ uma parte da história) e o valor da mulher e da criança estão dados. A data recente da construção do monumento sublinha, mais do que a persistência imutável dos valores e dos discursos através do tempo, um contínuo movimento de resgate e necessário apagamento: uma comunidade que repete a si mesma, quase incansavelmente, que possui uma história de sucesso, graças à força e ao trabalho do imigrante italiano (e de sua mulher que, afinal, gera os seus filhos). Esta repetição sustenta uma identidade.

É possível ir mais longe. Esta mãe não é qualquer mãe. A estátua tem sobrenome - Eberle. Família tradicional de Caxias do Sul, representa, junto a outras famílias, a classe social que emergiu ao fundar empresas e construiu, assim, o progresso. Este monumento tem classe social: é uma homenagem à mulher que gera o filho que “dá certo”, ou seja, que nasce com saúde, cresce, trabalha e progride economicamente, torna-se dono de uma empresa. Este monumento é um exemplo de um tipo de discurso social sobre a gestação, sobre a mulher grávida e sobre a criança com o qual alguns sujeitos (não todos) podem identificar-se. É, creio, um dos discursos que participam do universo de linguagem que se cria em torno de alguns bebês, porém com certeza não é o único.

Este rápido exemplo demonstra que maternidade e infância podem gerar discursos variados - do discurso religioso ao místico, do senso comum à ciência, do discurso médico ao psicológico. Estes discursos modificam-se com o passar do tempo, marcando formas diferentes de lidar com o processo. Eyer (1992) faz uma retomada notável de

como a maternidade e a infância eram consideradas fases normais da vida humana mas, com a expansão da medicina, foram cada vez mais tornando-se processos patológicos que exigem cuidados e prescrições médicas, dentro de uma atmosfera de perigo e fragilidade que abriu caminho para o surgimento da necessidade de controle e institucionalização que a medicina (a obstetrícia e a pediatria, principalmente) poderiam fornecer<sup>15</sup>. Rapidamente, o cuidado emocional das mulheres também passou a ser da jurisprudência médica, com o auxílio da psicologia e da psicanálise.

Nos anos 70 o feto tornou-se o paciente por excelência da obstetrícia, permitindo que a gravidez fosse investida com novos significados e fornecendo mais razões para o controle médico do processo do nascimento. Nos anos 80, observou-se o avanço e consolidação das tecnologias de monitoramento fetal e demais técnicas de diagnóstico pré-natal, que passaram a ser procedimentos de rotina pouco questionados pelos pais devido à promessa de garantida de um bebê perfeito (Eyer, 1992). Nos anos 90, a medicalização começa a ser questionada, e o bem-estar físico e emocional da mulher grávida, bem como de seu companheiro, entram em cena na tentativa de contrabalançar o domínio praticamente total que a medicina exerce sobre o processo da gestação, do parto, e dos cuidados de uma criança normal. O trabalho de Szejer & Stewart (1997) ilustra estas preocupações:

“ (...) a medicalização apresenta vantagens - notadamente permitindo detectar muito cedo patologias que podem ser, eventualmente, remediadas -, mas também tem seus inconvenientes. Por que medicalizar tanto a gravidez, se este estado não é uma doença? (...) Gerar um filho não é um processo natural? Por que verificar tudo constantemente a menos que se suspeite de uma anomalia?” (p. 144).

Brazelton (conforme citado em Klaus & Kennel, 1993) também manifesta-se em relação à medicalização:

“ Na maior parte do mundo ocidental, existe uma atitude, difundida por parte da equipe médica responsável pelas mães e pelos bebês, que varia pouco.

---

<sup>15</sup> Eyer (1992) traça o surgimento dos termos “gravidez de alto risco ou baixo risco”: “Os obstetras lideraram um time de profissionais que reivindicavam a autoridade de avaliar um conjunto de fatores da vida da mulher como forma de proteger e tratar o nascimento” (p. 144. Tradução minha.). Estas avaliações classificam as mulheres como alto ou baixo risco, porém não é considerada, segundo a autora, a existência de mães sem nenhum risco (esta categoria não existe).

Esta atitude é a de que o nascimento de um bebê deve ser tratado como uma doença ou operação - atitude que cria uma atmosfera de patologia ou, na melhor das hipóteses, de cura de uma patologia” (p. 29).

A história no Brasil e, mais especificamente, no Rio Grande do Sul, não é muito diferente. A ultra-sonografia obstétrica chegou a este estado em 1978, simultaneamente, nas cidades de Porto Alegre, Passo Fundo e Caxias do Sul<sup>16</sup>. A nova tecnologia trouxe maior segurança às gestantes e médicos e permitiu diminuir o número de hospitalizações durante a gestação (que eram muito comuns pelas dificuldades de diagnóstico). Novos quadros foram observados e controlados como, por exemplo, o “missed abortion” (termo utilizado para os casos de morte do embrião ou feto sem sinais aparentes) e o “blinded ovum” ou “ovo vazio” (falsa gravidez). Rapidamente, a ultra-sonografia obstétrica tornou-se um procedimento de rotina. Numa gestação normal, são geralmente solicitados três exames: o primeiro, entre a 8<sup>o</sup> e 10<sup>o</sup> semanas, é feito para determinar o tempo de gestação e se a gravidez é única ou múltipla. Há controvérsias quanto a realização desta ecografia precoce. Szejer e Stewart (1997), por exemplo, relatam que ela é realizada nos casos de gravidez difícil, e “as palavras que a acompanham também não são insignificantes e marcam o filho através daquilo que a mãe ouve” (p. 95). De qualquer modo, a confirmação da gravidez pelo médico marca, segundo estes autores, o reconhecimento social da mulher grávida:

“Uma mulher grávida, na sociedade, não é a mesma coisa que uma mulher não-grávida. E ao longo de sua gravidez, seguindo as fases que vai atravessar, ela vai avaliar a especificidade desse status ‘privilegiado’ e suportará as conseqüências, nem sempre positivas, por melhores que sejam os seus sentimentos” (Szejer e Stewart, 1997. p. 97).

O segundo exame é realizado no segundo trimestre da gravidez. Objetiva observar o crescimento do feto, o sexo e seu desenvolvimento morfológico. No terceiro trimestre da gravidez é realizado, geralmente, a última ecografia, para determinar o estado biofísico do feto, examinar a placenta e preparar para o parto. No caso das gestações de risco, são solicitados tantos exames quanto forem necessários.

---

<sup>16</sup>Estas informações foram fornecidas pelo Dr. Daniel Parizotto, médico obstetra que introduziu a ultra-sonografia obstétrica em Caxias do Sul. A entrevista foi realizada em 10 de fevereiro de 1998.

Vários estudos sobre as conseqüências emocionais da ultra-sonografia obstétrica têm sido realizados, principalmente, em países como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Itália e França. Embora utilizando instrumentos, técnicas e delineamentos diferentes, as pesquisas demonstram, basicamente, que a realização da ultra-sonografia obstétrica constitui um momento psicologicamente significativo, com conseqüências emocionais na mãe e no pai em relação à gravidez e ao bebê. O tipo de conseqüência depende, obviamente, de diferentes variáveis, sendo as mais significativas a idade da mãe, gravidez de risco e primiparidade, por um lado, e relação médico-paciente e tipo de feedback durante o exame, por outro. Os assuntos comumente pesquisados até hoje relacionam-se à ansiedade, stress, apego e fantasias.

A grande maioria das pesquisas concluiu que a ultra-sonografia obstétrica diminui a ansiedade e o stress da gestante. Field (1992), por exemplo, acompanhou três casos de gravidez de alto risco nos quais um feedback visual apropriado do exame não apenas reduziu a ansiedade das gestantes como aumentou a atividade fetal e melhorou o estado geral do bebê após o nascimento. Um alívio geral da ansiedade, efeitos emocionais positivos e mudanças de comportamento positiva em relação aos cuidados com a gravidez são comumente relatados, em pesquisas nas quais são aplicados inventários de ansiedade e stress, com grupos controle, e efetuadas entrevistas semi-estruturadas (Reading, Campbell, Cox & Sledmere, 1982; Reading & Cox, 1982; Tsoi, 1985; Brown, 1988; Kovacevic, 1993). Michelacci, Fava, Grandi e Bovicelli (1988) observaram, através da aplicação de questionários, diminuição da ansiedade e da hostilidade, bem como alívio da depressão e de sintomas somáticos em vinte mulheres de gravidez de baixo risco, após o feedback verbal e visual proporcionado pela ultra-sonografia. Os grupos de risco apresentam resultados mais significativos, porém realizam os exames com maior nível de ansiedade e exigem mais da relação médico-paciente (Tsoi, Hunter, Pearce & Chudleigh, 1987a; Tsoi, Hunter, Pearce & Chudleigh, 1987b). Das pesquisas encontradas, apenas uma (Stewart, 1986) não apontou diferenças significativas nos resultados da escala de ansiedade aplicada no grupo submetido à ultra-sonografia e no grupo controle. A pesquisadora explicou o resultado dizendo que é possível que algumas mulheres que relatam alívio após o exame estejam, na verdade, aliviadas pelos medos que o próprio procedimento gera.

O mesmo estudo, no entanto, ao tratar a questão do apego, relata que as mulheres descreveram-se como mais interessadas ou até mesmo mais preocupadas depois do exame. O apego também foi observado através das reações de luto em casos de aborto espontâneo. No estudo de Black (1992), 105 mulheres que fizeram ultra-sonografia e depois perderam seus bebês foram entrevistadas (entrevistas semi-estruturadas). Em geral, concordaram que o exame tornou a gravidez e o bebê mais reais; 44% relatou que ter visto o feto através do exame fez com que a perda fosse mais difícil de ser suportada. Em pesquisa semelhante, Johnson e Puddifoot (1996) concluíram que a duração da gravidez e a experiência de visualizar a imagem do bebê através da ultra-sonografia de rotina foram fatores que aumentaram a tristeza e o stress nos parceiros de mulheres que sofreram aborto espontâneo (os pesquisadores aplicaram uma escala para medir a tristeza e outra para medir o impacto emocional de eventos estressantes).

Não são muitos os estudos que abordam diretamente a questão das fantasias, embora seja claro que a mulher fantasie sobre como será o bebê e lhe atribua características de personalidade (Klaus & Kennel, 1993). Cornuau (1982) sugere que nos primeiros meses o exame ecográfico pode ajudar a confirmar a realidade da gravidez. Porém nos estágios mais avançados, a futura mãe pode ter que reconciliar a imagem da criança que aparece no vídeo (que é muito diferente de uma fotografia), com a imagem que fez de seu filho. O estudo de Benvenuti, Ciatti, Whitney e Poggi (1988), observou (através de entrevistas semi-estruturadas e escalas de ansiedade) que a visualização do feto afeta de modo diferente cada sujeito. Para algumas pessoas (as que geralmente solicitam o vídeo tape do exame), o procedimento ativa fantasias sobre a criança esperada. Para outras, pode agir como fator inibidor. O estudo de Courvoisier (1985) reconhece os efeitos positivos tranquilizadores do exame, porém alerta que a visualização do feto pode causar, momentaneamente, um curto-circuito na imaginação parental, podendo desencadear fantasias negativas (fragmentação, intrusão) e dificuldades a nível narcísico. Soulé (1987) cita a vigilância médica e os exames técnicos entre os fatores que trarão realidade ao feto, além dos movimentos fetais ativos, a solicitude e as questões por parte do pai e do meio e a significação simbólica favorecida e privilegiada pelo valor sócio-cultural. Porém este autor é enfático ao dizer que “ (...) todos os exames médicos que concedem a realidade ao feto vão contra os processos habituais” (p. 140). Ou, ainda:

“Estes exames, já parte da rotina, podem estar na origem das dificuldades, realizando verdadeiros abortos do fantasma, constituindo *interrupções voluntárias do fantasma*<sup>17</sup>. Em efeito, a evolução e maturação da fantasmática que exigem, sem dúvida, seguir toda a duração de uma gravidez se encontram estagnadas, bloqueadas” (Soulé, 1987. p. 142).

As ponderações a respeito da interrupção das fantasias estendem-se à questão de saber ou não o sexo do bebê durante a gestação. Klaus e Kennel (1993) comentam o que consideram aspectos positivos e negativos da ultra-sonografia obstétrica, também em relação ao descobrimento do sexo do bebê:

“Recentemente, a crescente utilização da amniocentese e da ultra-sonografia parece afetar, de um modo um tanto inesperado, a percepção dos pais em relação ao bebê. Muitos pais têm discutido conosco a decepção que experimentaram quando descobriram o sexo do bebê. Metade do mistério terminara. Tudo era possível, mas uma vez feita a amniocentese e conhecido o sexo, a variação do desconhecido diminuía consideravelmente. Porém os testes apresentam resultados benéficos, removendo parte da ansiedade quanto à possibilidade de alguma anomalia. Observamos que logo após o exame algumas vezes o bebê recebia o nome e que, freqüentemente, os pais levam consigo e exibem a fotografia do pequeno feto” (p. 35).

Para Szejer e Stewart (1997), saber o sexo do bebê com muita antecedência (os autores referem-se ao segundo trimestre da gestação) suprime os jogos imaginários que não apenas a mãe, mas os pais e os irmãos constróem em relação ao sexo do novo membro da família. Tais jogos podem ser ilustrados pelas listas de escolha dos nomes, pelas tentativas de adivinhar o sexo baseado em ditos populares ou mesmo pelos sonhos.

Szejer e Stewart (1987) também chamam a atenção para um aspecto poucas vezes abordado pelos estudos sobre a ultra-sonografia obstétrica: o mal-entendido. Os autores comentam que, durante estes exames, “palavras concernentes ao corpo do bebê serão pronunciadas, mas cada um - o médico de um lado, e os pais de outro - dará a elas sentidos diferentes que não coincidem necessariamente” (p. 157). A tarefa do médico é verificar a normalidade do feto, dentro dos padrões estabelecidos pela medicina. De certa

---

<sup>17</sup> Grifo do autor.

forma, ele procura a anomalia, a patologia, e suas palavras conferem sentido a uma imagem que, para os pais, geralmente não passa de sombras, manchas claras ou escuras.

“Para eles [os pais], as palavras do médico vêm se inscrever sobre este filho, tal como eles tentam imaginar em sua mente. Elas vêm se alinhar ao lado das palavras já pronunciadas sobre ele (...) e vêm completar o quadro já esboçado, na mente dos pais. Assim, enquanto o médico fala de embriologia, os pais ouvem algo que se relaciona à personalidade do filho e isso vai se inscrever em sua pré-história” (Szejer e Stewart, 1987. p. 158).

Piontelli (1995), no entanto, observou em seu estudo de caso longitudinal (que envolveu observações do feto durante ultra-sonografias, observação de bebês segundo o método de Ester Bick e análise e psicoterapia de crianças) que nenhuma mãe foi afetada negativamente pela visualização do feto. Ao acompanhar três gestações singulares e quatro gestações gemelares, ao longo de 4 anos, no período pré e pós-natal, Piontelli observou que as mães “esqueceram”<sup>18</sup> das observações ultra-sonográficas, parecendo continuar a relacionar-se com seus filhos no seu próprio modo particular.

Um aspecto diferente é introduzido pelo trabalho de Katz (1993). O autor descreve duas tendências nos Estados Unidos que têm sido observadas nos últimos 30 anos em relação aos nascimentos de classe média: a exigência por um bebê perfeito e a demanda por um parto perfeito. Katz observa que estas características são relevantes principalmente no grupo de mulheres que têm filhos mais tarde, e que as inovações tecnológicas tais como o ultra-som, a análise genética pré-natal e o monitoramento fetal têm desenvolvido a percepção de que os médicos podem controlar o ambiente pré-natal e prever os resultados da gravidez. Um bom desempenho passa a ser também uma exigência em relação ao parto.

Estas considerações certamente não esgotam (nem era este o meu objetivo ao tecer estes comentários) a vasta literatura existente, tanto em medicina como em psicologia, sobre a gestação e todos os aspectos que nela estão envolvidos. Porém são considerações importantes, que demonstram o tipo de pesquisa que tem sido realizado e, principalmente, as preocupações dos cientistas em relação às inovações tecnológicas que caracterizam as últimas três décadas. Situam, também, esta pesquisa, tanto em termos de

---

<sup>18</sup> A palavra “esqueceram” é colocada entre aspas pela autora, que a remete a “recalcamento”.

validade e propriedade das questões levantadas como da necessidade de estender os estudos a outras abordagens.

### **1.5 - Considerações metodológicas**

Com o objetivo de situar esta pesquisa em relação aos demais estudos abordados na seção anterior desta dissertação retomo, em linhas gerais, os modelos metodológicos utilizados: aplicação de escalas para medir ansiedade e stress, utilização de questionários e entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, em delineamentos quasi-experimentais, e estudos de caso nos quais entrevistas e o método psicanalítico de observação de bebês foram utilizados.

O tema proposto neste estudo aproxima-se de um debate atual (a gravidez, a relação dos pais com o feto e as novas tecnologias em exames médicos), abordado pelos estudos citados. Porém diferencia-se quanto à abordagem metodológica e teórica: é uma pesquisa qualitativa, realizada através da proposta teórica e metodológica da análise de discurso da escola francesa. Situar os princípios gerais que caracterizam a pesquisa qualitativa e a análise de discurso, a nível metodológico, contribuem para sustentar esta pesquisa.

Banister, Burman, Parker, Taylor e Tindall (1995) discutem a pesquisa qualitativa e a definem como: a) uma tentativa de capturar o sentido, que é subjacente, e que estrutura o que dizemos sobre o que fazemos; b) uma exploração, elaboração e sistematização do significado de um fenômeno identificado e c) a representação do sentido de determinada questão ou problema. A pesquisa qualitativa é, segundo estes autores, um estudo interpretativo de uma questão ou problema específico.

A decisão pela utilização de uma abordagem qualitativa está estreitamente relacionada com a natureza do problema e das questões e objetivos que orientam a investigação. Godoy (1995) explica que a pesquisa qualitativa parte de questões ou focos de interesse amplos (e não de hipóteses estabelecidas a priori), que vão sendo definidos e se tornando mais específicos à medida que o estudo se desenvolve. A pesquisa qualitativa, além disso, considera o pesquisador um instrumento fundamental e toma o ambiente natural como fonte direta de obtenção de dados: “Os estudos denominados

qualitativos têm como preocupação fundamental o estudo e análise do mundo empírico em seu ambiente natural” (Godoy, 1995. p. 62). O objetivo de qualquer pesquisa qualitativa é fornecer um exame aprofundado de um problema, e não uma abordagem geral, o mais ampla possível (Banister, Burman, Parker, Taylor & Tindall, 1995).

Uma vez que as orientações teóricas e metodológicas são várias, muitos são os tipos de investigação que podem ser conduzidos em pesquisa qualitativa. Dentre as várias abordagens possíveis, o discurso, ou o estudo da linguagem cotidiana, vem se tornando, segundo Smith, Harré e Langenhove (1995) um dos princípios mais importantes dentro da psicologia atual. Porém o termo ‘análise de discurso’ tem sido utilizado, segundo Potter & Wetherell (1994): a) para designar as pesquisas preocupadas com a linguagem e seu contexto; b) como descrição para estudos que enfocam unidades lingüísticas acima do nível da sentença; c) como o termo correto para a pesquisa preocupada com a coesão e conexão de sentenças ou falas ou ainda, d) para cobrir desenvolvimentos que abrangem o estruturalismo e a semiótica (Foucault e Pêcheux incluídos aqui). Estas diferenças apontam para as dificuldades que o próprio termo ‘discurso’ gera.

Potter e Wetherell (1995) definem:

“A A.D. não é simplesmente uma tentativa de dar conta da linguagem ou do uso da linguagem que contribuirá para a lingüística pragmática (...) O objetivo é fazer uma contribuição para nosso entendimento de questões de identidade, natureza da mente, construções do eu, do outro e do mundo e a conceitualização da ação social e da interação” (p. 81)<sup>19</sup>.

O objetivo da análise de discurso, segundo estes mesmos autores, não é classificar pessoas, mas revelar práticas discursivas através das quais categorias são construídas e relações de poder são legitimadas. Ou ainda, segundo Lagazzi (1988), o objetivo desta metodologia é compreender de que forma o sujeito se inscreve no cotidiano, dentro dos vários processos de linguagem afetados pela ilusão da subjetividade.

A relação da análise de discurso com a psicologia é explicitada por Potter e Wetherell, detalhadamente, no livro ‘Discourse and Social Psychology’. Neste trabalho os autores discutem, por exemplo, os conceitos e teorias tradicionais sobre o sujeito e as novas teorizações que a análise de discurso (de diferentes abordagens) têm sistematizado.

---

<sup>19</sup> Tradução minha.

Mas creio que é interessante citá-los novamente, com o objetivo de resumir seu ponto de vista e retomar a relação que existe entre teoria e metodologia em pesquisa e, mais especificamente, em análise de discurso:

“(...) a A.D. não se desenvolveu para responder as questões formuladas na linguagem psicológica tradicional de fatores e efeitos. Ela não é um enfoque teoricamente neutro. É um pacote completo que combina algumas noções meta-teóricas sobre conhecimento e objetividade (...), com idéias teóricas sobre discurso e ação; e isto, por sua vez, inclui algumas sugestões metodológicas para estratégias amplas e técnicas de análise específicas.” (Potter & Wetherell, 1995. p. 83)<sup>20</sup>.

A opção pela utilização da análise de discurso é, portanto, teórica e metodológica, e está relacionada com as possibilidades que podem ser exploradas a partir desta abordagem. A análise de discurso permite que a relação que se estabelece entre a gestante, o médico, o feto e a tecnologia seja estudada sob o ponto de vista da linguagem - uma abordagem discursiva. Permite que se levantem questões acerca do funcionamento do discurso que se desenvolve sobre o bebê durante a ultra-sonografia obstétrica, e sobre os efeitos de sentido produzidos. E, ainda, considerando a aproximação possível entre as fronteiras do saber psicanalítico e do saber da análise de discurso, permite uma discussão teórica.

## 1.6 - Questões de pesquisa

A gestação de um bebê pode ser estudada, dentro da psicologia do desenvolvimento, sob vários ângulos. A proposta desta dissertação é estudá-la a partir de uma abordagem discursiva, circunscrita a uma situação específica: a ultra-sonografia obstétrica, procedimento que se tornou rotina e introduziu, juntamente com as demais técnicas de diagnóstico pré-natal, recursos tecnológicos avançados no exame e controle do processo gestacional e do desenvolvimento fetal. O diálogo entre o médico e a

---

<sup>20</sup> Tradução minha.

gestante (eventualmente com a participação de outros membros da família), serve de base empírica para a realização desta investigação.

A nível teórico, está sempre presente uma noção de sujeito descentrado, via inconsciente, via ideologia, marcado pela exterioridade. Psicanálise e análise de discurso contribuem teoricamente: a primeira, pelo entendimento de que o que é dito, o que existe no universo da linguagem, faz parte do processo de constituição do sujeito e que este sujeito é, antes de tudo, sujeito do inconsciente; a segunda, vincula o discurso às condições históricas e sociais de produção dos sentidos e concebe um sujeito eternamente preso à ilusão de unidade e de ser fonte de seu dizer, que se faz sujeito por ser interpelado pela ideologia.

Destas considerações derivam as questões que norteiam este estudo: de que forma pode ser entendido o funcionamento do discurso sobre o feto, tendo como base para análise os diálogos que se estabelecem entre médicos e gestantes, durante os exames ecográficos? Que formações discursivas e posições-sujeito podem ser identificadas? Que efeitos de sentido são produzidos? As diferenças introduzidas por questões culturais e econômicas são importantes no entendimento do funcionamento do discurso e da produção de sentidos em torno da gestação e do bebê?

## CAPÍTULO II

### METODOLOGIA

#### 2.1 – Delineamento

Este é um estudo qualitativo realizado segundo a proposta metodológica da análise de discurso da escola francesa. Neste tipo de pesquisa, a fala do sujeito empírico, individual, não é, como tal, objeto de análise. Por este motivo não foram coletados dados sobre a história individual dos participantes da pesquisa. O texto é oral a princípio: diálogo que ocorre entre o médico e a gestante, e por vezes outros familiares, espontaneamente, durante o exame de ultra-sonografia obstétrica. Este é o dado empírico que, transcrito, torna-se a via de acesso ao discurso. Diálogo que de certa forma se perde, enquanto unidade, em meio ao conjunto de diálogos que formam o corpus empírico.

#### 2.2 – Participantes

No total, foram gravados e transcritos os diálogos de 30 exames de ultra-sonografia obstétrica, distribuídos conforme a tabela:

Tabela 1. Descrição da amostra

LOCAL	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO MÉDICO X GESTANTE	Nº
Clínica Particular	médico (a) x gestante nível escolar 2º Grau ou Superior	5
	médico (a) x gestante nível escolar 1º Grau completo ou não	5
Clínica Particular	médico (b) x gestante nível escolar 2º Grau ou Superior	5
	médico (b) x gestante nível escolar 1º Grau completo ou não	5
S.U.S	médico (c) x gestante nível escolar 1º Grau incompleto	5
S.U.S	médico (d) x gestante nível escolar 1º Grau incompleto	5

São, portanto, quatro os médicos que participaram das gravações. Observada esta distribuição, todas as gestantes que autorizaram a gravação e utilização dos dados do exame para a pesquisa são participantes, não importando a idade do feto, da gestante, a existência de riscos à gravidez, a existência de outros filhos, ou qualquer outra variável. A participação de outras pessoas durante o exame (pai da criança, irmãos ou outros) também não inviabilizou a utilização do material. Não foi feito qualquer tipo de pré-seleção do material referente à interação mãe-médico durante o exame (qualidade e duração do diálogo, por exemplo). Estas características foram observadas e levadas em consideração no momento da análise.

### **2.3 - Instrumento e Procedimentos**

Após consulta prévia em diversos serviços de ultra-sonografia obstétrica da cidade de Caxias do Sul, optou-se por dois locais para coleta de dados: o Centro à Vida, instituição de caráter público municipal que atende exclusivamente à população de baixa renda pelo Sistema Único de Saúde (S.U.S) e uma clínica particular, empresa gerenciada por médicos especializados na prestação de serviços de ultra-sonografia obstétrica e ginecológica. A opção por estes dois serviços deve-se a três fatores: o número elevado de exames de ultra-sonografia obstétrica realizados diariamente nestes locais, a diferença quanto ao tipo de clientela atendida (diferença sócio-econômica) e a boa vontade dos médicos responsáveis em relação ao trabalho de pesquisa e à presença da pesquisadora na sala de exames.

O Centro à Vida concede à gestante dois exames ao longo da gestação (a não ser em casos de urgência ou risco, quando exames complementares podem ser solicitados). Os exames devem ser agendados com muita antecedência, pois a capacidade de atendimento do Centro não é suficiente para a demanda existente. São examinadas, diariamente, quatorze gestantes, por dois médicos. Já a clínica particular atende uma clientela variada, caracterizada por pacientes particulares e de convênios. Em média, são realizados 12 exames de ultra-sonografia obstétrica por dia.

A autorização da gestante foi solicitada através de uma conversa informal, sem a presença do médico, na qual os objetivos e características gerais da pesquisa foram explicados e o sigilo resguardado. Os dados solicitados durante este contato inicial foram: idade, profissão, nível de escolaridade, número de filhos, período da gestação e número de ecografias já realizadas. Um gravador comum, posicionado entre a gestante e o médico na sala de exames, foi acionado nos casos em que houve autorização. A pesquisadora acompanhou os exames em silêncio, falando apenas e unicamente nos casos em que foi solicitada pela gestante ou pelo médico. A gravação foi depois transcrita na íntegra, transformando-se de texto oral em texto escrito. Em anexo, encontra-se a transcrição de 2 exames, na íntegra, demonstrando o tipo de material que este procedimento de pesquisa proporcionou. Durante este procedimento de coleta dos dados, observou-se que a presença da pesquisadora e a gravação constituem apenas um constrangimento inicial para a gestante, que logo interessa-se tanto pelas imagens e pelas informações do médico que parece esquecer que participa de uma pesquisa. De fato, esta observação foi confirmada pelo testemunho de Piontelli (1995): “(...) durante as observações ultra-sonográficas, que são em si de alta tecnologia, o filmar e o gravar parecem ser muito menos intrusivos do que teriam sido no *setting* domiciliar, e eram logo esquecidos no calor da observação” (p. 26).

## **2.4 - Análise dos Dados**

Orlandi (1996b) diferencia o sujeito comum do analista de discurso pela relação que cada um estabelece com o trabalho de interpretação (que, recordemos, para a análise de discurso se dá a todo momento, toda vez que um objeto simbólico entra em cena nas relações humanas). Segundo esta autora, os gestos de interpretação destes dois sujeitos são determinados diferentemente. Enquanto o sujeito comum interpreta segundo a determinação do dispositivo ideológico, é objetivo do analista de discurso interpretar segundo o dispositivo teórico. Este dispositivo permite que o analista trabalhe a alteridade do discurso (a exterioridade, a historicidade), enquanto o sujeito comum, “sujeito” à ideologia, está tomado pelo efeito de evidência, pelo apagamento da alteridade e pela conseqüente ilusão de que o sentido está lá, dado, desde sempre.

Eis aqui o objetivo do trabalho do analista: “O que se espera da mediação, instalada pelo dispositivo teórico, é que ela produza, como dissemos, um deslocamento que permita que o analista trabalhe as fronteiras das formações discursivas” (Orlandi, 1996a, p. 84-85). Chegar à formação discursiva que domina o texto e compreender as relações com as outras formações discursivas é o trabalho do analista de discurso. O texto é o objeto empírico, sobre o qual se fará a análise, enquanto que o discurso é o objeto teórico. O texto pode ser uma palavra, um sintagma, um conjunto de frases (escrito ou oral). É heterogêneo, portanto, quanto à natureza das linguagens (oral, escrita, científica, literária, etc.), quanto à natureza dos materiais simbólicos (imagem, grafia, som), quanto às posições do sujeito e quanto às formações discursivas (um texto não corresponde a uma só formação discursiva) (Orlandi, 1996a; Orlandi, 1996b). O texto é, enfim, a unidade que permite ter acesso ao discurso. É ainda Orlandi (1996a) que, com mestria, resume a proposta da análise de discurso: remeter o texto ao discurso, e esclarecer as relações deste com as formações discursivas pensando, por sua vez, as relações destas com a ideologia.

“Feita a análise, não é sobre o texto que falará o analista, mas sobre o discurso. Uma vez atingido o processo discursivo que é o que faz o texto significar, o texto ou os textos particulares analisados desaparecem como referência específicas para dar lugar à compreensão de todo um processo discursivo do qual eles - e outros que nem mesmo conhecemos - são parte” (Orlandi, 1996a, p. 61).

A ideologia não caracteriza, para a análise de discurso, a ocultação de um conteúdo que deve ser descoberto. A ideologia é considerada um mecanismo de produção de sentidos. Esta dimensão teórica imprime uma diferenciação no trabalho do analista de discurso, que não pergunta “o que ele/ela quis dizer com isso”, pois esta pergunta remete ao conteúdo. O trabalho do analista é perguntar-se sobre o que aparece como evidente, óbvio, quais os sentidos que são admitidos como naturais, o que sustenta-se sobre já ditos, ou, segundo Potter e Wetherell (1994), como este enunciado trabalha ideologicamente, lembrando que “(...) o sentido sempre pode ser outro e o sujeito (com suas intenções e objetivos) não tem o controle daquilo que está dizendo” (Orlandi, 1996a, p. 60). Este trabalho de análise pressupõe um direcionamento diferente, na busca do sentido, do trabalho interpretativo da hermenêutica ou mesmo da psicologia e psicanálise

(nos casos em que o trabalho interpretativo ou analítico objetiva buscar o sentido “oculto” para o sujeito consciente, sentido este que será encontrado em sua história individual, em seu inconsciente, com a ajuda do terapeuta ou analista). Percebe-se que a análise de discurso, portanto, não é um método de interpretação que objetiva atribuir sentido ao texto. Explicando:

“O que ela faz é problematizar a relação com o texto, procurando apenas explicitar os processos de significação que nele estão configurados, os mecanismos de produção de sentido que estão funcionando. Compreender, na perspectiva discursiva, não é, pois, atribuir um sentido, mas conhecer os mecanismos pelos quais se põe em jogo um determinado processo de significação”. (Orlandi & Guimarães, 1988b, p. 117).

É, de certa forma, longe da história individual que o analista de discurso buscará o sentido, pois sua produção pouco diz respeito ao indivíduo de carne e osso, concreto. Diz muito mais respeito a um sujeito que assume diferentes posições ao identificar-se com formações discursivas, ou seja, ao ser marcado pela ideologia e sofrer, com isso, a injunção à uma determinada interpretação, a um determinado dar sentido. Na constituição do sentido, portanto, entra em cena muito mais do que a história individual, como lembra Orlandi (1996b): “(...) os interlocutores, a situação, o contexto histórico-social, ideológico, ou seja, as condições de produção (Pêcheux, 1969) constituem o sentido da seqüência verbal produzida. Não são meros complementos” (p. 18). A referência à sociedade e à história é, portanto, obrigatória. Estas considerações permitem que se caracterize, mais uma vez, a metodologia da análise de discurso:

“Esta metodologia se funda na consideração das condições de produção do dizer como constitutivas desse próprio dizer: assim, quem fala, para quem se fala, como se fala, em que situação, de que lugar da sociedade, etc., são considerados elementos fundamentais do processo de interlocução que estabelece a linguagem (Orlandi e Guimarães, 1989, p. 24).

Para compreender como a análise é realizada, é necessário explorar os conceitos que explicam a forma como se constrói o trabalho analítico. O trabalho de Indursky (1997), que por sua vez toma como referência os trabalhos de Jean Jacques Courtine, Jean Debois e Eni Orlandi, servirá como referência para as seguintes definições:

a) *corpus empírico*: é a totalidade dos diálogos que transcorrem entre médico, gestante, e eventualmente familiares, durante exames de ultra-sonografia obstétrica; é a partir do corpus empírico que as seqüências discursivas serão identificadas para integrar o corpus discursivo;

b) *campo discursivo de referência*: definição do tipo de discurso a ser abordado no trabalho; é definido a partir do universo discursivo, conceito que se refere ao conjunto potencial de discursos sobre o tema de estudo; nesta dissertação, trata-se do discurso sobre o feto, em ultra-sonografias obstétricas, a partir dos diálogos que ocorrem entre quatro médicos e suas respectivas pacientes e familiares; representa o espaço discursivo a partir do qual o corpus discursivo será construído;

c) *corpus discursivo*: objeto específico sobre o qual incide a análise; é construído a partir da delimitação das seqüências discursivas; as seqüências discursivas são organizadas no interior do corpus através dos recortes discursivos;

d) *seqüências discursivas*: são identificadas em função dos objetivos do analista e definidas como “seqüências orais ou escritas de dimensão superior à frase” (Courtine, conforme citado em Indursky, 1997);

e) *recorte discursivo*: é o elemento organizador das seqüências discursivas, unidade que se constitui de fragmentos correlacionados de linguagem-e-situação; cada recorte é composto, nesta dissertação, por seqüências discursivas que não se constituem, necessariamente, a partir de um locutor apenas. De fato, por tratar-se de diálogos, seguidamente a seqüência se constitui na interação entre dois ou mais locutores.

As seqüências discursivas estão numeradas e agrupadas tematicamente em recortes discursivos, conforme será mais detalhadamente explicado a seguir.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e concomitante análise e discussão é, a meu ver, a melhor maneira de se trabalhar em pesquisa qualitativa - especialmente em se tratando da análise de discurso. É uma forma de respeitar a própria natureza do trabalho de análise, que ocorre de forma dinâmica, num constante passear sobre os dados disponíveis, ora em círculos, ora em linha reta, ora retornando ao ponto de partida. Um trabalho que, acima de tudo, exige um certo tipo de tranqüilidade para lidar com um fato que é inerente a este tipo de análise: não se sabe, ao iniciá-la, que possibilidades surgirão e qual será o destino de cada escolha feita ao longo do processo.

A divisão que segue, composta de quatro itens principais, é arbitrária. Visa apenas facilitar a organização dos dados introduzindo um certo agrupamento temático. Esta não é a única forma de agrupamento possível - também é uma escolha. Espero que tenha alcançado um grau mínimo de clareza. O primeiro item apresenta a medicina fetal e os novos enunciados possíveis a partir de sua organização, iniciando o trabalho de reconhecimento da formação discursiva dominante neste corpus. O segundo item discute a posição-sujeito do conhecimento médico e seu ocupante preferencial - o médico, assinala o aparecimento de outros tipos de enunciados e a existência de uma outra formação discursiva, denominada de senso-comum; identifica, também, enunciados que remetem ao sujeito do desejo inconsciente, permitindo uma reflexão sobre o lugar do inconsciente tal como o propõe a psicanálise, no seio da teoria da análise de discurso, numa proposta de articulação entre inconsciente e ideologia. O terceiro item ressalta os efeitos de sentido percebidos ao longo do trabalho de análise e discute os possíveis efeitos no imaginário parental causados pelas informações introduzidas pelo médico; uma discussão sobre o silêncio da gestante, observável em todas as ultra-sonografias analisadas, e sobre o momento em que o médico silencia, conclui esta parte do trabalho.

Finalmente, o quarto item propõe uma retomada geral das idéias discutidas e faz o fechamento desta dissertação.

As seqüências discursivas (ver o capítulo anterior para definição) estão agrupadas para facilitar a organização da temática que está sendo abordada, formando desta forma um recorte discursivo; cada seqüência discursiva (SD) é representativa de uma situação médico x gestante. A ordem observada no agrupamento das seqüências que formam o recorte discursivo é sempre a mesma, conforme o esquema que segue:

Tabela 2. Agrupamento das seqüências discursivas conforme a situação médico x gestante

SD	SITUAÇÃO MÉDICO X GESTANTE
Primeira SD	situação médico (a) x gestante em clínica particular
Segunda SD	situação médico (b) x gestante em clínica particular
Terceira SD	situação médico (c) x gestante em serviço público de saúde
Quarta SD	situação médico (d) x gestante em serviço público de saúde

Em alguns momentos da análise, sentiu-se a necessidade de incluir informações extras (nível de escolaridade, por exemplo), que estão devidamente indicadas. Existem recortes em que apenas duas SDs são apresentadas, indicando a não-ocorrência do fato em exame no restante do corpus em análise. E, por fim, foram efetuados recortes compostos de uma SD apenas, com o objetivo de aprofundar a análise de aspectos já apresentados anteriormente ou quando não haviam ocorrências que justificassem a organização de um recorte conforme o exemplificado na Tabela 2.

### **3.1 - Medicina Fetal: novos enunciados possíveis**

O dado histórico de que a técnica da ultra-sonografia obstétrica foi introduzida no Rio Grande do Sul em 1978, e que de fato a Medicina conta com o desenvolvimento da

Medicina Fetal a partir de 1960 (Zugaib, 1997), levanta imediatamente uma questão: o que pode ser dito agora, que antes não podia?

A análise do recorte a seguir tem por objetivo responder a este questionamento.

- SD 1: d- E aqui nós vamos vendo o estômago e o fígado, e agora descendo a bexiga, o intestino aqui, ó. Os rinzinhos estão aqui. Aqui tem um, e outro aqui. Os dois rins, tá? A bexiga aqui, tudo bem. Rim direito, rim esquerdo. A bexiga tá bem cheinha.
- SD 2: d- Aqui assim tem as estruturas nobres do cérebro. Esta linhazinha aqui é a foixe que divide os dois hemisférios cerebrais. Esta parte mais pretinha aqui é o tálamo, o centro das emoções e essa parte mais pretinha aqui também, é o cavo do septo pelúcido.
- SD 3: d- 13,6 de fêmur também. Pronto, aqui tá a cabecinha do nenê, tá certo?  
g- Hum, hum.  
d- Aqui a coluna. O coração aí no meio, pulmão aí do lado.
- SD 4: d- Circunferência craniana 222 mm, 24 semanas e 2 dias. Fêmur 44 mm, 24 semanas e 5 dias. Circunferência abdominal 193 mm, 24 semanas e 1 dia.

Observa-se que existe uma cena, na qual ocorre a enunciação, formada pelo médico, a imagem do feto e a gestante. É isto o que a tecnologia introduz. Enquanto antes tínhamos o médico e a gestante, agora temos também a imagem, e a máquina capaz de produzir dados a partir dessa imagem, e um saber, da parte do médico, capaz de interpretá-la. A imagem permite que as regiões anatômicas do bebê sejam nomeadas e descritas a partir da interpretação que o médico faz. O feto pode ser medido, pesado, escrutinado, órgão por órgão. Estas nomeações e descrições eram antes impossíveis na cena médico x gestante x feto.

Por exemplo, podemos imaginar que SD 1 fosse possível antes da invenção e popularização da ultra-sonografia obstétrica? Certamente, numa aula de anatomia para estudantes de Medicina, ou seja, num lugar completamente diferente e muito distante da gestante, para o qual somente os iniciados nos estudos médicos têm acesso, e diante do corpo de um natimorto. Com exceção, provavelmente, da frase "a bexiga tá bem cheinha", observação que pressupõe funcionamento do órgão, vida, e com exceção também da utilização dos diminutivos, que produzem comumente o efeito de familiarização, proximidade, carinho. O que a tecnologia do ultra-som faz, portanto, é introduzir para o médico, para a ciência, a possibilidade de observação e estudo do feto durante a gestação:

(...) a ultra-sonografia - verdadeiro fator de desenvolvimento da especialidade dando acesso direto à morfologia do concepto e à anatomia patológica que revê, confirma, reafirma ou modifica diagnósticos e complementa em muitos casos o atendimento clínico dos casos letais” (Zugaib, 1997. p. 3)

Para a gestante, o que se introduz é completamente novo: a realidade do feto, antes, consistia de movimentos, sensações, dores, o toque sobre a barriga. Não havia a aproximação a órgãos, fluxo sanguíneo, peso, medidas, contornos. Não havia a imagem que, gravada em vídeo cassete ou impressa no papel, constrói um registro da vida desta criança antes impossível: um álbum de fotografias, ou seja, uma coleção de imagens que inicia antes mesmo do nascimento.

Seguiremos Guimarães (1989), quando ele diz que o aparecimento de enunciados tem características de certas condições sociais e históricas. O advento da medicina fetal e, especificamente, da ultra-sonografia obstétrica, constrói as condições históricas (as condições tecnológicas) para que ocorra uma modificação nas possibilidades de produção de discursos em relação ao feto. Fala-se sobre o feto desde tempos imemoriais, mesmo dentro da própria medicina. Quayle e Bunduki (1997) citam os antigos egípcios, um médico hindu do século VI a.C. e os gregos Empédocles, Hipócrates, Platão e Aristóteles como exemplos de discursos médicos sobre a vida fetal. Mas não se fala da mesma forma, principalmente nos últimos 20 anos. Teoricamente, portanto, é possível considerar que o que se fala sobre o feto em medicina é um campo de saber - uma formação discursiva - que sofreu transformações com o passar do tempo. É possível falar de uma expansão significativa e rápida de seus contornos com a introdução da imagem fetal e das demais técnicas de diagnóstico pré-natal. Consideraremos, portanto, a organização da medicina fetal enquanto um acontecimento enunciativo que possibilita enunciados como os exemplificados em SD 1, SD 2, SD 3 e SD 4. Novamente a partir de Guimarães (1989), compreende-se que no acontecimento enunciativo o novo encontra espaço diante do repetível. Citando-o:

"É na medida em que a enunciação se dá, o que nela há de novo pode levar, até mesmo, a uma transformação nas formações discursivas, o

que cria espaço para novos enunciados e novos signos" (Guimarães, 1989. p. 79).

As modificações sociais e históricas e a concomitante expansão dos contornos desta formação discursiva permitem à gestante e sua família participar de uma situação antes para ela inexistente. Até que ponto ela é capaz de atribuir significados, ou se ela compartilha dos significados atribuídos pelo médico será discutido posteriormente.

Não são portanto somente novas patologias que foram descobertas através do ultra-som e que modificam um vocabulário especificamente médico, introduzindo novas expressões. No dia-a-dia de uma gestação se fazem presentes, hoje, e para a própria gestante e seus familiares, este vocabulário e a possibilidade desta imagem, assim como de todo um conjunto de técnicas de diagnóstico pré-natal. Além disso, a relação antes praticamente exclusiva entre obstetra e gestante agora abre espaço para o especialista em medicina fetal ou em radiologia.

Conclusão: a formação discursiva que está sendo considerada neste momento da análise é o conjunto de saberes que permite que se fale sobre o feto, principalmente dentro de um contexto em que o enunciado médico-científico assume um lugar de destaque. Será chamada de formação discursiva 1 (FD 1): conhecimento médico. A medicina fetal, em seu desenvolvimento dentro de condições sociais e históricas muito visíveis, opera um alargamento das fronteiras desta formação discursiva, permitindo que novos enunciados sejam possíveis. Mais do que isso, provavelmente fazendo com que novos enunciados tenham que ser produzidos em torno da gestação. Se antes bastava para a gestante que o médico dissesse que estava tudo bem, que seu peso estava de acordo, ou que os movimentos do feto eram normais, bem como seu batimento cardíaco, hoje muito mais *deve* ser dito. O recorte apresentado a seguir pode elucidar esta questão:

- SD 5: g- Ha... eu gostaria que o senhor fosse falando assim as partes que o senhor vai... encontrando... pra nós...  
 d- Sim, mas primeiro eu tô fazendo essa parte técnica...  
 g- Ah, tá.  
 d- Primeiro eu preciso me certificar, em seguida eu comento. Se não a gente perde a concentração, a gente se engana, e aqui precisa muita concentração. Em seguida eu explico.
- SD 6: d- Subimos aqui, e aqui já é uns cabelinhos.  
 g- Já tem cabelo?  
 d- Sim. O cabelo é aqui, ó, se percebe aqui.
- SD 7: g- Dá pra ver o sexo dele?

d- Vamos ver se mostra. Essa é a primeira ecografia que tu tá fazendo dessa gravidez?  
g- É.

SD 8: d- Tá prontinho. Tá bem! Pode te arrumar.  
g- Tá perfeitinho?  
d- Tá, tudo bem Tem os bracinhos, tem as perninhas, o coração tá bem, a cabecinha tá bem.

Percebe-se que a própria situação criada pela ultra-sonografia obstétrica permite à gestante explorar um universo de possibilidades muito amplo em relação ao que ela pode ou não saber sobre o seu filho, e em relação ao que ela deseja saber. A seqüência SD 5 é bastante interessante. Retirada de um exame realizado para confirmar um quadro de malformação congênita, demonstra o desconforto do médico diante do desejo da gestante de saber tudo o que fosse possível saber. A necessidade de informação aparece também representada em SD 6, SD 7 e SD 8. A informação é solicitada, e quanto mais detalhada estiver, maior o alívio que produz<sup>21</sup>.

Não basta para o médico dizer em linhas gerais o que está ou não está bem. Diante da normalidade ou da patologia, portanto, o que a gestante espera é a informação. Mas a informação é requisitada não somente pela gestante. Não é ela, simplesmente, que lança ao médico este imperativo. A análise do próximo recorte é interessante para que nosso olhar possa se deslocar da cena concreta aparente (médico x gestante) para uma dimensão que permite a coexistência de um número bem maior de personagens. Esta seqüência representa a maior parte do exame de uma gestante. O trecho está transcrito tal qual foi enunciado pelo médico, sem cortes, a partir do momento em que sua fala inicia, até o momento em que termina o exame. Optei por uma transcrição única, na íntegra, para que o monólogo produzido pelo médico pudesse ser percebido em toda sua força. A descrição feita pelo médico ocupa a maior parte do tempo deste exame.

SD 9

d- Já sabe o que é?  
g- É uma menina.  
d- É uma mulher?  
g- Hum, hum.  
d- É isso mesmo. Esse aqui são os grandes lábios da vagina, aqui, ó, esta aqui é a vulva do bebê, a vagina, a parte externa, tá os grandes lábios. Aqui é a bundinha e aqui a gente vê bem a vagina do bebê, bem certinha. Os grandes lábios... A cabeça está aqui embaixo, as costas pro lado de cá e a bundinha tá aqui, ó. Aqui a bundinha. E a placenta já mostra sinais de que ela tá começando a ficar bem madurinha já. A partir de agora, né, o nenê já não é mais prematuro. 37 semanas ele já não é mais prematuro. O bebê já é bem madurinho. Aqui é a cabeça do nenê, ó, essa aqui é a base do cérebro com toda a divisão interna do cérebro certinha, o diâmetro da cabeça... (gestante tosses) e aqui a gente vai vendo a circunferência da

<sup>21</sup> Estas seqüências discursivas são novamente analisadas em outro momento desta dissertação, onde são exploradas de modo mais detalhado.

cabeça. Passamos aqui uma fita métrica em volta da cabeça... e agora nós vamos ver o peso. Aqui é a cabecinha, certinha. Além da cabeça do bebê, vamos tentar ver alguma coisa aqui da face. Dá pra ver que é normal a boquinha, não tem lábio leporino, aquele lábio cortado aqui não tem, tá normal... aqui a boquinha. O nariz nessa posição... a mão aqui na frente atrapalha um pouquinho. Aqui o nariz, a região dos olhos fica nesta posição. Como ele tá com a mão na frente do rosto atrapalha bastante e ele tá encostado no útero... aqui a placenta. O nenê tá encostado, tá com o rosto encostado, por isso dificulta a visão. O nenê tá com os olhos nesta posição, a testa aqui e a mão bem na frente do rosto, assim ó. Mas mesmo assim a gente consegue ver o lábio superior, a boquinha bem perfeita. Isso é importante, né, são detalhes importantes. E o interior do cérebro também tá bem, a gente não percebe nada de dilatações cerebrais, nada de errado. (gestante tosse) O interior do cérebro, **o cerebelo que é responsável pelo equilíbrio** (sil) é essa imagem... que está aqui... (sil) bem certinho. Certíssimo. Excelente a cabecinha. A coluna vertebral que sai aqui, ó, a gente vai acompanhar um pouquinho até a nádega que está aqui. Aqui é bem a bundinha, tá, essa imagem que eu tô passando é a pele das costas do bebê. (sil) (gestante tosse) Bem normal. O aspecto da coloninha do bebê tá ótimo. Cabeça e coluna normais... é... não tem cordão enrolado no pescoço até agora... tá bem... tá livre... (sil)... O tórax do bebê tá aqui, nós vamos passar tentando olhar um pouco mais da área do coração. Nessa fase o estudo do coração é bem difícil pelo tamanho do bebê, né. O coração tá aqui, ó. O coração... aspecto bom o coração... o aspecto do coração tá muito bom. Os ventrículos do coração, as divisões do coraçãozinho, **ventrículo direito, ventrículo esquerdo, o átrio direito e o átrio esquerdo** (gestante tosse). O aspecto do coração tá muito bom, o coraçãozinho. Este é o pulmão esquerdo, o pulmão direito... esta é uma fatia do tórax, né, parte superior, coração, pulmões... uma fatia do tórax. Nesta área do coração a gente vê bem a circulação do sangue dentro do coração. Direitinho. tá saindo o sangue de dentro do coração ... O aspecto do coração do nenê é maravilhoso. Os batimentos, vamos escutar (BATIMENTOS), 136, tá excelente, tá ótimo. Coração e pulmões OK. Vamos passar pra barriguinha, onde nós vamos medir também, bem na altura no estômago do bebê. O estômago tá aqui, o fígado tá aqui. Isso é uma fatia da barriga. Passando agora a fita métrica na cinturinha... Também nos dá aproximadamente 36, 37 semanas, fechando com as outras ecografias, elas realmente estão certas... (gestante tosse). O estômago aqui, importante o estômago bem posicionado, e a veia umbilical entra no fígado bem certinha. Descendo mais um pouquinho a gente vê as alças do intestino e a bexiga que tá aqui. As áreas renais aqui, um rinzinho, passando a coluna pro outro lado o outro rinzinho que tá aqui. A bexiga na parte mais inferior aqui, certo... O fêmur aqui, excelente, o tamanho tá dando até 38 semanas, tá excelente mesmo. É importante saber. O comprimento do fêmur nos dá praticamente 38 semanas. O total é 40, né. Isso nos dá umas 3 semanas no máximo, né, pra nascer o bebezinho. (sil) Os gráficos de crescimento, 37, 38 semanas, 3,260 g é o peso médio hoje, com **diâmetros normais da cabeça, fêmur, a circunferência da cabeça, a circunferência da barriga**, o tamanho da cabeça em relação ao tamanho da barriga, e o peso, ó, na média, até discretamente acima da média, o peso, ó. Uma baita duma moça. Nós vamos olhar também as pernas e braços, embora difícil no nenê agora porque ele tá muito grandinho, né. Mas vamos tentar. Aqui uma perna, o fêmur, e **aqui os ossos da perna, a tíbia e o perônio** e o pé, aqui. O dedão, os dedinhos, a solinha do pé, ó, bem aqui, ó. A outra perna aqui embaixo, o outro pé aqui... a perna... o pé passa por aqui, embaixo... agora já tem pouco espaço, já. Aqui a gente vê o bracinho, aqui o úmero, os ossos do antebraço e a mão. Nessa posição aqui tem uma mãozinha, os dedinhos da mão, a mão fechada... e o outro bracinho passa aqui embaixo. O outro braço tá aqui, ó... dá pra ver bem a parte de cima do ombro, e o braço passa por baixo. Aqui, ó, o braço e o antebraço, e a outra mãozinha tá aqui, ó. Vamos fazer um testezinho com o som, e nós vamos ver como é que o bebê responde ao som. Vamos dar uma buzínadinha aqui (BUZINA) Mexeu. (BUZINA) Mexeu. Este movimento do bebê com o som mostra que ele escuta e que os reflexos estão muito bem, né. A gente vê o movimento do olho também, né, o olho mexeu, e também se assustou, né, aumentando a frequência cardíaca. (BATIMENTOS) Excelente. Então assim, ó, o que eu posso dizer (gestante tosse) o líquido tá normal, placenta tá bem também, é uma criança que tá bem. Não tem nada que... possa preocupar. Tem 37, 38 semanas mesmo, né. Tudo bem, tá tudo em ordem. (gestante tosse) Em seguida nós vamos aprontar o relatório pra tu levares, mas eu posso te adiantar que tá tudo bem. Tá muito bom Fecha com as outras ecografias o exame de hoje. É muito importante isso. Tá bem? Tchau, boa sorte, tudo de bom.

É legítimo, portanto, diante desta transcrição, perguntar para quem o médico está falando. Quem, ou o que o questiona, a ponto de justificar este monólogo? Se situarmos

estes enunciados no tempo e no espaço, ou seja, se avaliarmos as condições nas quais são produzidos, a surpresa tende a aumentar, pois é para uma adolescente de 16 anos, que estudou até a 6ª série, que o médico aparentemente direciona sua fala, e por isso vale à pena reler os trechos em negrito. São duas as hipóteses que podem dar conta deste questionamento. A primeira delas é de que o médico fala para ele mesmo, a fim de não esquecer de analisar nenhum aspecto do bebê. Algo como uma fala interna externalizada. Um “pensar em voz alta”. Esta seria inclusive uma justificativa provável de se obter caso o médico fosse questionado sobre isso. Provável, porém a meu ver incompleta e encobridora, justamente por seu caráter de racionalização. O que dá lugar à segunda hipótese: o médico fala para a instância que o autoriza enquanto médico, que referenda seu saber, sustentando seu lugar e seu discurso, e que Clavreul (1978/1983) denomina de “ordem médica”. Este autor fala da medicina como sendo um discurso que, para fundar a relação médico-doente, faz um movimento de exclusão das posições subjetivas de ambos, diante das exigências deste saber. Médico e doente se esvanecem no anonimato, enquanto cada médico assume o lugar de representante do saber médico, cuja função é interpretá-lo e aplicá-lo.

Seguindo também o entendimento de Indursky (1989), observa-se que o monólogo produzido pelo médico e exemplificado na SD 9 demonstra um movimento de identificação do médico ao discurso médico. Este movimento não se dá pelo questionamento de uma gestante de 16 anos, mas pela posição que ambos ocupam diante da “instituição médica-doença” (também um termo introduzido por Clavreul, 1978/1983). Através desta fala, o médico vai ao encontro desta instituição e se refaz, continuamente, enquanto seu representante. Torna-se porta-voz deste saber que se pretende inquestionável e totalizador (ver os detalhes na descrição do feto). E este movimento também permite à gestante, à qualquer gestante, situar-se na posição igualmente inquestionável de quem aceita este saber. Caso questionada, provavelmente a gestante diria que é exatamente isto que deseja do médico: que ele explique, descreva. Os detalhes, quanto mais profusos, melhor atenuam as incertezas que rodeiam a gestação. Não é à toa que uma gestante, diante do silêncio de seu médico ecografista, exclamou: “Mas o senhor não vai falar nada? Fala o que o senhor vê, pelo amor de Deus!” Um saber que hoje se coloca como irrecusável, pois qual gestante, de sã consciência e tendo os recursos à disposição, se recusaria a fazer uma ultra-sonografia obstétrica?

Clavreul (1978/1983) explica:

“É a *promessa do sucesso*, que é promessa de um ‘*mais gozar*’, que constitui a justificativa da medicina, promessa que não diz respeito unicamente ao indivíduo, mas a toda a humanidade nas gerações futuras. Todo um futuro nos é prometido no qual o homem, entre suas permanências no hospital (inevitável, já que ele aí terá pelo menos seu nascimento e sua morte), será sistematicamente examinado, radiografado, verificado, provido de regimes e tratamentos preventivos que lhes assegurarão a *segurança*<sup>22</sup>, segurança individual e social. A felicidade é previsível nesse universo sem riscos” (p. 146).

É neste universo aparentemente previsível que se dá a relação médico ecografista x gestante. Relação que caracteriza o universo medicalizado e medicalizável da gestação, onde a promessa do sucesso da intervenção médica sobre a gestação e o parto se mescla ao desejo dos pais por este filho, e às fantasias em jogo relacionadas à própria existência desta criança. No cenário, a linguagem. O que é dito ou silenciado, nas diversas situações médicas que caracterizam uma gestação nos tempos de hoje, participa do processo de atribuição de significados à gravidez e ao bebê.

### **3.2 - O saber sobre o feto**

As considerações anteriores já permitem situar alguns aspectos sobre a formação discursiva em análise: ela é antiga, porém sofre uma ampliação significativa em seus contornos em função das novas tecnologias, e abriga em seu interior mais do que uma relação simples entre médico e gestante. A identificação do médico à ordem médica, ou seja, ao sujeito do conhecimento médico<sup>23</sup>, que o autoriza na prática da medicina a dizer algo sobre a gestação e sobre o feto, revestido de um caráter de inquestionabilidade, foi inicialmente discutida. Mas é necessário ir mais longe: este movimento de identificação do médico à ordem médica pode ser pensado enquanto uma posição-sujeito possível dentro da formação discursiva em questão, o que não significa que seja a única, e muito

---

<sup>22</sup> Grifo do autor.

<sup>23</sup> O termo “sujeito do conhecimento” é proposto por Indursky (1989).

menos que apenas o médico possa assumir este lugar. Também percebe-se, ao longo da análise, que o funcionamento discursivo não está determinado por uma única formação discursiva. Conhecimento médico, senso-comum e desejo inconsciente são os subtítulos em torno dos quais procuro, neste momento da análise, tecer considerações teóricas e caracterizar de forma um pouco mais detalhada os *diálogos sobre o bebê*.

### 3.2.1 - Conhecimento médico

Rer a SD 9 permite observar uma das formas através das quais o médico realiza o movimento de identificação com o sujeito do conhecimento médico. Em negrito, estão alguns dos termos técnicos utilizados pelo médico. A grande utilização destes termos, independente das condições de compreensão da gestante, colaboram para a definição dos papéis: a posição de quem detém o saber é inquestionável, inabalável, irrefutável. Quanto menor as condições de compreensão da gestante, maior a distância que a separa do médico. No corpus em análise, esta forma de identificação ao sujeito do conhecimento médico é encontrada, obviamente, em absolutamente todos os diálogos analisados. Esta posição é “naturalmente” ocupada pelo médico, representante oficial da ordem médica. Mas isto não significa que ele seja o único a identificar-se com o sujeito do conhecimento médico. Sigamos o próximo recorte, formado por duas SDs apenas porque não aparecem ocorrências deste tipo nas demais situações:

SD 10: g- Ainda tem lugar na placenta?  
 d- Sim, sim. Tem sim, bem direitinho... O bracinho aqui...  
 g- O cordãozinho tá no lugar certo?  
 d- Hum, hum. O cordão não tá no pescocinho.

SD 11: d- A segunda medida é a circunferência da cabeça. É como se passássemos uma fita métrica ao redor da cabecinha do bebê.  
 g- É em milímetros?  
 d- É sim.

O nível de escolaridade destas gestantes é 2º Grau completo ou Superior e estes dois exemplos foram encontrados em exames da clínica particular. Com estas observações em mente, podemos analisar os enunciados através dos quais a gestante produz um efeito de conhecimento sobre a gestação que é, basicamente, um

conhecimento técnico, um saber médico do qual ela se apropria, autorizando-se a falar a partir deste lugar. A distância entre o saber médico e a gestante diminui, justamente pelo movimento de identificação com o sujeito do conhecimento médico que esta tem condições de realizar, embora timidamente, essencialmente na forma de perguntas, raramente enquanto afirmação. No corpus em análise, este movimento de identificação com o sujeito do conhecimento médico não aparece nas gestantes de nível escolar inferior ao 2º Grau completo, e nem aparece em todas as gestantes de nível escolar igual ou superior ao 2º Grau. Observa-se, portanto, que se há possibilidade de identificação com o sujeito do conhecimento médico, esta possibilidade diz respeito a um nível social, e mesmo assim ela tende a ser transitória, passageira.

Se considerarmos que o enunciado proferido a partir desta posição-sujeito produz o efeito de irrefutabilidade característico do saber científico, percebemos imediatamente que é a palavra do médico a que passa a ter valor de verdade sobre a gestação. Palavra esta que chega até a gestante ao longo dos exames e consultas, carregando a verdade sobre seu corpo, sobre o corpo do feto, e sobre as vicissitudes do processo gestacional. Na era batizada por Foucault (1990)<sup>24</sup> de “era do bio-poder”, os corpos são administrados pelo conhecimento médico de forma a encobrir a potência da morte. Novamente é possível perguntar: quem recusaria este saber? Posso me apropriar de uma frase de Clavreul (1978/1983) e reescrevê-la aqui, a título de resposta: “Nenhuma razão é objetável à razão médica (...)” (p. 48). Principalmente quando alguma forma de imprevisto se apresenta. Nestes momentos, mais do que em qualquer outro, é o sujeito do conhecimento médico quem se apresenta com toda sua força, não apenas através da utilização dos termos técnicos. Observemos o recorte a seguir, que permitirá a análise de outras formas através das quais é possível perceber a identificação do médico ao sujeito do conhecimento médico.

- SD 12: g- Tem algum problema por ser uma menina?  
 d- Não, não tem nenhum problema. O que a gente (1) pode dizer pra vocês é assim, ó, é que é um nenê grandinho, tá, isso sim. Tá um pouco acima da média dos outros nenês. Agora, não posso dizer que tenha problemas, como se vê aqui. Não, só é um nenê mais graúdo.  
 (...)  
 g- Aquela vez que nós fizemos... houve a preocupação pra ver se tava, assim, proporcional, entre tronco e cabeça, assim...  
 d- Se a gente(2) fizer uma proporção hoje, a cabecinha tá proporcionalmente um pouco maior.

---

<sup>24</sup> Na edição utilizada, que é a 10ª edição, não consta a data da publicação do trabalho original do autor.

(...)

d- Normalmente os nenês nascem com 9,0 ou 9,5, ou 9,8 centímetros na cabeça. O teu tá agora com 10,0, 9,8 ou 10,0. Não vai perceber muito.

- SD 13: v<sup>25</sup>- Sábado ela se assustou um pouco.  
 g- É que tinha começado a sair um pouquinho...  
 d- Um sinalzinho?  
 g- É, um pouco parecido com a outra vez.  
 d- Tá.  
 g- Mas não era bem sangue, era uma sujeirinha.  
 d- Um sinalzinho...  
 g- É, uma sujeirinha.  
 d- Tipo pó de café?  
 g- Isso.  
 d- Certo.  
 g- Só que parou tudo agora.  
 d- Isso é bem comum no começo, tá? Eu vou falar com o teu médico e dizer que tá tudo certo, tá? Mas dá pra ficar tranquila que agora tem bebezinho bem certinho. Não é como da outra vez que só tinha o saquinho, né.
- SD 14: d- Olha aqui que imagem gozada. Tu sabe fazer ecografia?  
 g- Não.  
 d- Que que tem aqui?  
 g- É um nenê.  
 d- Uma cabeça. Que que tem aqui?  
 g- O corpinho.  
 d- Outra cabeça.
- SD 15: g- Tudo bem? Já tá acabado?  
 d- Tá dando uma diferença de uma semana da data da tua menstruação. Tá um pouquinho maior.  
 g- Muito grande?  
 d- Hum, hum.  
 g- Tudo certo?  
 d- Tudo certo, uma pequena diferença.

Através da análise da SD 12, pode-se observar os seguintes recursos utilizados pelo médico:

1) “a gente” (1): só existe um médico na sala, e o “a gente” claramente exclui a gestante e seu marido, justamente pela colocação do “vocês”, logo a seguir, ainda na mesma frase. Este “a gente” produz, portanto, um efeito de sentido pelo qual o médico desaparece enquanto indivíduo, e transfere a responsabilidade de seu enunciado à ordem médica, da qual ele seria apenas um mero representante (“a gente”, “nós médicos”, podemos dizer pra vocês....).

2) a negativa “Agora, não posso dizer que tenha problemas...”: por que não dizer “Agora, posso dizer que não há problemas”, ou algo do gênero? O deslocamento da negação minimiza o uso da primeira pessoa do singular, incidindo sobre o que pode ou não

---

<sup>25</sup> “v” está representando a mãe da gestante, presente ao longo do exame.

dizer o médico, ao invés de incidir sobre a existência ou não de algum problema. O que ele viu no exame não o autoriza a falar da existência de algum problema, mas também ele não se autoriza a dizer que não há problema algum. Se a ordem médica é inquestionável, seu representante não o é. Convém, portanto, manter uma margem de segurança: “algo pode existir que eu não tenha visto, ou que a medicina, até o momento, não tenha condições de prever”. Indiretamente, é a falibilidade do médico e da própria ordem médica que escapam, distraída e eventualmente, em meio a um controle total aparente. Desta falibilidade, nem médico nem gestante querem saber, pois em risco está a fantasia de controle absoluto sobre a gestação - o que, em última instância, diz respeito à vida e à morte.

3) “a gente” (2): novamente, não é a pessoa concreta do médico que se apresenta para proferir uma verdade sobre o feto. É o saber médico, possível a partir da interpretação da imagem fornecida pelo aparelho de ultra-som. No corpus em análise, a presença do “a gente” ou da terceira pessoa do plural (nós), é maior do que os enunciados produzidos na primeira pessoa do singular (eu).

4) “Normalmente os nenês nascem....”: o conhecimento médico impõe-se, explicitamente, com toda sua força. O modo enunciativo impessoal remete diretamente a uma citação de manual de medicina. O enunciado torna-se completamente inquestionável.

Na SD 13, percebe-se a referência ao conhecimento médico enquanto desde sempre aí, pronto, inquestionável, na formulação “isso é comum no começo”. Logo em seguida, é de médico para médico que se dará a comunicação, reforçando a idéia de uma equipe de médicos na qual cada um tem seu papel específico, determinado, equivalente à sua especialidade. Na junção destes saberes fragmentados é que se faz possível (como se assim realmente fosse) o conhecimento “total” (Clavreul, 1978/1983). E pode a gestante, a partir de seu lugar mais que fragilizado (observar o que vem a seguir, sobre a existência do bebezinho) questionar qualquer coisa?

Apesar da forma descontraída - pois o médico conduz um diálogo com a gestante no qual há espaço para brincadeiras - a SD 14 explicita a total dependência da gestante em relação ao médico. É impossível, para um leigo, interpretar as manchas claras e

escuras que aparecem no vídeo do aparelho de ultra-som. Automaticamente, portanto, a relação que se estabelece é de dependência ao saber personificado pelo médico.

Na SD 15, percebe-se que é o médico quem tem o conhecimento e o recurso necessário para sentenciar sobre os menores detalhes da gestação. A gestante é destituída do saber que poderia possuir sobre seu corpo nos mínimos detalhes. Ao lado do médico, a tecnologia, reforçando sua posição e distanciando ainda mais qualquer possibilidade da gestante de saber sobre si mesma, a menos que haja a corroboração por parte do médico, através de seu discurso.

Nada mais “natural”. O efeito da ideologia é justamente este: a sensação é que estamos questionando a ordem natural das coisas. O médico é quem deve saber, o saber da ciência é absoluto, o controle da natureza e a predição do futuro são possíveis, embora se admita, com um pouco de cautela, uma margem de erro que justifica eventuais falhas. Margem de erro que dificilmente serve para questionar a “naturalidade” deste saber. Mas o aparecimento de enunciados que remetem a um outro campo de saber, a uma outra formação discursiva, denuncia a impossibilidade de tomar o saber médico como absoluto, um saber cujas fronteiras estariam completamente protegidas, cujo campo estaria definitivamente assentado. Não há como responder o tempo todo deste lugar. No momento que se admite uma formação discursiva heterogênea, dominante porém não única, de contorno permeável a outras formações discursivas, se admite um funcionamento discursivo marcado pela tensão, por deslocamentos, pela incompletude e, acima de tudo, pela “ilusão de completude” que faz com que tenhamos a sensação de que não há nada mais “natural” do que o saber médico, e nada mais “natural” do que sujeitar-se a este saber.

### 3.2.2 – Senso-comum

Em meio às descrições científicas, precisas e detalhadas, que caracterizam os exames de ultra-sonografia obstétrica, há lugar para que enunciados de outro tipo se façam presentes. O próximo recorte servirá de base para a análise destes outros enunciados:

- SD 16: d- E a torcida, pra que que é, um menino ou uma menina?  
 g- Tanto faz.  
 d- Tanto faz.  
 p- Tanto faz, desde que venha com saúde.  
 g- Agora o que vier tá bom.  
 p- Vindo com saúde...  
 d- É o mais importante... Então vamos ver. Olha aqui está a cabecinha do nenê de vocês, a cabeça. Tô tomando uma série de medidas aqui, (...).
- SD 17: d- Tu tem mais que um ou este é o primeiro?  
 g- Sim, eu tenho um casal.  
 d- Um casalzinho? Então o que vier vem bem agora?  
 g- Isso.  
 d- Vem pra desempatar.  
 g- Isso.
- SD 18: g- Mas vindo com saúde, perfeito, tá ótimo.  
 d- Não dá pra trocar o sexo, né.  
 g- É.
- SD 19: g- Acho que é menino. Tem uma carinha... Eu tenho um menino e uma menina. Então, o que vier... tanto faz. Eu queria um casalzinho, né, só. Mas daí esse veio, né.

Na SD 16 observa-se um tipo de enunciado que aparece no momento em que é necessário dar conta das dificuldades pertinentes à descoberta do sexo do bebê. Como numa espécie de jogral, há um desdobramento de palavras que permite um movimento de identificação (pai, gestante e médico) a um tipo de saber diferente do saber proposto pelo conhecimento médico. Nas SDs 17, 18 e 19 o mesmo tipo de enunciado se repete. O que aparece é uma opinião, difundida e bem aceita em nossa época e em nossa cultura: desde que venha com saúde, tanto faz o sexo do bebê. Não é difícil evocar enunciados semelhantes, do tipo: “saúde é o que interessa”, “saúde não tem preço”, “geração saúde”. Mas saúde não é a única condição em questão. Observa-se pelas SDs 16, 17 e 19 que se já existe um casal de filhos, então o “tanto faz” tem mais validade ainda. Estes enunciados todos constróem, assim, um conjunto de opiniões geralmente bem aceito. Ninguém se arriscaria a propor: “não me interessa se for são ou doente, importa que seja menino, ou importa que seja menina”. Isto é chamado de senso-comum.

O Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1986) propõe:

“**Senso-comum.** *Filos.* Conjunto de opiniões tão geralmente aceitas em época determinada que as opiniões contrárias aparecem como aberrações individuais” (p. 1570).

Esta definição aponta para três aspectos importantes: “opiniões”, “época” e “aberrações individuais”. As opiniões apresentam-se como vozes anônimas que, em conjunto, emitem julgamentos a respeito de algo. Dividem-se em dois pólos: as geralmente aceitas, e as opiniões contrárias. As opiniões contrárias são caracterizadas por “aberrações individuais”, ou seja, negativas. A “época” determina um lugar histórico. Para Lagazzi (1988), o senso-comum, “regendo a vida cotidiana e as relações interpessoais, estabelece a tensão originária das opiniões e crenças, regras e padrões de comportamento (...)” (p. 90).

Estes elementos possibilitam pensar que, no corpus em análise, podem ser identificadas duas formações discursivas em funcionamento. Estes enunciados que referem um tipo de saber diferente do saber médico científico podem estar representando, no interior do discurso, uma outra formação discursiva, um saber empírico, construído a partir de um conjunto de opiniões e crenças que dizem respeito a regras e padrões de comportamento, e que vigoram em determinada época: o senso-comum.

Sabemos, com Pêcheux (1975/1988) que as formações discursivas são projeções do complexo das formações ideológicas. Constituem elas também, portanto, um complexo de formações discursivas, com uma formação dominante. A relação de dependência de uma formação discursiva em relação ao complexo das formações discursivas é dissimulada pela transparência de sentido que se constitui na formação discursiva. Pêcheux (1975/1988) chama “interdiscurso” a este “todo complexo com dominante” das formações discursivas. Courtine e Marandín (1981) propõem, inclusive, que o conceito de formação discursiva seja definido a partir de seu interdiscurso: o contorno de uma formação discursiva é fundamentalmente instável e “(...) se inscreve entre diversas formações discursivas como uma fronteira que se desloca em função dos embates da luta ideológica”<sup>26</sup> (p. 24). O interdiscurso consiste naquilo que regula o deslocamento das fronteiras da formação discursiva. Neste processo de reconfiguração incessante, uma formação discursiva é conduzida a incorporar os elementos pré-construídos. “Pré-construído” e “articulação” são os dois tipos de elementos do interdiscurso:

---

<sup>26</sup> Tradução minha.

“(...) o ‘pré-construído’ corresponde ao ‘sempre-já-aí’ da interpelação ideológica que fornece-impõe a ‘realidade’ e seu ‘sentido’ sob a forma da universalidade (o ‘mundo das coisas’), ao passo que a ‘articulação’ *constitui o sujeito em sua relação com o sentido*, de modo que ela representa, no interdiscurso, aquilo *que determina a dominação da forma-sujeito*”<sup>27</sup> (Pêcheux, 1975/1988. p. 164).

A definição proposta por Orlandi (1995) é, a meu ver, muito bem sucedida no intuito de esclarecer a noção de interdiscurso:

“As formações discursivas são diferentes regiões que recortam o interdiscurso (o dizível, a memória do dizer) e que refletem as diferenças ideológicas, o modo como as posições dos sujeitos, seus lugares sociais aí representados, constituem sentidos diferentes. O dizível (o interdiscurso) se parte em diferentes regiões (as diferentes formações discursivas) desigualmente acessíveis aos diferentes locutores” (p. 20).

A partir destes conceitos é possível estabelecer uma relação entre as duas formações discursivas encontradas neste corpus:

Tabela 3. Caracterização das formações discursivas

FORMAÇÃO DISCURSIVA	CARACTERÍSTICAS DOS ENUNCIADOS
FD 1 (dominante): domínio de saber proposto pelo conhecimento médico-científico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• referência à universalidade do conhecimento, proposto enquanto verdade irrefutável fruto do desenvolvimento técnico-científico; caráter de verdade absoluta e oficial;</li> <li>• possibilidade de identificação ao saber médico científico, de um lado, e impossibilidade de acesso a este saber, do outro; o acesso a este saber marca diferenças sociais e econômicas.</li> </ul>
FD 2: domínio de saber proposto pelo senso-comum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• referência à uma sabedoria popular, adquirida pela experiência e convivência com o grupo</li> </ul>

<sup>27</sup> Grifos do autor.

---

social; caráter empírico, refutável;

- divisão entre a opinião aceita pela maioria e a “aberração individual”.
- 

As SDs 12, 13, 14 e 15 permitem observar o efeito do interdiscurso no interior do saber próprio de uma formação discursiva (FD 1). Em outras palavras: no interior de formulações dominadas pela FD 1 se encontra o atravessamento da FD 2. É desta maneira que o interdiscurso determina a reconfiguração da formação discursiva onde se constroem os enunciados (Courtine & Marandin, 1981). Em alguns momentos, portanto, algo excede as possibilidades do que pode ou deve ser dito dentro de uma formação discursiva, abrindo espaço para reformulações e incorporação de pré-construídos. No corpus em análise, os momentos que possibilitaram o aparecimento de enunciados da FD 2 dizem respeito ao sexo do bebê. Produzem, todos, a idéia de aceitação diante da informação dada pelo médico, corroborando algo que é tido como natural: os filhos devem ser aceitos, mesmo se não correspondem ao esperado. Nas SDs 16 e 17, a introdução do termo “agora” relativiza esta aceitação.

Neste sentido, é interessante observar a SD que segue:

- SD 20: d- Serve um menino ou queremos devolução?  
 g- Serve.  
 d- Ó, tá vendo lá de novo, ali em cima.  
 g- Hum, hum, de novo.  
 p- **A princípio o que viesse para nós tava bom**, mas tinha uma pequena preferência.  
 g- Pela mãe, não.  
 p- Pela mãe não... mas eu...  
 g- Não, é que desde que engravidei já sabia.

Observa-se, na formulação colocada em negrito, novamente uma forma de lidar com a idéia proposta pelo senso-comum, porém de modo que a identificação a este saber não seja completa. Admite-se que esta é a opinião (“/o que viesse para nós tava bom/”), diminui-se seu peso (“/a princípio/”), e logo em seguida se introduz a possibilidade de uma outra posição-sujeito que contraria a opinião geral (“/mas tinha uma pequena preferência, né/”). Mesmo assim a preferência tem que ser pequena, para não contrariar

em demasia a opinião corrente. O saber médico-científico nada tem a dizer sobre a aceitação ou não dos filhos. Outros discursos devem entrar em cena. No corpus em análise está bastante presente o discurso do senso-comum. Porém observe-se a SD que segue:

- SD 21: g- Eu queria uma menina, né. Mas o importante é que esteja tudo certo.  
 d- Té certo. E a tua intuição no começo da gestação, que que tu achava que ia ser?  
 g- Eu achava... não sei se... achava que era guri, mas... Deus fez com que fosse menina.

Pode-se pensar o enunciado “/Deus fez com que fosse menina/” como indicativo de um discurso religioso. Porém o corpus a partir do qual estas análises estão sendo feitas não oferece outros exemplos deste tipo de enunciado. Nem são encontrados outros enunciados referentes a outros campos discursivos.

Estes diferentes modos de identificação à FD 2, ou mesmo os momentos em que se percebe a entrada de outras formações discursivas nos domínios da FD 1, dizem respeito ao modo de funcionamento da relação sujeito x formação discursiva. Segundo Orlandi (1995), “o sujeito não adere às formações discursivas automaticamente e elas, por sua vez, não se apresentam como espaços maciços de sentido” (p. 89). Há espaço, no interior da relação que se estabelece entre o sujeito e as formações discursivas (relação de interpelação/identificação) para sua história particular. Isto permite que o sujeito constitua uma relação própria diante das articulações entre as diferentes formações discursivas e seus deslocamentos (Lagazzi, 1988; Orlandi, 1995). O que a análise de discurso está chamando de “história particular do sujeito” pode ser abordado de outra forma se recorrermos à teoria psicanalítica. As considerações que seguem procuram explorar este espaço que se cria, dentro da noção de sujeito em análise de discurso, para um conceito de história particular que procura dar conta do fato de que diferentes relações entre sujeito e formações discursivas são possíveis.

### 3.2.3 - Desejo inconsciente

Talvez as hipóteses que surgem neste momento da análise do corpus devessem estar em um capítulo à parte para evitar, antes de mais nada, comparações equívocas com

as idéias discutidas nos sub-itens 3.2.1 e 3.2.2 deste capítulo. Porém resolvi respeitar a análise tal como ela se deu, ou seja, no momento da construção dos recortes com a finalidade de estudar as possíveis posições-sujeito e as possíveis formações discursivas que caracterizam o corpus em análise. Foi no meio deste trabalho que os enunciados que transcrevo no próximo recorte chamaram a minha atenção:

- SD 22: g- Às vezes me dá uma dor assim que parece que tá abrindo alguma coisa. É mais de noite que me dá.  
 d- Tu sente dor assim?  
 g- É, uma dor assim esticada.... não sei se é o colo que tá abrindo.  
 d- Me descreve bem como é esta dor, como é que ela começa...  
 g- Ah, ela começa sempre... dá um puxão, uma coisa assim que parece que vem mesmo, parece que abre e desce alguma coisa, questão de segundos.  
 d- Parece que tá abrindo.  
 g- É, às vezes parece que desce alguma coisa, um xixi, alguma coisa...  
 d- Não desce?  
 g- Não desce nada, né. Só me dá uma dor bem forte na hora.  
 d- Olha, não tem dilatação.  
 g- Não?  
 d- Não, nem um pouquinho. Aqui é a cabecinha do nenê, encostada no útero. Vou tirar esta coisa incômoda e eu já te explico. Isso, pode baixar as pernas. Teu outro parto foi normal ou cesariana?  
 g- Parto normal.  
 d- E as dores que sente é igual àquele?  
 g- Hum... essa dor que dá assim, me parece que doeu antes do trabalho de parto, no dia que eu ganhei eu tive uma contração e tive certeza que ia vir.

Este diálogo transcorre ao longo do exame ultra-sonográfico de uma gravidez absolutamente normal, apesar dos temores manifestos. Diante da surpresa da gestante, o médico reitera: “/não tem dilatação/ nem um pouquinho/”. Por que alguma coisa “/parece que abre/” e por que “/desce alguma coisa, um xixi, alguma coisa/” que é posteriormente relacionado ao parto anterior, especificamente ao momento em que o bebê decide “vir” (mantendo a escolha verbal realizada pela gestante), são perguntas que não nos cabe tentar responder. Elas poderiam ser respondidas, provavelmente, no contexto de uma pesquisa psicanalítica. O que cabe aqui analisar é o que permite que se constituam estes enunciados, ou seja, de que forma podemos pensar o sujeito e o sentido a partir destes enunciados.

Trabalharei uma hipótese: a de que nas análises anteriores, sujeito e sentido estavam claramente relacionados com a identificação ao sujeito do conhecimento médico e ao sujeito do senso-comum. Ambos são entendidos teoricamente como sujeitos da ideologia tal como propõe a análise de discurso. Neste ponto de vista teórico, conforme

já discutido anteriormente, sujeito e sentido se constituem na formação discursiva. Esta, por sua vez, representa, no interior do discurso, as formações ideológicas. A hipótese é de que neste momento estamos diante da manifestação, na materialidade do discurso, do inconsciente enquanto estrutura. Talvez não seja mais possível falar de posição-sujeito, pois este conceito tem seu lugar específico na relação com os conceitos de formação discursiva, forma-sujeito e formações ideológicas.

Para discutir esta hipótese, algumas considerações teóricas serão necessárias. Seguirei a proposta de Leite (1994) que, em seu estudo sobre psicanálise e análise de discurso, diferencia três planos de referência à questão da subjetividade. O primeiro plano caracteriza o sujeito da ideologia, mobilizando a noção de efeito-sujeito e de configuração imaginária de uma unidade egóica. O sujeito aparece, em sua incompletude, na identificação com uma formação discursiva, na busca incessante de uma unidade que é, sempre, ilusória. O segundo plano da subjetividade é, para a autora, o sujeito do desejo inconsciente, sujeito-efeito da linguagem, marcado irremediavelmente pela falta que habita qualquer falante. “É importante salientarmos que este nível de estruturação convoca uma noção de sentido que remete à incidência do real do não-senso no campo do sentido (configurando os lapsos, atos falhos, chistes, equívocos, etc...)” (p. 27). O terceiro plano é o do sujeito foracluído, correlato do real. Se refere ao lugar da impossibilidade: “Uma vez foracluído, originariamente em função da imposição da linguagem, esta dimensão real não cessará de não se escrever (...)” (p.28).

Tomarei o primeiro e segundo planos como referência. A hipótese é de que a SD 22 não pode ser compreendida a partir do primeiro plano da subjetividade, conforme os demais. Assim como os lapsos, atos falhos, chistes e equívocos, estes enunciados remetem ao *sujeito do desejo inconsciente*<sup>28</sup>. A insistência da gestante se manifesta com e apesar da lógica proposta pelo médico: o sujeito do conhecimento médico, representante da razão e lógica científicas, não impede que este bebê continue caindo. Não é a informação da ausência de dilatação que vai impedir esta queda. O discurso médico é impotente diante o desejo inconsciente. Concretamente, isto torna o médico impotente diante da demanda da gestante quando esta excede o que pode lhe oferecer o saber médico. Se esta demanda puder ser ouvida em outro lugar, poderá ser re-significada. Se

---

<sup>28</sup> Mantenho o termo proposto por Leite (1994).

não, provavelmente o bebê continuará na iminência de cair a qualquer momento, isto se não acabar caindo mesmo.

Conceder a este plano da subjetividade um lugar em meio (?) ao lugar teórico concedido pela análise de discurso ao sujeito determinado pela ideologia, no seio de uma formação discursiva, significa pensar um novo estatuto para a articulação possível entre psicanálise e análise de discurso? Significa pensar uma referência possível entre ideologia e inconsciente, sendo o inconsciente tomado não enquanto termo descritivo, mas em seu sentido estrutural?

Não é, possivelmente, um novo estatuto para a articulação entre psicanálise e análise de discurso. Seria muita pretensão para o presente trabalho. Trata-se apenas da análise de uma seqüência que aparece no corpus empírico realizada a partir do que nos autoriza Pêcheux quando propõe que a psicanálise atravessa o quadro epistemológico da análise de discurso, fornecendo o suporte de uma teoria não-subjetiva da subjetividade (Pêcheux & Fuchs, 1975/1993). Portanto significa, sim, pensar uma referência possível entre ideologia e inconsciente. Isto não deixa de ser uma tentativa de reflexão sobre os efeitos da consideração da hipótese do inconsciente, que não tem porque ser escamoteada a um nível puramente teórico, na iminência recorrente de negar seus efeitos na materialidade do discurso. Se não, o que significaria trabalhar com a hipótese de que há inconsciente?

Em nenhum momento penso que o inconsciente (estrutural) existe única e exclusivamente quando se torna visível, conforme exemplifica a SD 22, tomada como base para esta análise. O que acontece é que nesta seqüência observa-se claramente, a nível discursivo, os efeitos de sentido produzidos por algo que não pode ser compreendido como ideológico. Segundo Leite (1994), isto poderia ser denominado “pré-ideológico”. Seria este um problema teórico, uma vez que a análise de discurso considera que as formações discursivas representam, no interior do discurso, as formações ideológicas? Estaríamos supondo que existe um lugar, em meio às formações discursivas, determinado por outra exterioridade que não a ideológica, e que esta exterioridade seria o inconsciente?

Leite (1994) sugere uma articulação entre sujeito do inconsciente e sujeito da ideologia, sendo o segundo a resposta, sob a forma de “ilusão de unidade projetada na

imagem do outro” (p. 27), à falta constitutiva do primeiro. Sugere, em outras palavras, que o sujeito do desejo inconsciente se constitui num momento lógico anterior à interpelação do indivíduo em sujeito, realizada pela ideologia, conforme a proposta althusseriana. Braunstein (1980/1986) também trabalha com esta idéia:

“Vale dizer que a ideologia, como processo que existe materialmente em práticas discursivas, em e para os sujeitos, não faz a estes sujeitos mas recebe uma matéria prima prefigurada por um processo generativo que ocorre fora dela, antes dela (em uma temporalidade lógica e não cronológica) e independentemente dela que é o que a teoria psicanalítica designa como repressão originária (*Unverdrangung*)<sup>29</sup> (p. 125)”.

Isto significa que compreender a determinação das subjetividades exclusivamente nos termos althusserianos segundo os quais a ideologia interpela os indivíduos em sujeito coloca, para o analista de discurso, o risco de acabar por excluir teoricamente o atravessamento da psicanálise no quadro epistemológico da análise de discurso. Ou de considerá-lo muito superficialmente. Em resposta a este problema teórico, Braunstein (1980/1986) sugere uma reformulação à tese de Althusser, dizendo que a ideologia interpela/constitui os *sujeitos do desejo inconsciente* em sujeitos ideológicos.

Dito de outro modo: para a análise de discurso, as formações discursivas representam, no interior do discurso, as formações ideológicas. As formações discursivas são, por sua vez, o lugar da constituição do sentido e da identificação do sujeito (Pêcheux e Fuchs, 1975/1993; Orlandi e Guimarães, 1989; Orlandi, 1996b), e este funcionamento é que explica a forma como se constroem as subjetividades no interior de uma formação social particular. Leite (1994) problematiza este raciocínio, dizendo que desta maneira não se leva em conta a dimensão do desejo. A eficácia da ideologia ficaria limitada à consideração dos mecanismos de identificação imaginária e simbólica. Reintroduzir a dimensão do inconsciente enquanto estrutura na materialidade do discurso significa propor que é no discurso que uma ligação estreita entre inconsciente e ideologia é possível. Faço, assim, eco a este questionamento: “Ficaria aqui evidenciado que é o discurso que tece a ligação material entre o inconsciente e a ideologia?” (Leite, 1994. p. 112).

---

<sup>29</sup> Tradução minha.

### 3.3 - O falar sobre o feto

Ao discutir o saber sobre o feto, dois domínios puderam ser identificados: o saber médico, que constitui no corpus em análise a formação discursiva dominante, e o saber do senso-comum, formação discursiva que participa, em alguns momentos, da determinação dos sentidos. Além disso, foi proposto que alguns enunciados remetem, na materialidade do discurso, ao sujeito do desejo inconsciente. Não foram considerados indicadores de uma formação discursiva pois esta representa, no interior do discurso, as formações ideológicas. A hipótese discutida é de que estes enunciados remetem ao inconsciente, que constitui o sujeito em um momento lógico anterior à interpelação do indivíduo em sujeito realizada pela ideologia.

Creio que as conclusões alcançadas até o momento explicam o funcionamento geral do discurso no corpus em análise. Mas há uma riqueza muito grande para dar por encerrado o trabalho de análise. É possível, ainda, pensar em alguns efeitos de sentido que marcam o discurso sobre o feto.

#### 3.3.1 - Efeitos de sentido

O próximo recorte servirá como referência para o início desta fase da análise.

- SD 23: d- Queixo, lábio superior tá íntegro, não tem assim aquelas fendas labiais, assim. Isso é importante que esteja como está. Aqui assim está o coração do nenê. Esta aqui é a artéria pulmonar e pra cá a aorta. Bem direitinho, assim, isso é importante.  
p- Tu pode ver que tá normal?  
d- Tá, sim. Aqui o átrio esquerdo, aqui o direito...
- SD 24: d- O peso aproximado hoje é de 250 g, normal, o crescimento da cabeça normal, circunferência do abdozinhos normal, o tamanho da cabeça em relação à barriga também normal, o peso dentro da média também normal. O crescimento normal, os gráficos de crescimento... o tamanho das pernas, deixa ver, do joelho pra baixo a gente vê o perônio e os pezinhos aqui, e a outra perna aqui. As estruturas todas normais, certinho. A bexiga também.
- SD 25: g- Tá perfeitinho?  
d- Tá, tá tudo bem. Tem os bracinhos, tem as perninhas, o coração tá bem, a cabecinha tá bem.

SD 26: d- Tá com 1,940 g.  
 g- O nenê?  
 d- É. Bom, né? Falta quase dois meses.

Na fala do médico, a descrição do feto. Exame após exame, repetidamente, o médico vai traçando com suas palavras o contorno das imagens que aparecem no vídeo da máquina de ultra-som. As palavras do médico constroem uma imagem categorizada: normalidade ou anormalidade são os conceitos que, explícitos ou não, dominam o diálogo e o silêncio entre médico e gestante. Quayle (1997) aponta para a diferença existente entre o ponto de vista do médico e o ponto de vista dos pais em torno desta questão da normalidade:

“Já se apontou que existe uma diferença crucial entre o ponto de vista da mulher/ casal e do profissional: o último realiza o DPN<sup>30</sup> buscando fazer o diagnóstico, o que inclui buscar e detectar anormalidades, enquanto os primeiros visam assegurar-se de que tudo está bem com seu bebê” (p. 46).

A SD 23 explicita claramente esta questão. A pergunta do pai, na seqüência “/Tu pode ver que tá tudo normal?/”, faz o duplo movimento de afirmar que está tudo normal e, ao mesmo tempo, solicitar ao médico que confirme este fato. O pai quer assegurar-se de que está tudo bem. Ele diz que está tudo normal, mas a palavra do médico, a voz da ciência, deve confirmá-lo. O que o médico confirma? Confirma que está realmente tudo normal, ou que ele pode ver?

Estamos, provavelmente, falando de um outro lugar possível para um sujeito diante do sujeito do conhecimento médico. Se antes foi possível observar que tanto o médico como a gestante, ou qualquer outro familiar, poderiam fazer o movimento de identificação ao sujeito do conhecimento médico (observável, vale lembrar, através da apropriação do vocabulário médico por parte dos leigos), agora pode-se pensar em um outro lugar possível: um sujeito, atravessado pela demanda de ver confirmada a fantasia que construiu em torno de seu filho. (Um sujeito que se coloca aos pés da ciência? Um assujeitamento à ciência?) O que interessa é que a ciência *possa ver*, e em podendo ver, torne real o filho imaginário. Não é esta, justamente, a possibilidade que encanta o

---

<sup>30</sup> Diagnóstico Pré-Natal.

homem moderno? A manipulação genética de embriões, por exemplo, está se tornando, hoje, realidade. A revista *Super Interessante* (1998) anuncia técnicas de seleção artificial e alteração genética capazes de separar os espermatozoides com o cromossomo X dos que carregam o Y, permitindo a escolha de meninas numa experiência de fecundação artificial que alcançou 92,9% de sucesso. Dentro de poucos meses esta técnica poderá ser utilizada por pais de qualquer lugar do mundo. Na entrevista com o geneticista Oswaldo Frota Pessoa, da Universidade de São Paulo, lê-se: “Não vejo nada de errado na idéia de produzir indivíduos mais bonitos e mais saudáveis. (...) Todo mundo quer ter filhos maravilhosos e esse será o futuro” (p. 80). A ciência e a tecnologia acenam, contínua e sedutoramente, com a possibilidade que terão os pais de escolher as características físicas que querem para seus filhos.

Enquanto esta possibilidade está ainda em fase experimental, a capacidade de ver o feto em gestação e “pré-ver”, minuciosamente, características do desenvolvimento gestacional e fetal constituem o poder científico colocado à disposição dos pais pela atuação do médico. No recorte anterior percebe-se que este poder gira em torno da questão da normalidade. Na SD 23, por exemplo, a palavra “normal” aparece sete vezes. Ao longo do exame ultra-sonográfico de onde foi retirada esta seqüência, pode-se contar as seguintes incidências: “normal”-14; “muito bom/boa/bem”-6; “bom/boa/bem”-7; “excelente”-4; “bem normal”-2; “certinho”-2; “bem direitinho”-2; e ainda, uma incidência de “bem certinho”, “perfeito”, “super bem” e “jóia”. São 39 incidências, no total, que reiteram positivamente o estado do feto. Mal sabe ele que ainda não são suficientes, e que toda a sua vida circulará em torno deste conceito. Mas, digressões à parte, no mesmo exame pode-se fazer ainda um outro recorte que explicita o “aceno sedutor” da ciência:

SD 27:     d- Vamos tentar ver o máximo de coisas que a gente puder, né?  
               g- Hum, hum.  
               d- Prá ver se tá tudo certinho.

Existe uma diferença grande entre as ecografias realizadas no serviço particular e as realizadas no serviço público, gratuito, do S.U.S. Existe o pedido de confirmação da normalidade (observar as SDs 25 e 26), porém bem menos freqüente. E por parte dos médicos observa-se uma postura muito diferente. No geral, os exames são de duração

menor (uma média de aproximadamente 10 minutos, enquanto os exames particulares duram em média 19 minutos), as descrições do feto são rápidas e generalizadas e a incidência de reiterações positivas a respeito do feto é muito, muito menor: no corpus em questão, considerando-se todos os exames ultra-sonográficos realizados no S.U.S, aparecem 11 incidências do tipo “tudo bem”, “tudo certo” ou “normal”. A gestante participa menos do exame. A própria distribuição espacial impede que ela enxergue com facilidade o vídeo do aparelho de ultra-som. Na maioria das vezes, a gestante consegue ver a imagem do vídeo apenas no final do exame, quando o médico propositadamente vira a tela em sua direção. É quase desnecessário dizer que não existe o sistema de gravação em fita de vídeo cassete, opcional aos pais que fazem exames em serviços particulares. O número de exames feitos por cada gestante ao longo da gravidez também é menor. Nos dados analisados são vários os casos de gestações adiantadas (5, 6, 7 meses) realizando a primeira ultra-sonografia<sup>31</sup>.

Portanto, podemos concluir que o controle exercido tanto pela medicina quanto pela gestante sobre o processo gestacional é menor. A consequência negativa é facilmente identificável no que diz respeito à prevenção e intervenções precoces. Não se questiona aqui, em nenhum momento, a qualidade superior dos exames realizados em serviços particulares. Por outro lado, estas considerações todas levam a pensar que a ciência e a tecnologia acabam exercendo um poder menor sobre a camada da população que não pode comprá-las. Eu havia já apontado para o fato de que não há, no corpus estudado, seqüências que apontem para uma identificação com o sujeito do conhecimento médico nas pessoas de nível escolar mais baixo. Mas é possível verificar, ainda, uma diferença em relação ao médico. No sistema público, o médico utiliza-se menos dos recursos que o identificam ao sujeito do conhecimento médico e acabam distanciando-o da gestante. Embora os exames sejam de menor duração, observa-se várias situações onde há espaço para um diálogo informal, lúdico inclusive. Na clínica particular prevalecem a descrição anatômica, o detalhamento, e os recursos que tornam mais interessantes para a gestante comprar este serviço (ouve-se o batimento cardíaco, grava-se o exame, os detalhes são vistos e revistos).

---

<sup>31</sup> Estou me referindo ao Centro à Vida (S.U.S), em Caxias do Sul, local onde foram gravados os exames.

Com menos recursos à disposição, e conseqüentemente mais vulneráveis aos desmandos da saúde e da doença, a população de baixíssima renda segue, no entanto, menos suscetível ao poder de controle exercido sobre a gestação. Talvez esta camada da população esteja ainda um pouco mais livre do peso da normalização e da padronização da subjetividade. Talvez prevaleça um saber empírico, aquele saber transmitido através das gerações, em comparação a um saber transmitido pela ciência e pela mídia, que diariamente digere o saber científico para seu grande público. Porém estas são hipóteses que exigiriam, para serem confirmadas, um trabalho específico, provavelmente de grande fôlego, que analisasse mais profundamente o discurso produzido sobre a gestação por pessoas de baixa renda e baixo nível de escolaridade, em diversas situações, comparando com o discurso produzido por pessoas dos demais níveis sociais. Mesmo assim é possível recortar um exemplo que justifica estas considerações.

- SD 28: (2º Grau Completo) d- Estás com 33 anos, 11 de novembro foi tua última menstruação...  
m- Isso.  
d- Datas e medidas deu tudo certinho...  
m- Deu, exatamente.
- SD 29: (7ª Série) d- Há um erro de datas, pelo que a gente vê. Há um erro nas tuas contas, tá? É uma coisa comum acontecer estes errinhos, tá? Uma coisa importante é que a ecografia agora ela vai te orientar, tu vai precisar outros controles, né, mais adiante. Então hoje o que tem pra ver realmente é pouquinho, porque o nenê tá bem pequeno.
- SD 30: (2ª Série) d- Tu lembra quando foi tua última menstruação?  
g- Eu só... é dezembro.  
d- É dezembro... que dia de dezembro?  
g- Agora eu não sei.
- SD 31: (4ª Série) d- Quando foi tua última menstruação?  
g- Junho, deve ter sido junho.  
d- E o dia, tu não te lembra?  
g- 25 de junho, 25 de maio, uma coisa assim.  
d- Hum, e um mês faz diferença?

A SD 28 é um exemplo do tipo de seqüência encontrada nos exames das gestantes de posição econômica média ou alta e nível de escolaridade igual ou superior ao 2º Grau. Observa-se o conhecimento preciso das datas e medidas por parte da gestante. A participação dela no controle do processo gestacional é grande. Um estudo de Katz (1993), já citado anteriormente<sup>32</sup>, relata justamente a demanda por um bebê e parto

<sup>32</sup> Estudo citado no ítem “Gravidez” desta dissertação.

perfeitos em mulheres de classe média, acompanhados pela difusão da idéia de que os médicos podem, hoje em dia, controlar o processo gestacional e predizer os resultados da gravidez. Porém nas SDs 29, 30 e 31 observa-se um posicionamento diferente em relação à gestação: a incerteza quanto à data, mesmo que aproximada, de seu início. A dúvida pode chegar a uma questão de meses. Mas o médico logo se encarrega de estabelecer a forma de controle: “/Uma coisa importante é que a ecografia agora ela vai te orientar, tu vai precisar outros controles, né, mais adiante/” (SD 29).

Mas o que acontece quando o que a ciência pode ver não é aquilo que os pais querem que ela veja? Ou quando a ciência pode ver algo que, de certo modo, destoa com a imagem que os pais construíram a respeito do filho? No capítulo que trata especificamente da gravidez, nesta dissertação, encontra-se a idéia de que os exames pré-natais realizam “abortos” do fantasma, ou sejam, inibem a evolução e maturação da fantasmática que o processo gestacional exige (Soulé, 1987), afetam a percepção dos pais em relação ao bebê (Klaus e Kennel, 1993) e suprimem os jogos imaginários que toda a família constrói (Szejer e Stewart, 1997). Retomo estas idéias para analisar o próximo recorte:

- SD 32: d- Então, proporcionalmente a cabeça é um pouquinho maior. Talvez tu nem perceba isso muito no nascimento, mas as medidas estão um pouquinho maiores. (...) E outras coisas, em termos de estrutura da cabeça, não tem nada que a gente pode dizer que não esteja bem. Só tá maior. Tá mais crescidinho, tu entende? Não posso dizer que tem uma dilatação no ventrículo, uma coisa assim. Ou por exemplo, uma das coisas mais graves, que tenha líquido dentro da cabeça em excesso.  
g- Hum, hum.  
d- Não é o caso de vocês. Não tem isso aí. Tá dentro do normal.  
g- Mas assim, a gente não vai estranhar, né?  
d- Eu acredito que não. Que assim, tu olhando, tu até pode achar um pouquinho maior, mas não é assim uma coisa... grosseira, assim, sabe.  
g- Sim.
- SD 33: d- Subimos aqui, e aqui já é uns cabelinhos.  
g- Já tem cabelo?  
d- Sim. O cabelo é aqui, ó, se percebe aqui.

Este recorte é composto por duas seqüências apenas porque não foram encontradas formulações semelhantes nas ultra-sonografias do S.U.S. O menor detalhamento ao longo do exame e o tempo menor despendido não dão espaço para este tipo de descrição. As descrições que os médicos fazem do feto se limitam aos seus aspectos gerais.

Tecnicamente, a informação que o médico é capaz de obter com o exame ultrasonográfico, expressa na SD 32, permite que o parto seja planejado de modo a não correr o risco do feto entrar em sofrimento. A circunferência avantajada da cabeça levará o obstetra a optar pela utilização da cesárea. Mas que efeito isto produz na relação que se estabelece entre os pais e o filho? Existe a referência a uma imagem anterior: o filho imaginado não possuía uma cabeça grande. Diante da informação do médico, percebe-se o temor de que esta anormalidade possa produzir um estranhamento diante do corpo do filho na hora de seu nascimento. Mas, de fato, o que vemos na SD 32 é que este estranhamento já ocorre, antecipadamente: que filho é este que possui uma cabeça tão grande?

Na SD 33, a palavra “já” pronunciada pela gestante em seu movimento de reafirmação da informação dada pelo médico produz um efeito que indica sua surpresa. Podemos pensar em várias razões para esta surpresa: talvez seja em relação ao estágio de desenvolvimento de seu filho, ou a uma característica física na qual a gestante não havia pensado, ou qualquer outra. Mas o importante é que esta surpresa provavelmente acompanha um movimento de reorganização a nível imaginário: o bebê já está maior do que ela pensava, ou mais “gente”, ou nascer com cabelos significa uma semelhança com a família do pai, na qual todos nasceram com cabelos... As possibilidades são várias, mas marcam todas o efeito possível, a nível imaginário, introduzido pela informação dada pelo médico.

O próximo recorte também se limita a duas seqüências, pois novamente não foram encontrados exemplos semelhantes nas ultra-sonografias do serviço público de saúde. Poderão ser observados dois aspectos que aparecem ao mesmo tempo: o uso dos diminutivos e a introdução, por parte do médico, de informações provavelmente desconhecidas (não imaginadas) pelos pais.

SD 34: d-A pele, aqui, bem certinha, bem fechadinha, então isto afasta também as malformações da coluna vertebral. (...) Essa partezinha aqui é o que divide as cavidades maiores do coração, onde estão concentrados um maior número de malformações é nesta região aqui, e tá tudo normal (...).

SD 35: d- A gente já pode ver que a boca tá normal, isto é importante no bebê. Não tem aquela fenda labial. Isto é muito importante (...) Aqui é a chegada do cordãozinho na barriguinha, também chega bem. Não tem nenhuma hérnia grave nesta região.

Difícilmente, creio, um leigo poderia imaginar que a pele do bebê poderia não estar bem fechadinha (SD 34). Metodicamente, o médico vai introduzindo para os pais as possíveis malformações a que seu filho poderia estar sujeito. O uso de diminutivos produz um efeito de familiaridade e delicadeza. Aliado à voz macia e monocórdica do médico, os diminutivos amenizam o horror que as palavras, por si só, introduzem: as possibilidades tão numerosas de que o bebê apresente algum tipo de malformação. A palavra “malformação” aparece, repetidamente, no discurso do médico, principalmente quando não é constatada. No momento em que alguma malformação é realmente constatada, não há nem diminutivo nem voz macia, apenas silêncio.

Na SD 35 observa-se que a questão reaparece na introdução da possibilidade da fenda labial e da hérnia grave na região da chegada do “cordãozinho na barriguinha”. A fenda labial, assim como muitas outras malformações ou mesmo características do feto, dificilmente são pensadas pelos pais a menos que tenham algum caso na família. Os pais podem se sentir aliviados (afinal, seu bebê não tem fenda labial nem hérnia grave), porém muito provavelmente nem lhes tinha passado pela cabeça que talvez ele tivesse. O médico prossegue, assinalando as falhas da natureza que não ocorrem. O problema é que ao enunciá-las o médico as torna presentes, fornecendo inadvertidamente aos pais mais elementos que habitarão o já conturbado universo das fantasias em relação ao seu filho. Os dados de que disponho e o tipo de metodologia de pesquisa aqui utilizados não permitem aventar a idéia de que a introdução deste nível de detalhamento, por parte do médico, aumente a ansiedade dos pais. Mas é uma hipótese possível de ser formulada. É o próprio funcionamento do discurso que a permite: de um lado o dizer médico e, de outro, sua escuta, pois a gestante está lá para ouvir o que o médico tem a dizer sobre sua gestação e seu filho.

Há, por fim, enunciados que concedem ao feto características psicológicas, atribuindo significados ao comportamento observado (movimentação fetal) ou posição do feto à medida em que são revelados pela ultra-sonografia. São formulações feitas tanto pelo médico como pela gestante, conforme pode ser observado no recorte a seguir, através das SDs 36, 37 e 39.

SD 36: d- Olha a mãozinha, os dedinhos da mão se mexendo, aqui o dedão, ó.  
g- Hum, hum.  
d- Os ossinhos do dedão. Fazendo positivo, ó.

- g- (risos)  
d- Ó, tá vendo ali?
- SD 37: d- Aqui as duas perninhas... aqui o joelho pra baixo, a gente vê as pernas cruzadas, né.  
g- Cruzadas?  
d- É. Olha aqui uma perna aqui, e a outra aqui.  
g- Bem descansado.  
d- Bem descansado, certinho.
- SD 38: d- Quanto tu mede?  
g- Ha?  
d- Quanto tu mede?  
g- Ai, agora não sei.  
d- Mais ou menos.  
g- Quanto eu... ai... medir... a...  
d- Medir, a altura!  
g- Não sei quanto.  
d- 1,60 ou 1,70cm talvez.  
g- Acho que sim.  
d- O pai é alto ou baixinho?  
g- Mas não tem... não tenho marido (ri).  
d- Mas tu não sabe quem é o pai?  
g- Sei.  
d- Então, ele é alto ou baixinho?  
g- Baixinho.  
d- Baixinho. (silêncio) Comprimento do fêmur 63 mm, 33 semanas e 1 dia.
- SD 39: d- Deita de barriga pra cima. Essa tá exibida dá pra ver bem, ó. Os grandes lábios e a vaginazinha ali, ó, a vagina, tá vendo?

A SD 38 é, a meu ver, um pouco diferente das demais, sendo a atribuição de sentido mais sutil, porém provavelmente mais significativa. O médico introduz para a gestante uma relação que ela mesma não havia feito: ao medir o feto, estabelece uma relação com a baixa estatura da mãe e uma provável baixa estatura de um provável pai. Não creio que a gestante, que apresenta dificuldades visíveis de compreensão, tenha entendido claramente o porquê do questionamento do médico em torno da estatura. É bastante provável, inclusive, que ela nem mesmo saiba quem é o pai (isso é uma conjectura, apenas. Mas quem diria ao médico que não sabe, depois da pergunta “/Mas tu não sabe quem é o pai?/”) O médico atribui um significado às medidas apresentadas pelo feto, relacionando-as à questão maternidade/paternidade. São as palavras do médico que agem conferindo sentidos a uma imagem, estendendo-se sobre a vida da gestante e sobre a história deste bebê.

Szejer e Stewart (1997) falam a respeito deste momento da ecografia e das palavras ditas pelo médico:

“Com efeito, no momento desse exame, um certo número de palavras concernentes ao corpo do bebê serão pronunciadas, mas cada um - o médico de um lado, e os pais de outro - dará a elas sentidos diferentes que não coincidem necessariamente” (p. 157).

“Descansado”, “exibida”, ou “fazendo positivo” tecem significados, assim como as descrições anatômicas que são ouvidas pelos pais. Palavras que passam a fazer parte do saber que se constrói sobre o feto. Ou, para dizer melhor, dos saberes, uma vez que já delimitamos a existência de pelo menos duas formações discursivas nesta dissertação, além de um saber muito mais difícil de ser nomeado, e que diz respeito ao desejo inconsciente.

Mas não é apenas de palavras que os significados são tecidos e os discursos estruturados. É oportuno, neste momento, completar a análise com algumas considerações sobre o silêncio.

### 3.3.2 - Silêncio

Ao longo do trabalho de transcrição das ecografias e, principalmente, do trabalho de análise, o silêncio da gestante se faz notar. Enquanto o médico fala, descrevendo e explicando, detalhando cada informação, repetindo e construindo um universo habitado por palavras, as gestantes de modo geral limitam-se a algumas perguntas, a concordar com breves interjeições, a sorrir. Seu silêncio não pode deixar de ser observado.

O que autoriza a discutir o silêncio sob o título “o falar sobre o feto” não é a idéia popular de que o silêncio fala, mas a conceitualização proposta por Orlandi (1995) de que o silêncio *significa*. É o significar em torno do feto, analisado a partir do que é falado ou calado, que será objeto de estudo neste momento. Inicialmente, a análise será feita a partir da SD 9, transcrita no item 3.1 desta dissertação. A análise anterior efetuada a partir desta seqüência priorizou a questão do médico enquanto representante do saber médico. Pouca ênfase foi dada, naquele momento, à gestante. Resumidamente, foi dito apenas que esta também se encontra numa posição que é dificilmente questionável: a de quem aceita este saber.

O que devemos tentar colocar em primeiro plano neste momento é o silêncio da gestante. Tarefa árdua, principalmente se quisermos evitar o “império verbal”, tal como o identifica Orlandi (1995) ao alertar para a constante tradução do silêncio em palavras. Para realizar esta tarefa será necessário trabalhar com um par indissociável: o dizer médico e o silêncio da gestante, pois “dizer e silenciar andam juntos” (Orlandi, 1995. p. 55). Por um lado, podemos dizer que o discurso médico é totalizador. Provedor incansável de sentidos, explicações e interpretações, é um discurso que favorece que quem a ele se dirige ocupe uma posição: a do silêncio. Ao mesmo tempo, é no silêncio da gestante e na demanda pelo saber médico em sua capacidade de ver e controlar o processo gestacional que se legitima o dizer constante, muitas vezes repetitivo (rever a SD 9) do médico. Um silêncio, portanto, habitado por uma demanda, por um apelo:

“O doente que recorre ao médico está na situação da criança que recorre à mãe, pelo fato de que um e outro imputam à pessoa a quem apela um discurso no qual se pode interpretar seu apelo. Como o discurso da mãe para a criança, o discurso médico é totalizante” (Clavreul, 1978/1983. p. 157).

A comparação entre a gestante e o doente pode não agradar muito, mas há lugar para ela na crescente medicalização da gestação, parto e cuidados de uma criança normal. Do mesmo modo que acontece com as doenças e seus sintomas, cada vez mais a medicina tem o que dizer sobre a gestação e o parto. E, em contrapartida, encontra um público ávido, pronto para ouvi-la a qualquer momento. Podemos, portanto, comparar o apelo do doente ao apelo da gestante se compreendermos este apelo pela via que propõe Clavreul ao comparar com o apelo da criança à mãe. Não é tão difícil compreender, por esta via, por que o discurso médico encontra espaço para ser um discurso totalizador. Caberia investigar por que o apelo do doente ou da gestante tornou-se, ao longo do tempo, um apelo tão submisso. E por que a cristalização deste lugar pode estar relacionada ao desenvolvimento da ciência e da medicina. O desamparo parece aumentar à medida em que a ciência e a medicina ampliam seus domínios e sustentam a idéia de que cada vez mais tudo podem em relação à vida e à morte. O apelo da gestante, e seu silêncio, são cada vez maiores à espera do dizer médico-científico.

Um outro aspecto caracteriza esta relação: enquanto o médico diz e a gestante silencia, o domínio do saber médico sobre qualquer outro saber possível está garantido. Orlandi (1995) aponta para a dimensão política do silêncio:

“Há pois uma declinação política da significação que resulta no silenciamento como forma não de calar mas de fazer dizer ‘uma’ coisa, para não deixar dizer ‘outras’<sup>33</sup>. Ou seja, o silêncio recorta o dizer. Esta é sua dimensão política” (p. 55).

Não é que a gestante não possa falar. O que está em jogo não é quem emite sons, mas o que pode ou não ser significado. “(...) a produção verbal serve para a administração (gestão) do sentido” (Orlandi, 1995. p. 56). Embora, de forma geral, a gestante saiba de antemão o que pode ou não solicitar ao médico ecografista, nem sempre consegue “purificar” sua própria demanda de forma a restringi-la completamente ao domínio médico-científico no qual se movimenta o médico. O recorte que segue permitirá o desenvolvimento destas considerações:

- SD 23: d- Tá angustiada a senhora? Me parece...  
g- Não, não.  
d- Tá se sentindo bem? Ou tô lhe pressionando...  
g- Não, não, é só... eu até comentei com o doutor, mais uma questão de cansaço, assim, né.  
d- Hum, hum. Então aqui é a coluna vertebral, ventrículo esquerdo, septo ventricular, ventrículo direito... esse é o coração.
- SD 24: g- Ha... eu gostaria que o senhor fosse falando assim as partes que o senhor vai... encontrando... pra nós...  
d- Sim, mas primeiro eu tô fazendo essa parte técnica...  
g- Ah, tá.  
d- Primeiro eu preciso me certificar, em seguida eu comento. Se não a gente perde a concentração, a gente se engana, e aqui precisa muita concentração. Em seguida eu explico. (segue silêncio de aprox. 7 minutos). O diagnóstico realmente hoje, ele não deixa dúvidas quanto à formação do bebê. Infelizmente há um problema sério de formação, né (...)
- SD 25: g- Ai, me dói assim, como se fosse rasgar, sabe? Tipo assim, ó, se eu tô deitada assim, daí eu me acordo e vou me virar, na hora que eu vou me virar, na hora qu...  
d- Deita de barriga pra cima.  
g- ... parece que rasgou a pele.  
(silêncio)  
d- Olha, pra mim parece que é uma moça, mas não dá pra ter certeza. A partir do mês que vem fica mais fácil pra identificar o sexo.
- SD 26: g- Eu sinto assim tudo duro em cima.  
d- Aqui em cima tá um pouco duro?  
g- É. Ele tá se virando ainda?  
d- Comprimento de fêmur 63 mm, 33 semanas e 1 dia. Aqui os pezinhos, as pernas. (silêncio).

---

<sup>33</sup> Grifos do autor.

Úmero, 58 mm, 33 semanas e 5 dias. Lá embaixo, 34 semanas e 1 dia, peso estimado fetal 2,302 gramas, DPP 09/09/98. Tá quase na hora de nascer... Tá tudo bem.

Um dizer que não encontra espaço no discurso médico: é isto que retratam as SDs 23, 25 e 26. É uma demanda que não cabe ao médico responder e ele imediatamente trata de retornar aos seus domínios. E nada melhor do que falar, descrever detalhadamente. Suas palavras silenciam a gestante e ao mesmo tempo ele está cumprindo seu papel, fazendo o que dele se espera.

Clavreul (1978/1983) coloca uma outra dimensão possível para a compreensão deste silenciamento e para o entendimento deste retorno praticamente imediato aos domínios do saber médico. Segundo este autor, o que o paciente diz só tem sentido se estiver dentro do discurso médico. Deste ponto de vista, o que diz o corpo do paciente é mais seguro do que o que diz a sua voz. O corpo fala por meio de sinais objetivos - os sintomas. O paciente fala a partir de sua subjetividade, e esta será sempre suspeita, justamente por poder levar a outras dimensões do sofrimento humano não abarcáveis no discurso médico. A gestante, por sua vez, pode ficar em silêncio. É seu corpo, examinado (de dentro para fora) pela máquina de ultra-som, que fornece todos os sinais (as imagens) de que o médico necessita. Não é à toa que ao ler a SD 9 tem-se a impressão de que estão presentes na sala o médico, a máquina e as imagens. A presença da gestante é mera contingência. Faz parte do processo, e deve-se lidar com ela da maneira mais cordial possível.

O que o discurso médico silencia, portanto, é a presença da gestante (doente) enquanto sujeito que diz? De certo modo, sim. Basta que o corpo esteja presente. Sujeito cujo corpo fala por meio de sinais, é sujeito que se coloca disponível para as inscrições médicas e científicas, inscrições de sentido e de saber que vêm dizer de seu corpo e de sua gestação aquilo que ela jamais ousaria dizer. Silêncio cada vez maior, na medida em que o saber médico-científico amplia suas fronteiras e fortalece seus domínios, dizendo cada vez mais tudo o que houver para ser dito. Lugar subalterno, assim como é subalterno o lugar destinado ao silêncio:

“O nosso imaginário social destinou um lugar subalterno para o silêncio. Há uma ideologia da comunicação, do apagamento do silêncio, muito pronunciada nas sociedades contemporâneas. Isto se expressa pela urgência do

dizer e pela multidão de linguagens a que estamos submetidos no cotidiano. Ao mesmo tempo, espera-se que se esteja produzindo signos visíveis (audíveis) o tempo todo. Ilusão de controle pelo que ‘aparece’: temos de estar emitindo sinais sonoros (dizíveis, visíveis) continuamente” (Orlandi, 1995. p. 37-38).

Porém há um aspecto no silêncio da gestante que pode ser compreendido como lugar de resistência se considerarmos, com Orlandi (1995), que é o silêncio que pode transtornar a unicidade (uma vez que é pela palavra que o homem disciplina o silêncio). O silêncio incita à ocupação de espaços: “(...) mais se diz, mais o silêncio se instala, mais os sentidos se tornam possíveis e mais se tem ainda a dizer” (p. 71). Isto poderia explicar as repetições e detalhamentos intermináveis, como se o silêncio da gestante tornasse mais urgente cumprir a promessa do saber médico: ver tudo o que for possível.

Mas há um momento em que o discurso médico, tão cheio de palavras, cala-se. Cai, ele próprio, em silêncio, algoz de si mesmo, incapaz de produzir os signos audíveis e visíveis que mantêm a ilusão de controle. É o que está representado na SD 24. A gestante torna explícita sua demanda. Porém o silêncio se prolonga por aproximadamente 7 minutos. O que terá que ser dito o será num momento posterior ao exame: a imagem não pode mais ser descrita detalhadamente, repetidas vezes. A imagem não tem como sustentar o imaginário dos pais nem o discurso do “normal”, pois o feto apresenta uma malformação indicativa de sua morte. No silêncio do médico, sentidos não-desejados podem correr livremente. Que discursos este silêncio suscita? Não sei, pois certamente são impronunciáveis. Sorrateiros e profundamente silenciosos.

### **3.4 – Considerações finais**

A cena está completa: uma gestante, um médico, uma tecnologia capaz de dizer algo sobre o corpo do bebê dentro do útero materno. Questioná-la pode parecer um absurdo, pois não há nada hoje que pareça mais natural do que utilizar todos os recursos científicos disponíveis para controlar os riscos de uma gestação, minimizar possíveis desvios e conhecer antecipadamente características do feto. Mais natural ainda parece a postura do médico: ele está lá justamente para interpretar a imagem, avaliar o bem-estar do feto e descrevê-lo para pais ávidos de informações.

O que a princípio tem ares de profanação de um território sagrado, no entanto, mostra-se gradativamente como uma tentativa de compreensão do funcionamento do discurso que se constrói em torno do feto, dentro desta situação específica: situação médica, atualmente rotineira, à qual se submetem as gestantes várias vezes ao longo da gestação. A medicina fetal, área de conhecimento que se organiza nas últimas duas décadas, determina o que *pode* ou não ser dito, e também o que *deve* ser dito hoje, em torno de uma gestação. O que se fala sobre o feto em medicina constitui um campo de saber do qual os pais participam - uma formação discursiva - cujos domínios se modificaram a partir da introdução da imagem fetal e demais técnicas de diagnóstico pré-natal.

Concretamente, surgem os contornos de uma relação que se estabelece entre médico e gestante mediada pela imagem do feto, pela máquina que produz estas imagens, além dos pesos e medidas, e pela palavra do médico - palavra-interpretação. À medida que as regiões anatômicas do feto são nomeadas e descritas, pesos e medidas são determinados e os movimentos são observados, um conjunto de verdades tidas como absolutas são enunciadas, reconfigurando o imaginário parental. O médico fala a partir da instância que referenda seu saber e o autoriza: a ordem médica (Clavreul, 1978/1983). Enquanto representante do saber médico, a palavra do médico assume os ares da inquestionabilidade que envolve todo o dizer científico. A gestante, por sua vez, se situa na posição - igualmente inquestionável, porque “natural” - de quem demanda e aceita este saber.

Uma posição-sujeito caracteriza, de imediato, a formação discursiva dominante (o saber médico) que se percebe neste corpus: denominada de posição-sujeito do conhecimento médico, é naturalmente ocupada pelo médico e eventualmente ocupada por gestantes de nível escolar 2º grau completo ou superior, através da apropriação do vocabulário técnico. O enunciado proferido a partir desta posição produz o efeito de verdade característico da ciência. A palavra do médico, acima de qualquer outra, passa a ter o valor de verdade sobre a gestação. É o discurso médico se impondo à gestante. Conclusão esta que pode ser estendida a todas as áreas da medicina:

“E existem todas as razões para pensar que os progressos da técnica e da especialização não farão senão reforçar a pressão que o discurso médico exerce

sobre o público, sendo as disposições moderadoras que podem ser tomadas aqui e lá apenas paliativas, na maioria das vezes derrisórias. De fato, nada deixa esperar que a relação médico-doente não tenda cada vez mais a submeter o doente à autoridade do médico.” (Clavreul, 1978/1983. p. 213-214)

Esta submissão à autoridade do médico traz a marca de um desejo: a gestante (ou o doente) que se submete quer ver cumprida a promessa do sucesso, de uma felicidade previsível com o mínimo de riscos, oferecida diariamente pela ciência na forma diluída apresentada pela mídia. Porém esta submissão não se dá por igual. Uma das hipóteses levantadas nesta dissertação é de que em gestantes de nível escolar e social mais baixos o controle exercido pela ciência sobre o processo gestacional é menor, até pela maior dificuldade que estas gestantes apresentam em apropriarem-se do saber médico. Este movimento de apropriação foi, justamente, observado em gestantes de escolaridade mais elevada, através da utilização de vocabulário técnico e do controle detalhado sobre datas e características do processo gestacional.

Nos momentos em que, durante a análise, a atenção voltou-se para a gestante, observaram-se diferenças relativas à escolaridade e nível social, independentemente do local onde o exame se realizava. Porém quando a atenção voltou-se para os médicos, comparações entre o serviço particular e o público revelaram diferenças quanto à condução dos exames: o grande detalhamento dos exames, as reiteraões positivas repetidas inúmeras vezes, a normalidade ou anormalidade escrutinadas até a exaustão caracterizam os exames no serviço particular. Estas diferenças quanto ao local dos exames ou o nível social e de escolaridade das gestantes não foram o foco das análises realizadas. São aspectos secundários, porém dignos de nota porque marcam um espaço nas análises desenvolvidas e ajudam a caracterizar o discurso que se constrói em torno do feto.

Porém nossa atenção deve se voltar para o funcionamento geral do discurso mais do que para as diferenças: circulam, insistentemente, as fantasias construídas pelos pais em torno do bebê que está para nascer. As informações introduzidas pelo médico referentes a características físicas e comportamento do feto modificam o imaginário parental. O sexo do bebê, o tamanho da cabeça, a rapidez ou lentidão dos movimentos, a posição dos dedos da mão, o abrir e fechar da boca, são dados de que dispõem os pais a

partir da realização dos exames pré-natais. Inclusive os problemas ou malformações que não ocorrem são mencionados, tornando-se elementos que, presentes em sua ausência, passam a fazer parte das fantasias em relação ao bebê. Palavras impossíveis antes do advento da ultra-sonografia obstétrica. Imagens e informações que antes precisavam de nove meses para serem concretizadas. Álbuns de fotografias que hoje iniciam antes do nascimento, com a imagem do bebê fornecida pela máquina de ultra-som. As palavras ditas ao longo dos exames constroem, no presente, o futuro bebê:

“O discurso médico assemelha-se ao discurso profético no sentido em que fala Foucault. Ele anuncia o futuro e, pelo fato mesmo de constituí-lo, contribui para criá-lo” (Clavreul, 1978/1983. p. 98)

Difícil imaginar que uma única formação discursiva caracterize o corpus em questão, uma vez levantada toda esta margem de possibilidades. E, de fato, nos momentos em que mais está em jogo a fantasia dos pais - como no momento em que o sexo do bebê é anunciado - se faz presente um outro tipo de saber: o do senso-comum. Saber empírico construído a partir de um conjunto de opiniões e crenças que dizem respeito a regras e padrões de comportamento, e que vigoram em determinada época, possibilita que enunciados referentes à sabedoria popular, de caráter empírico e refutável, sejam formulados.

Da mesma forma como o saber médico nada tem a dizer sobre a aceitação ou não do sexo do bebê, também nada tem a dizer sobre formações do inconsciente que escapam ao controle e se manifestam no discurso: enunciados que remetem ao sujeito do desejo inconsciente. Diferenciá-lo do sujeito da ideologia foi uma necessidade que o corpus em análise colocou: o sujeito ideológico apresenta-se enquanto efeito-sujeito da linguagem, configuração imaginária de uma unidade egóica; o sujeito do desejo inconsciente estaria situado a um tempo lógico anterior, pré-ideológico, sujeito-efeito da linguagem, marcado pela falta que habita todo falante (Leite, 1994). Estas formulações levam à proposta de Braunstein (1980/1986) de rever a tese althusseriana, com a idéia de que a ideologia interpela/constitui os sujeitos do desejo inconsciente em sujeitos ideológicos, e de Leite (1994), que propõe que se leve em conta a dimensão do desejo para não ficarmos limitados à consideração dos mecanismos de identificação imaginária e simbólica; além disso, propõe que é o discurso que tece uma ligação material entre inconsciente e

ideologia - o primeiro, exterioridade que constitui o sujeito para a psicanálise, e o segundo, exterioridade que constitui o sujeito para a análise de discurso. Propostas estas, portanto, que podem ser objeto de estudos mais avançados no campo da análise de discurso em sua tensão com a psicanálise, e que ultrapassam de certo modo os propósitos iniciais desta dissertação. No entanto, são aspectos que não puderam deixar de ser mencionados, uma vez que a análise propiciou os elementos para seu estudo.

O dizer médico é descrição. Descrição anatômica, fisiológica, descrição de movimentos e de características. O falar da gestante é, na maioria das vezes, silêncio. Posição favorecida pelo discurso médico, totalizador e provedor incansável de sentidos. No silêncio da gestante e em sua demanda - posição de apelo e desamparo - se legitima o dizer constante do médico. Ao mesmo tempo, entender o silêncio através de uma dimensão política é possível: o silenciamento, ou seja, a administração do sentido, fazendo dizer uma coisa para não deixar dizer outras (Orlandi, 1995). E finalmente, ainda em torno da questão do silêncio, a segurança que o silêncio da gestante proporciona ao médico: o que diz seu corpo é mais seguro do que suas palavras poderiam ser. O corpo, a imagem do feto, a máquina de ultra-som propõem sinais objetivos. A palavra poderia propor dimensões do sofrimento humano que não encontram morada no saber médico (como, por exemplo, os enunciados que remetem ao desejo inconsciente, conforme visto há pouco). Porém há um momento em que é o médico quem silencia. Momento horroroso no qual é detectada uma malformação grave do feto: a imagem não consegue ser o suporte do discurso aceitável do normal, da felicidade sem riscos, do cumprimento da promessa de controle e sucesso do processo gestacional. A imagem também não poderá sustentar o imaginário dos pais: se ela for interpretada pelo médico, se as descrições usuais forem feitas, é de morte e não mais de vida que se terá que falar. No silêncio do médico, sentidos não desejados correm livremente. Os pais rapidamente intuem que algo não está bem. O exame transcorre em silêncio, e o que terá que ser dito o será num momento posterior. Questão rica para pesquisas futuras.

A análise do funcionamento do discurso sobre o feto, tendo como base os diálogos que ocorrem entre médicos e gestantes permite, em resumo, as seguintes conclusões: a) existe uma formação discursiva dominante, denominada de saber médico; a identificação à forma-sujeito desta formação discursiva caracteriza a posição-sujeito com a qual, de modo geral, o médico se identifica. O contraponto desta posição-sujeito

marca o espaço possível para a gestante, e se caracteriza pela demanda e aceitação deste saber e por seu silêncio; b) uma outra formação discursiva foi denominada de senso-comum; torna-se visível especialmente nos momentos em que o desejo e a fantasia dos pais se manifesta e o saber médico nada tem a dizer; c) enunciados que remetem a um momento pré-ideológico (ao sujeito do desejo inconsciente) puderam ser identificados no corpus em análise; instigaram uma discussão sobre alguns pontos de tensão entre psicanálise e análise do discurso; d) os conceitos de “normalidade” e “anormalidade” caracterizam o discurso médico; a promessa da ciência de ver, prever e controlar é constantemente refeita e seduz os pais; as informações dadas pelo médico participam da construção e reconfiguração do imaginário parental; e) o silêncio da gestante e sua demanda pelo saber médico legitimam o dizer totalizante do médico; porém o silêncio aparece, ao mesmo tempo, como produto de uma política do silenciamento que administra o sentido (Orlandi, 1995) e como resultado do privilégio concedido às informações dadas pelo corpo do paciente (Clavreul, 1978/1983); diante da impossibilidade de cumprir as promessas que a ciência e a tecnologia incessantemente repetem (no caso, por exemplo, das malformações), é o médico quem silencia.

Este trabalho de dissertação contribui, a meu ver, para três campos de saber que se propõem a pensar o sujeito. A análise de discurso é predominantemente contemplada pelas questões que remetem ao funcionamento do discurso, a nível teórico e metodológico. A interface possível com a psicanálise traz questionamentos e contribuições, abrindo espaço para novas pesquisas e avanços teóricos. A psicanálise participou com seus conceitos, introduzindo a dimensão do inconsciente neste trabalho de análise e problematizando o lugar a ele destinado no interior do corpo teórico da análise de discurso. Seria possível, futuramente, inverter o raciocínio e pensar sobre o lugar possível destinado à dimensão da ideologia para a psicanálise. À psicologia do desenvolvimento, por sua vez, foram apresentadas contribuições para o entendimento de alguns aspectos concernentes à gestação na relação que se estabelece entre gestante, médico e tecnologia e foi proposta uma perspectiva teórico-metodológica capaz de estruturar trabalhos de pesquisa dentro de uma abordagem discursiva.

Uma leitura atenta provavelmente detectou o uso praticamente indistinto das palavras *bebê* e *feto*. Embora seu uso as tenha transformado em sinônimos nesta dissertação, em muitos casos alternadas para evitar repetições que prejudicam a estética

da escrita, sua utilização não é completamente aleatória: procurou-se manter a palavra *feto* nos momentos em que considerações de ordem técnica eram realizadas; a palavra *bebê* foi mantida conforme o uso que dela fazem os médicos e os pais em seus diálogos. Não há registros, no material utilizado, de que uma gestante tenha se referido ao seu filho utilizando a palavra *feto*, embora o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1986) remeta a palavra *bebê* a *nenê*, e restrinja seu uso à crianças recém-nascidas ou de poucos meses. Tecnicamente, portanto, a palavra *feto* é mais adequada para este estudo. Porém os pais e médicos não conversam sobre fetos, mas sobre bebês, o que os torna parte da família e não um capítulo de um manual de medicina. Isto explica também a opção do título desta dissertação. A necessidade destes comentários explicita, aliás, as dificuldades e riscos que se corre ao prestar atenção à linguagem. Trabalhar com a linguagem é, necessariamente, correr riscos, uma vez que a linguagem é ao mesmo tempo superfície e símbolo - tal qual a arte é superfície e símbolo para Oscar Wilde. É reconhecer que os que tentam mergulhar abaixo da superfície sobre a qual o sujeito constrói e sustenta sua ilusão de unidade, o fazem por sua própria conta e risco. E os que tentam ler o símbolo, em sua errância, incompletude, engodo e surpresa, também o fazem por sua própria conta e risco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Authier-Revuz, J. (1982). Heterogeneite montree et heterogeneite constitutive: Elements pour une approche de l'autre dans le discours. DRLAV, 26, 91-151.
- Authier-Revuz, J. (1990). Heterogeneidade(s) enunciativa(s). Cadernos de Estudos Lingüísticos, 19, 25-42.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. & Tindall, C. (1995). Qualitative Methods in Psychology. Philadelphia: Open University Press.
- Benvenuti, P., Ciatti, S., Whitney, L., & Poggi, L. (1988). Il bambino della fantasia ed il feto dell'ecografia: Considerazioni sulla dialettica immaginario-realtà nell'esperienza dell'ecografia in gravidanza. Medicina Psicosomatica, 33(3), 215-229.
- Black, R.B. (1992). Seeing the baby: The impact of ultrasound technology. Journal of Genetic Counseling, 1(1), 45-54.
- Bleichmar, N., & Bleichmar, C. (1992). A psicanálise depois de Freud, teoria e clínica. (F.F. Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1989)
- Braunstein, N. (1986). Psiquiatria, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan) (5ª ed.) México: Siglo Veintiuno Editores. (Trabalho original publicado em 1980)
- Brown, G. F. (1988). Short-term impact of fetal imaging on paternal stress and anxiety. Pre- & Peri-Natal Psychology Journal, 3(1), 25-40.
- Cahn, R. (1991a). Présentation du rapport. Revue Française de Psychanalyse, 55 (6). 1354-1369.
- Cahn, R. (1991b). Du sujet. Revue Française de Psychanalyse, 55 (6). 1371-1490.
- Clavreul, J. (1983). A ordem médica. (J. Noujaim, M. Jorge e P. da Silveira Jr., Trad.). São Paulo: Editora Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1978)

- Cornuau, P. (1982). Echographie et enfant imaginaire. Psychologie Medicale, 14(8), 1221-1224.
- Courtine, J.J.(1981). Quelques problèmes théoriques et méthodologiques en analyse du discours; à propos du discours communiste adressé aux chrétiens. Langages, 62, 9-127.
- Courtine, J.J. (1983). La toque de Clementis. Le discours psychanalytique.
- Courtine, J. & Marandin, J. (1981). Quel objet pour l'analyse du discours? Em CONEIN, B. et alii. Matérialités discursives. Lille: Presses Universitaires.
- Courvoisier, A. (1985). Echographie obstetricale et fantasmes. Second World Congress of Child Psychiatry. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 33 (2-3), 103-105.
- Cramer, B. (1987). Objective and subjective aspects of parent-infant relations: na attempt at correlation between infant studies and clinical work. Em J. Osofsky (ed), Handbook of Infant Development (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wilers.
- Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). Técnicas psicoterápicas mãe/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dor, J. (1990). Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem (2<sup>a</sup> ed.). (C. E. Reis, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1985)
- Os eleitos. (1998, novembro). Super Interessante, 134, 74-80.
- Eyer, D.E. (1992). Mother-infant bonding. A scientific fiction. London: Yale University Press.
- Ferreira, A. Buarque de Holanda & J.E.M.M., Editores Ltda. (1986). Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2<sup>a</sup> ed. revista e ampliada). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Field, T. (1992). Interventions in early infancy. Special Section: Australian Regional Meeting: Attachment and the relationship between the infant and caregivers. Infant Mental Health Journal, 13(4), 329-336.

- Franco, A. & Franco, S.M. (1946). O milagre da montanha. São Paulo: Ramos, Franco Editores.
- Fischer, R. (1996). Adolescência em discurso: Mídia e produção de subjetividade. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.
- Foucault, M. (1990). A História Da Sexualidade I: A Vontade De Saber (10ª ed). (M.T. Albuquerque & J.A. Guilhaon Albuquerque, Trad.). Rio De Janeiro: Edições Graal Ltda.
- Freud, S. (1980). A interpretação dos sonhos. Em J. Salomão (Trad.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 4, pp. 1-360). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1973). Lo inconsciente. Em L.Lopez-Ballesteros y de Torres (Trad.). Sigmund Freud: obras completas. (Vol. II, pp. 2061-2082). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1973). El <yo> y el <ello>. Em L.Lopez-Ballesteros y de Torres (Trad.). Sigmund Freud: obras completas. (Vol. III, pp. 2701-2728). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1973). Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Em L.Lopez-Ballesteros y de Torres (Trad.). Sigmund Freud: obras completas. (Vol. III, pp. 3101-3206). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. (Trabalho original publicado em 1932-1933)
- Godoy, A. S. (1995) Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas, 35(2), 57-63.
- Gontijo, E. D. (1996). Verbo Inane, Arte Muda. Psicologia: Ciência e Profissão, 16(3), 37-40.
- Guimarães, E. (1989). Enunciação e história. Em E. Guimarães (Org.), História e sentido na linguagem. Campinas: Pontes Editores.
- Guirado, M. (1995). Psicanálise e Análise do Discurso: Matrizes institucionais do sujeito psíquico. São Paulo: Summus Editorial.

- Hornstein, L. (1989). Introdução à psicanálise. (M.A. Santa Cruz, Trad.). São Paulo: Ed. Escuta. (Trabalho original publicado em 1983)
- Indursky, F. (1989). Relatório Pinotti: o jogo polifônico das representações no ato de argumentar. Em E. Guimarães (Org.), História e Sentido na Linguagem. Campinas: Pontes Editores.
- Indursky, F. (1997). A fala dos quartéis e as outras vozes. Campinas: Editora da Unicamp.
- Johnson, M., & Puddifoot, J.E. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. British Journal of Medical Psychology, 69(4), 313-327.
- Katz, V.L. (1993). Two trends in middle-class birth in the United States. Special Issue: Birth management:I. Human Nature, 4(4), 367-382.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1993). Pais/bebê - a formação do apego. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klein, M., Heinmann, P., Isaacs, S. & Riviere, J. (1989). Os progressos da psicanálise. (A. Cabral, Trad). Rio de Janeiro: Editora Guanabara. (Trabalho original publicado em 1952)
- Kovacevic, M. (1993). The impact of fetus visualization on parents' psychological reactions. Pre- & Peri-Natal Psychology Journal, 8(2), 83-93.
- Lacan, J. (1985). O estágio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. Em J. Lacan, Psicanálise, algumas reflexões sobre o espelho por Jacques Lacan. São Paulo: Clínica Freudiana. (Trabalho original apresentado em 1939)
- Lagazzi, S. (1988). O desafio de dizer não. Campinas: Ed. Pontes.
- Leite, N. (1994). Psicanálise e análise do discurso: o acontecimento na estrutura. Rio de Janeiro: Editora Campo Matêmico.
- Lemaire, A. (1989). Jacques Lacan: Uma introdução. (4ª ed.). (D. Checchinato, Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Campus. (Trabalho original publicado em 1977)
- Mahler, M. (1982). O processo de separação-indivuação. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1979)

- Masotta, O. (1987). “O comprovante da falta”: lições de introdução à psicanálise. (M. A. Cintra, Trad.). Campinas: Papirus.
- Michelacci, L; Fava, G; Grandi, S. & Bovicelli, L. (1988). Psychological reactions to ultrasound: Examination during pregnancy. Psychoterapy & Psychosomatics, 50(1), 1-4.
- Miller, J-A. (1988). Persurso de Lacan: Uma introdução. (2ª ed). (A. Roitman, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1984)
- Ogden, T. (1996). Os sujeitos da psicanálise. (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Orlandi, E. & Guimarães. E. (1988a). A incompletude do sujeito: E quando o outro somos nós? Em S.Lane (Org.). Sujeito e texto: no. 31, Série Cadernos PUC (p. 9-16). São Paulo: EDUC
- Orlandi, E. & Guimarães, E. (1988b). Unidade e dispersão: uma questão do texto e do sujeito. Em S.Lane (Org.). Sujeito e texto: no. 31, Série Cadernos PUC (p. 17-35). São Paulo: EDUC.
- Orlandi, E. & Guimarães, E. (1989). Vozes e constrastes: Discurso na cidade e no campo. São Paulo: Editora Cortez.
- Orlandi, E. (1995). As formas do silêncio no movimento dos sentidos. (3ª ed). Campinas: Editora da Unicamp.
- Orlandi, E. (1996a). Interpretação: Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. Petrópolis: Ed. Vozes Ltda.
- Orlandi, E. (1996b). Discurso e Literatura. São Paulo: Editora Cortez. Campinas: Editora da Unicamp.
- Pêcheux, M. (1988). Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. (E. Orlandi, Trad.). Campinas: Unicamp. (Trabalho original publicado em 1975)
- Pêcheux, M. (1993). A Análise de Discurso: Três épocas. Em F. Gadet, & T. Hak (Org.). Por uma análise automática do discurso. Campinas: Unicamp. (Trabalho original publicado em 1983)

- Pêcheux, M. & Fuchs, C. (1993). A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas. Em F. Gadet & T. Hak (Org.). Por uma análise automática do discurso. Campinas: Unicamp. (Trabalho original publicado em 1975)
- Piontelli, A. (1995). De feto a criança. Um estudo observacional e psicanalítico. (J. Wilhelm, N. Gomes & S. Godoy, Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.
- Pontalis, J.-B. (1972) A Psicanálise depois de Freud. (W.H. Ferreira, Trad.). Coleção Psicanálise: vol V. Petrópolis: Editora Vozes. (Trabalho original publicado em 1967)
- Potter, J. & Wetherell, M. (1994). Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behaviour. London: Sage Publications Ltd.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1995). Discourse Analysis. Em J.A. Smith, R. Harré & L.V. Langenhove (Eds.), Rethinking Methods in Psychology (pp. 80-92). London: Sage Publications Ltd.
- Quayle, J. (1997). Repercussões Psicológicas: Parentalidade E Medicina Fetal. Em M. Zugaib (Org.), Medicina Fetal (2ª ed.). São Paulo: Editora Atheneu.
- Quayle, J. & Bunduki, V. (1997). Estados Comportamentais Do Feto E Psiquismo Pré E Perinatal. Em M. Zugaib (Org.), Medicina Fetal (2ª ed.). São Paulo: Editora Atheneu.
- Reading, A. & Cox, D.N. (1982). The effects of ultrasound examination on maternal anxiety levels. Journal of Behavioral Medicine, 5(2), 237-247.
- Reading, A., Campbell, S., Cox, D.N., & Sledmere, C.M. (1982). Health beliefs and health care behaviour in pregnancy. Psychological Medicine, 12(2), 379-383.
- Roudinesco, E. (1988). História da psicanálise na França. A batalha dos cem anos. Volume 2: 1925-1985. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1986)
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1972). Frames of reference in psychoanalytic psychology. British Journal of Medical Psychology 45, 133-142.
- Smith, J.A., Harré, R. & Langenhove, L.V. (1995). Introduction. Em J.A. Smith, R. Harré & L.V. Langenhove (Eds.), Rethinking Psychology (pp. 1-23). London: Sage Publications Ltd.

- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. Seu valor estruturante dentro das trocas mãe-filho. Em T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi & M. Soulé (Orgs.), A dinâmica do bebê. (D. Unikowski, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Stewart, N. (1986). Women's views of ultrasonography in obstetrics. Birth: Issues in Perinatal Care & Education, 13(1), 39-43.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). Nove meses na vida da mulher. Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. (M. Benetti, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tsoi, M. (1985). Psychological contributions to understanding gynaecological problems. Bulletin of the Hong Kong Psychological Society, 14, 9-16.
- Tsoi, M., Hunter, M., Pearce, M. & Chudleigh, P. (1987a). Ultrasound scanning in women with raised serum alpha fetoprotein: Short term psychological effect. Journal of Psychosomatic Research, 31(1), 35-39.
- Tsoi, M., Hunter, M., Pearce, M. & Chudleigh, P. (1987b). Ultrasound scanning in women with raised serum alpha fetoprotein: Long term psychological effect. Journal of Psychosomatic Research, 6(1), 25-31.
- Winnicott, D. (1994). Explorações psicanalíticas: D.W. Winnicott. (J.O.A. Abreu, Trad). C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Org.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989)
- Zugaib, M. (1997). Medicina Fetal. Em M. Zugaib (Org.), Medicina Fetal. (2ª ed.). São Paulo: Editora Atheneu.

## ANEXO

Ultra-sonografia Obstétrica

Transcrição nº 1

Nível escolar da mãe: 1º Grau Completo

Duração do exame: 11'30"

d- Vamos ver como esta o teu nenê hoje, e depois a gente te diz alguma coisa sobre o tamanho, o peso, tudo direitinho. Tá bom para ti ver lá na T.V. ali em cima?

m- Sim.

d- Tá aí a cabecinha do nenê... esta partezinha aqui é o ..... que divide os hemisférios cerebrais, o tálamo, o hemisfério superior... estas são as estruturas nobres do cérebro. Ele está adequado.

m- Hum, hum.

d- Agora vira um pouquinho para o lado, assim, que a gente vai tentar ver a face do teu nenê. Aqui tem um dedinho, ó, por cima da cabecinha tem um ponto negro aí, tá vendo?

m- Hum hum.

d- Aqui a pontinha do nariz, aqui a bochecha do nenê, a boquinha aqui, um olho pra lá, outro olho pra cá, assim, essa parte aqui mais pretinha é a órbita, o nariz, a boca, o queixo. Daqui pra frente fica mais difícil pra visualizar, né. Olha aqui, os dedinhos, tá vendo?

m- Sim.

d- Aqui uma orelhinha do nenê, uma partezinha da orelha.... Vou te apertar um pouquinho.

m- Hum, hum.

d- Aqui assim, ó, tá vendo a nuca, a espinhazinha do nenê, a coluna vertebral, né. Vou por um pouquinho mais de gel pra gente identificar mais fácil. Então aqui a coluna, e logo em cima um bracinho. Aqui o finalzinho da coluna, o cóxis. Voltamos aqui, aqui de um lado assim, ó, tem um rim.

m- Ah.

d- Um rim aqui, e o outro rinzinho aqui assim, ó. Aqui a coluna de novo, só que de um outro sentido, agora no sentido transversal. Aqui assim é osso da coxa. Este é o fêmur. Vamos medi-lo, daqui até aqui. Então isso aqui, mãezinha, o que que é? Tá vendo lá?

m- Não.

d- Ah?

m- A cabecinha? Não!?

d- Nãoo!

m- É o... órgão genital?

d- É... a documentação do nenê.

m- Risos. É um menino, o que eu tô vendo?

d- Como?

m- É um menininho?

d- Um mocinho.

m- Ah.

d- Sem dúvida que é um mocinho. Tem saquinho e tem pintinho. Aqui assim ó, é o ....., depois a perna desce aqui pra baixo, e aqui em baixo tá o pezinho, os dedinhos daqui pra lá e o dedão tá lá. A canelinha...depois aqui tá o outro pé, e aqui a outra canelinha, assim ó. Depois aqui assim a bexiga, aquele pretinho ali é a bexiga. Aqui a barriguinha do nenê. Essa parte pretinha é o estômago, tá? Vamos medir essa barriga... Tá pesando em torno de 3 quilos a 3 quilos e 100 o teu nenê agora.

m- 3 quilos?

d- Hum, hum.

m- Peso bom né?

d- Peso adequado pra época. Quanto é que pesou seu outro nenê?

m- 3,350 g.

d- Ali a boquinha de novo. Não tá aparecendo a imagem pra ti não?

m- Tá, sim.

d- Esta parte ali no centro, pretinha, é o cordão umbilical e duas artérias.

m- Tá mexendo.

d- Tá pulsando, sim, se movimentando no meio daquela área mais escura, tá vendo? O bracinho, o antebraço, pra cá a mão, e a outra pertinho da boca, as duas mãos. Esta esponja branca que aparece em cima assim é a placenta.

m- Ele já tá na posição certa?

d- Tá. Aqui a cabecinha pra baixo. Tá tudo bem com o teu nenê. Tá visto por hoje. Tá vendo ali o coraçãozinho?

m- Hum, hum.

d- A movimentação do coração...O.K., T. é isso aí por hoje, tá?

Ultra-sonografia Obstétrica

Transcrição nº 2

Nível escolar da mãe: 1º Grau Incompleto

Duração do exame: 5'54"

d- Quando foi tua última menstruação?

m- Junho, deve ter sido junho.

d- E o dia, tu não te lembra?

m- 25 de junho, 25 de maio, uma coisa assim.

d- Hum, e um mês faz diferença!?

m- É.

d- Bom, vamo bota 25 de junho, junho, né?

m- Hum, hum.

d- Que essa tua barriga aí não tá muito grande. Pelos teus cálculos é pra quando esse nenê?

m- Março.

d- Pra março. Fim de março?

m- Isso.

d- É mais ou menos como se fosse em junho. Primeira gravidez essa?

m-É.

d- (para secretária) Cefálico com dorso à direita. (para paciente) Que que tu acha que é, um guri ou uma gurua?

m- Um menino, né, vai ser um menina.

d- Menina?

m- Menino.

d- Menino. E o teu marido acha que é o que?

m- Menina.

d- Menina?

m- No.

d- Menino?

m- Mas vindo com saúde, perfeito, tá ótimo.

d- Não dá pra trocar o sexo, né.

m- É.

d- E a vó acha que é o que?

m- Talvez um menino.

d- Todo mundo acha que é um menino?

m- (ri) Todo mundo.

d- Eu acho que é m...

m- (interrompendo) Só a minha tia, né, que acha que é um menino.

d- Uma menina... Mas é uma menina.

m- Menina?

d- (para secretária) D.V.P. de 6.4. Circunferência craniana de 23.5. Placenta anterior corpórea grau zero. Fêmur de 4.3. Circunferência abdominal de 19.8. Úmero de 3...4.0. Quando deu do fêmur?

s- 4.3.

d- Deita de ladinho pra lá um pouco, bem de lado.

m- Assim?

d- Bem de ladinho, assim. ... Deita de barriga pra cima. Essa tá exibida dá pra ver bem, ó. Os grandes lábios e a vaginazinha ali, ó, a vagina, tá vendo?

m- Hum, hum.

d- Entre uma coxa e outra, ó. Quer uma foto aí pra ti mostrar pro teu marido?

m- (ri)

d- Pra ele acreditar. Aqui a cabeça do nenê, o cerebrozinho. Ele já tá na posição de parto. É cedo, tá, pra gente falar nisso porque ele se mexe muito ali dentro, mas já tá na posição..normalmente ele....

m- Ah, mexe, isso mexe (ri).

d- Mexe bastante, né.

m- Mexe.

d- Ó aqui a coluna dele, aí o coração, tá vendo?

m- Aha.

d- Do lado os pulmõezinhos. Aqui em baixo o estômago e a bexiga. Porque o nenê toma água, passa pelo esôfago, estômago, intestino, rins, bexiga e volta a fazer xixi aí. Todo aquele ciclo do nenê, né.

m- Um hum.

d- Aqui as duas coxas e ali a vaginazinha. Então não tem dúvida que é uma menina, tá. E os pezinhos aqui em cima, ó, deve tá te chutando aqui em cima.

m- É.

d- Aqui, ó, aqui o pé. Tá vendo?

m- É.

d- Uma perna aqui, e o pezinho aqui. Aqui, ó, o outro pezinho. .... A .... é isso aí mesmo, pra início de março, tá, de abril.

m- De abril? De abril.

d- Isso, fim de março, início de abril.

m- Tá bom.

d- Tá? 770 gramas tá esse teu nenê.

s- Resultado dá pra ver amanhã então. (para médico) Tu assina lá, eu vou levando os outros papéis.

d- Tá, tu vai vim amanhã?

s- Amanhã eu vou deixar com a recepcionista. (para paciente) Tu busca amanhã lá na recepção, tá.

m- Tá bom, brigada.